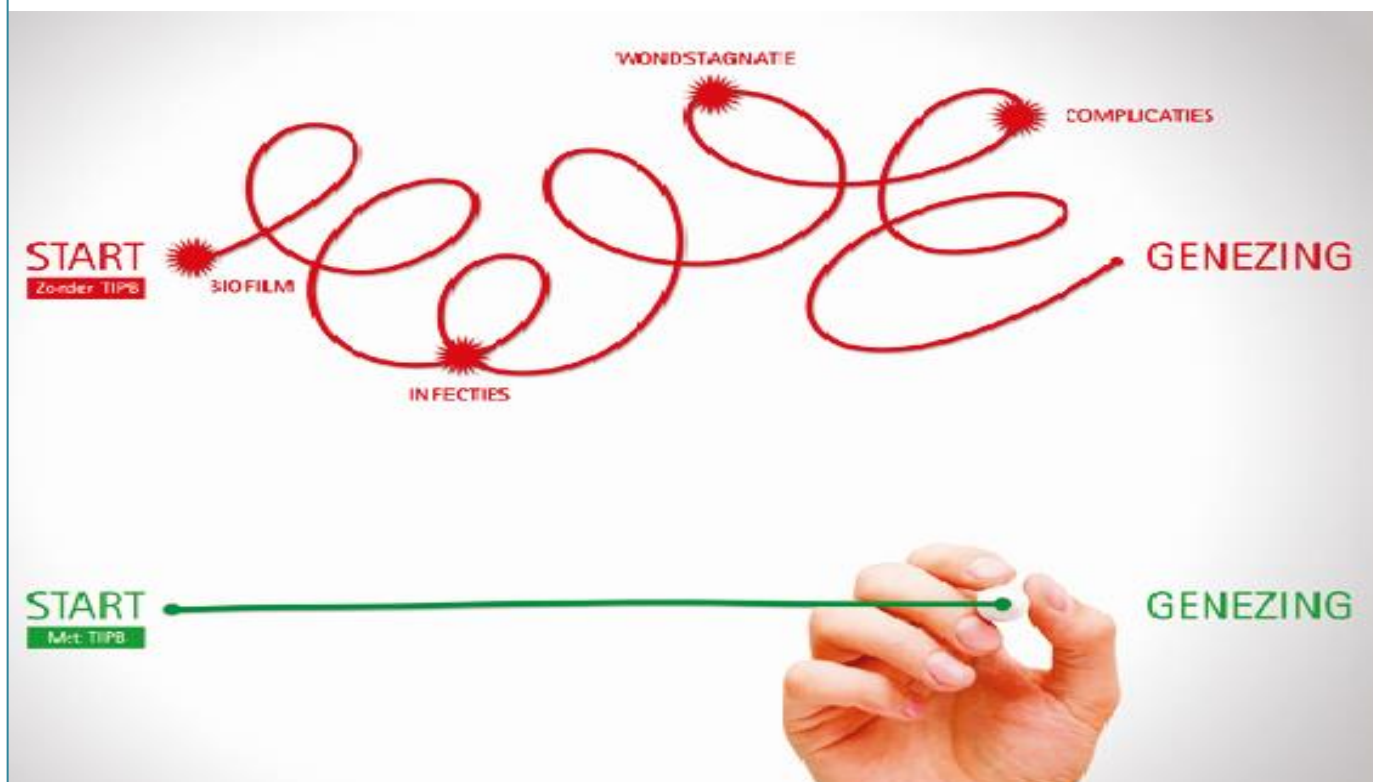


Wond expertise centra

Een onderzoek naar de manier waarop zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze.

In opdracht van Verpleegkundige Topzorg te Groningen



Auteurs:

Sharronne Postema

Studentnummer: 00306072

Lisanne van den Berg

Studentnummer: 00301588

Opleiding: Verpleegkunde

Onderwijsinstelling: Hanzehogeschool Groningen

Opdrachtgevers: K. van Hasselt

J. Zeilstra

Docent: F. van der Werf

Publicatiedatum: 30-05-2016

Voorwoord

In dit onderzoeksverslag zijn de resultaten van het onderzoek naar de werkwijzen van verschillende Wond Expertise Centra in Nederland opgenomen. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Verpleegkundige Topzorg in de periode februari 2016 tot en met juni 2016.

Het onderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met zes Wond Expertise Centra in Nederland, te verstaan; Mitralis Expertise Centrum Wondzorg, Da Vinci Kliniek, Wondpoli Refaja, Wondenpoli Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Eveen Wond Expertise Centrum en Expertise Centra Nederland.

Wij willen graag geïnterviewde centra hartelijk bedanken voor hun prettige samenwerking en voor het delen van hun deskundige mening. Tevens willen wij onze opdrachtgevers en docent begeleider bedanken voor de begeleiding gedurende de uitvoering van het onderzoek.

Lisanne van den Berg, Sharronne Postema
Groningen

Inhoudsopgave

Samenvatting

Inleiding

Hoofdstuk 1: Onderzoeksaanpak

1.1 Probleemstelling	Blz. 7
1.2 Doelstelling	Blz. 7
1.3 Deelvragen	Blz. 7
1.4 Begripsbepaling	Blz. 8

Hoofdstuk 2: Methodologie

2.1 Design van het onderzoek	Blz. 9
2.2 Dataverzameling	Blz. 9
2.3 Data-analyse	Blz. 10
2.4 Populatie en steekproef	Blz. 11
2.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek	Blz. 11
2.6 Ethische verantwoording	Blz. 12
2.7 Planning	Blz. 12

Hoofdstuk 3: Resultaten

3.1 Methodologie	Blz. 13
3.2 Aflezen resultaten	Blz. 13
3.2.1 Resultaten	Blz. 13
3.3 Begripsdefiniëring	Blz. 16

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1 Relatie resultaten en onderzoeksvraag	Blz. 18
4.1.1 Verschillen	Blz. 18
4.1.2 Overeenkomsten	Blz. 18
4.2 Interpretatie van afwijkende resultaten	Blz. 19
4.3 Relatie tussen de resultaten en de methode van het onderzoek	Blz. 20
4.4 Methodologische beperkingen	Blz. 20
4.5 Theoretische relevantie	Blz. 21

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Literatuurlijst

Bijlage 1: Topiclijst
Bijlage 2: Resultaten
Bijlage 3: Interview Mitralis
Bijlage 4: Interview Da Vinci
Bijlage 5: Interview Refaja
Bijlage 6: Interview Polikliniek in Assen
Bijlage 6: Interview Evean
Bijlage 7: Interview Excen
Bijlage 8: Safe Assignment
Bijlage 9: Anti-plagiaat verklaring

Samenvatting

Er is niet voldoende informatie beschikbaar over de manier waarop invulling wordt gegeven aan de werkwijze van verschillende Wond Expertise Centra in Nederland. Na aanleiding hiervan is in dit onderzoek onderzocht op welke manier zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze. Vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen is het initiatief ontstaan om Verpleegkundige Topzorg te gaan leveren. Verpleegkundige Topzorg wil zorgen voor een verbetering van de kwaliteit van wondzorg door de verpleegkundigen doelmatiger en efficiënter te laten werken. De zes Wond Expertise Centra die zijn meegenomen zijn in dit onderzoek zijn Mitralis Expertise Centrum Wondzorg, Da Vinci kliniek, Wondpoli Refaja, Wondenpolikliniek Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Evean Wond Expertisecentrum en Excen Expertise Centra Nederland. Het doel van dit onderzoek is om informatie te verkrijgen over de manier waarop zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze, welke toegepast kan worden bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. De belangrijkste aspecten die in de interviews worden meegenomen zijn het aantal disciplines, protocollen en richtlijnen, de taakverdeling en de positie in de ketenzorg.

Het onderzoek is een inventariserend kwalitatief onderzoek. De zes Wond Expertise Centra zijn gekozen omdat deze allemaal een andere werkwijze hanteren. Op deze manier kan er een duidelijk beeld worden geschetst van de verschillende manieren waarop invulling is gegeven aan de werkwijzen. Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met de zes Wond Expertise Centra. Er was geen gevalideerde topiclijst beschikbaar. De gebruikte topiclijst is daarom opgesteld aan de hand van de deelvragen. Deze topiclijst is leidend geweest tijdens de interviews. De interviews zijn telefonisch gehouden, uitgetypt en vervolgens gecodeerd. Dit is gedaan aan de hand van labels en fragmenten. Het structureren en analyseren van de resultaten is met de hand gedaan.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat iedere instelling een eigen definitie hanteert voor complexe wonden. Alle instellingen vallen onder de norm Wond Expertise Centrum, behalve de polikliniek in Assen. Zij zijn nog bezig om te gaan voldoen aan de normen die het Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt aan een Wond Expertise Centrum. Alle Wond Expertise Centra werken vanuit de tweede lijn, alleen Evean werkt vanuit de eerste lijn en Excen vanuit anderhalvelijn. Het verschilt centrum of zij intramuraal, extramuraal of in beide situaties werken. Ook verschilt het of de wondzorg geheel, gedeeltelijk of helemaal niet wordt overgenomen van de thuiszorg. De grote van het team en het aantal verschillende disciplines verschilt per centrum. De centra hebben qua taakverdeling veel raakvlakken met elkaar. Vaak is de medisch specialist eindverantwoordelijk voor de patiënt en heeft de huisarts een verwijzende rol. Tenzij de patiënt in de thuissituatie zit, dan is de huisarts vaak eindverantwoordelijk. Elk centrum gebruikt standaard protocollen en richtlijnen, alleen Mitralis maakt deze zelf.

De belangrijkste methodologische beperking van dit onderzoek is dat niet alle informatie rechtstreeks uit de interviews verkregen zijn. Ontbrekende vragen zijn achteraf naar de instellingen gemailld. Echter zijn niet op alle vragen antwoorden verkregen, waardoor bepaalde informatie ontbreekt. Daarnaast hadden beide onderzoekers een andere invulling gegeven aan het coderen.

Geconcludeerd kan worden dat het beantwoorden van de hoofdvraag complex is. Dit omdat iedere instelling een eigen invulling geeft aan zijn of haar werkwijze. Elke instelling werkt volgens hun eigen principe. Hierdoor is het lastig de hoofdvraag te beantwoorden met één duidelijk antwoord.

Aanbevolen wordt om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van de onderzochte werkwijzen.

Inleiding

Het UMC st. Radboud heeft onderzoek gedaan naar de verzorging van complexe wonden. In dit onderzoek wordt onder complexe wonden verstaan: wonden met een langere genezingsperiode dan vier tot zes weken of waarbij een indicatie van de huisarts of specialist aanwezig is, waarbij sprake is van onderliggend lijden (Verpleegkundige Topzorg, 2016).

Uit het onderzoek komt naar voren dat de zorg van complexe wonden niet goed is georganiseerd. De verzorging van deze wonden komt in de meeste gevallen terecht bij verpleegkundigen, terwijl slechts 17% van deze verpleegkundigen zich gespecialiseerd heeft in wondzorg (De Laat, Dr. HEW, van Mierlo, 2012). Dat impliceert dat 83% van de verpleegkundigen niet bekwaam kan worden geacht voor de verzorging van complexe wonden. Versnippering en marktwerking in de zorg hebben er ook toe geleid dat verschillende zorgorganisaties zoals verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties onvoldoende budget hebben om verpleegkundige specialisten in dienst te hebben voor specifieke zorg, zoals wondzorg. Mede hierdoor is de wondzorg slechter geworden (Verpleegkundige Topzorg, 2015).

Uit onderzoek (Capgemini Consulting, 2014) is naar voren gekomen dat er in Nederland ca. 500.000 patiënten per jaar zijn met een complexe wond. Dit aantal zal waarschijnlijk in de loop van de jaren toenemen als gevolg van de sterk vergrijzende samenleving. De kosten voor patiënten met een complexe wond zijn vaak hoog. Dit komt mede door de inzet van verschillende zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, medisch specialisten en huisartsen. Door de bezuinigingen in de gezondheidszorg is er een tekort aan scholing, regie en een eenduidig beleid. Dit leidt tot inefficiënt en ondoelmatig gebruik van wondmaterialen, een langere genezingsperiode van wonden en tot een verhoging van de kosten die hierbij komen kijken. Ook het gebruik van een hoog aantal en verschillende soorten verband- en geneesmiddelen zorgen voor hoge kosten van complexe wonden. Hierbij komt dat complexe wonden vaak een grote impact hebben op het leven van de patiënt. Zij hebben te kampen met beperkingen in de mobiliteit, pijn, sociaal isolement en vermoeidheid. Hier kunnen eventuele infecties, bezoeken aan een polikliniek of (her)opnames in het ziekenhuis nog bij komen.

In Nederland ontstaan de laatste jaren steeds meer Wond Expertise Centra, wat voor velen nog een onbekend begrip is. Een Wond Expertise Centrum heeft de taak om evidence based wondzorg uit te voeren. Ook moeten zij zorgen voor coördinatie en expertiseverspreiding aan alle disciplines binnen de gezondheidszorg. Een Wond Expertise Centrum streeft naar efficiënte en effectieve wondzorg, ongeacht waar de patiënt zich bevindt in de keten die gezondheidszorg wordt genoemd (WCS, 2012). Bij een Wond Expertise Centrum is multidisciplinaire samenwerking een belangrijk begrip. Hierbij worden gespecialiseerde verpleegkundigen ingezet, wordt invulling gegeven aan casemanagement en wordt werken volgens protocol en het bevorderen van deskundigheid belangrijk geacht (Capgemini Consulting, 2014).

De opkomst van Wond Expertise Centra resulteert in verbeterde behandeluitkomsten, vermindering van het aantal infecties en een verbeterde mobiliteit bij de patiënten. Deze aspecten resulteren in een forse vermindering van de hoeveelheid kosten per patiënt, doordat op verschillende disciplines en materialen minder beroep hoeft te worden gedaan. Wetenschappelijk onderzoek (Capgemini Consulting, 2014) toont aan dat gemiddeld 1.300 euro per patiënt wordt bespaard met behulp van Wond Expertise Centra. Deze besparingen zijn vooral gevolg van het feit dat de Wond Expertise Centra de wondzorg van andere instellingen geheel of gedeeltelijk overnemen. Dit heeft een kortere behandelduur tot gevolg. Dit resulteert tot minder gebruik van verband- en geneesmiddelen en er hoeft minder lang beroep te worden gedaan op de thuiszorg. Ook andere zorguitgaven worden hierdoor beperkt.

Vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is het initiatief ontstaan om Verpleegkundige Topzorg te gaan leveren. Zij willen zorgen voor een verbetering van de kwaliteit van zorg door de verpleegkundigen doelmatiger en efficiënter te laten werken. Verpleegkundige Topzorg wil hoogwaardige verpleegkundige zorg gaan leveren aan patiënten met een complexe wond(en). Hierbij wordt de beleidsregel van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) gehanteerd; 'Regiefunctie complexe wondzorg'. De opdrachtgevers (Verpleegkundige Topzorg, 2015) laten weten hoogwaardige verpleegkundige zorg te willen leveren door te zorgen voor minder pijn, een verbeterde mobiliteit bij de patiënt en een snellere wondgenezing. Ook streven zij naar verbetering en borging van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Daarnaast speelt verlaging van de kosten door doelmatig gebruik, efficiënte inkoop van verbandmaterialen en minder inzet van verpleegkundigen een rol. Het voorkomen van heropnames in het ziekenhuis en een verkorte opnameperiode in het ziekenhuis zijn andere aspecten die een belangrijke rol spelen bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg.

In de Wond Expertise Centra, zoals deze nu zijn georganiseerd in Nederland, wordt de wondzorg vaak geheel overgenomen door specialisten. Dit kan zowel intern vanuit het Wond Expertise Centrum of extern vanuit de thuissituatie van de patiënt. Verpleegkundige Topzorg benadrukt niet op deze wijze te willen werken. Verpleegkundige Topzorg (2015) wil de zorg zoveel mogelijk leveren vanuit de eerste lijn. Zij willen alleen de regie voeren over de wondzorg en daarbij nauw samenwerken met de thuiszorg, die uiteindelijk de uitvoering van de wondzorg gaat doen. Op deze manier kan de thuiszorg de zorg blijven leveren en krijgt de patiënt niet nog een extra discipline over de vloer. Ook hoeft de patiënt op deze manier niet naar een Wond Expertise Centrum te komen.

Er is weinig informatie beschikbaar over de manier waarop de Wond Expertise Centra zijn georganiseerd. Vanuit Verpleegkundige Topzorg komt de vraag om de werkwijze van zes verschillende Wond Expertise Centra te onderzoeken. Op deze manier kan deze informatie gebruikt worden bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

'Hoe geven zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling aan hun werkwijze?'

Het beroepsprofiel V&VN benadrukt het belang van onderzoek doen. Het handelen van de verpleegkundige wordt in de praktijk ondersteund door resultaten die uit onderzoek zijn voort gekomen. De verpleegkundige neemt kennis van deze resultaten en past deze resultaten, indien mogelijk, toe in de praktijk zodat de gebruikte interventies doeltreffend en doelmatig aannemelijk zijn (V&VN, 2020).

Het verslag is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak uitgewerkt doormiddel van de vraagstelling, doelstelling, deelvragen en definiëring van de begrippen. Het tweede hoofdstuk geeft de methodologie van het onderzoek weer. Vervolgens worden in het derde hoofdstuk de onderzoeksresultaten weergegeven. In het vierde hoofdstuk wordt er een discussie weergegeven en in het vijfde en laatste hoofdstuk worden de conclusie en aanbevelingen gedaan.

1. Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak van het onderzoek beschreven. Als eerste wordt de probleemstelling, doelstelling en bijhorende deelvragen beschreven. Tot slot wordt de begripsbepaling weergegeven.

1.1 Probleemstelling

Wetenschappelijk onderzoek over het belang van de verschillende Wond Expertise Centra in Nederland is voldoende beschikbaar. Er is echter weinig literatuur beschikbaar over de manier waarop de werkwijze van de verschillende Wond Expertise Centra in Nederland is georganiseerd. Dit leidt tot een tekort aan informatie over het betreffende onderwerp. Vanuit Verpleegkundige Topzorg is de vraag gekomen om informatie te verzamelen over de manier waarop invulling wordt gegeven aan de werkwijze van zes Wond Expertise Centra in Nederland. Deze informatie kunnen zij toepassen bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. De volgende probleemstelling kan worden geformuleerd:

'Welke informatie kan worden verkregen over de manier waarop zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze?'

1.2 Doelstelling

De opdrachtgevers willen met de verkregen informatie uit dit onderzoek nagaan in hoeverre zij deze informatie kunnen gebruiken bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. Door het opzetten van Verpleegkundige Topzorg willen zij onder andere hoogwaardige verpleegkundige zorg en kennis ter beschikking stellen aan zorgorganisaties in de regio Groningen en Drenthe. Ook moet Verpleegkundige Topzorg gaan leiden tot hogere kwaliteit van complexe wondzorg. Door het tekort aan informatie over de werkwijze van de zes Wond Expertise Centra hebben de opdrachtgevers geen houvast bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. De volgende doelstelling kan worden geformuleerd:

'Over vijf maanden is er informatie verkregen over de manier waarop zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze, welke toegepast kan worden bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg.'

1.3 Deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

'Hoe geven zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling aan hun werkwijze?'

De volgende deelvragen zijn leidend gedurende de uitvoering van het onderzoek:

1. Welke verschillende Wond Expertise Centra worden er meegenomen in dit onderzoek?
2. Welke disciplines zijn er aanwezig in de Wond Expertise Centra?
3. Welke protocollen en richtlijnen worden er gebruikt binnen de Wond Expertise Centra?
4. Hoe is de taakverdeling georganiseerd binnen de Wond Expertise Centra?
5. Wat is de positie in de ketenzorg?

1.4 Begripsbepaling

Wondexpertisecentrum - Een wondexpertisecentrum (WEC) is een overkoepelende benaming voor de multidisciplinaire samenwerking tussen de diverse zorgprofessionals die een rol hebben bij de behandeling en zorg van wonden (WCS Kenniscentrum Wondzorg, 2016).

Complexe wondzorg - Wonden die een langere genezingsperiode hebben dan vier tot zes weken of waarbij een indicatie van de huisarts of specialist aanwezig is, waarbij sprake is van onderliggend lijden (Verpleegkundige Topzorg, 2016).

Regiefunctie complexe wondzorg - De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt (NZA, 2012).

Ketenzorg – Zorg waarin de verschillende schakels van zorgverlening op elkaar zijn afgestemd, zodat een samenhangend aanbod ontstaat, gericht op de behoeften van de patiënt of cliënt (Thesaurus, 2014).

2. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderzoek uitgewerkt. Hierin komt het design van het onderzoek, de dataverzameling en de data-analyse aan bod. Ook wordt de populatie en steekproef uitgewerkt. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid beschreven. Tot slot komen de ethische verantwoording en de planning aan bod.

2.1 Design van het onderzoek

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om informatie te verzamelen over de manier waarop zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om het beschrijven en begrijpen van verschijnselen en het ontdekken van verbanden tussen deze verschijnselen (Verhoeven, 2011). Bij dit onderzoek wordt de manier waarop de zes Wond Expertise Centra invulling geven aan hun werkwijze beschreven.

Het onderzoek is een inventariserend onderzoek omdat er behoefte is aan informatie over hoe zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling hebben gegeven aan hun werkwijze.

2.2 Dataverzameling

Doormiddel van semigestructureerde interviews willen de onderzoekers hun data gaan verzamelen. Door interviews te gaan houden bij de verschillende instellingen kan er een duidelijk beeld worden geschetst van de manier waarop invulling wordt gegeven aan hun werkwijze de centra. Er is gekozen om semigestructureerde interviews te gaan houden zodat er op verschillende onderwerpen doorgevraagd kan worden.

Er is op het moment geen gevalideerde topiclijst beschikbaar die gebruikt kan worden voor dit onderzoek omdat er nog niet eerder interviews gehouden zijn over het betreffende onderwerp. De topiclijst is daarom opgesteld door de onderzoekers aan de hand van de deelvragen. Vervolgens hebben de onderzoekers samen met de opdrachtgevers van het UMCG de topiclijst doorgenomen, zodat de validiteit vergroot wordt.

Na de verkennende literatuurstudie is er bekeken welke Wond Expertise Centra er zijn in Nederland. Er zijn in totaal 37 Wond Expertise Centra bekend in Nederland. Eén hiervan is Excen. 25 Wond Expertise Centra hanteren het concept van Excen. De overige elf hebben hun eigen concept (StartWondverzorging, n.d). De onderzoekers hebben zeven van deze Wond Expertise Centra uitgekozen, waarvan er uiteindelijk zes mee gaan doen. Deze zeven zijn gekozen omdat de Wond Expertise Centra allemaal verschillend zijn opgezet, wat erg belangrijk is voor het onderzoek. Op deze manier kan er een goed beeld worden geschetst van de verschillende manieren waarop invulling is gegeven aan de werkwijzen die de zes centra hanteren. Ook kunnen de opdrachtgevers op deze manier één of meerdere werkwijzen toepassen bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg.

De volgende zeven Wond Expertise Centra zijn benaderd:

1. Mitralis Expertise Centrum Wondzorg – Mitralis is gebeld en gemaïld en doet mee aan het onderzoek.
2. Da Vinci Kliniek – Da Vinci is gebeld en gemaïld en doet mee aan het onderzoek.
3. Wondpoli Refaja – Refaja is gebeld en gemaïld en doet mee aan het onderzoek.
4. Wondenpolikliniek Wilhelmina Ziekenhuis Assen – Assen is gebeld en doet mee aan het onderzoek.
5. Evean Wond Expertisecentrum – Evean is gebeld en wilde in eerste instantie niet mee doen met het onderzoek wegens tijdgebrek. Na overleg met de opdrachtgevers van Verpleegkundige Topzorg hebben zij contact gelegd met Evean en heeft Evean besloten toch mee te willen doen met het onderzoek.
6. Excen Expertise Centra Nederland– Excen is gebeld en gemaïld en doet mee aan het onderzoek
7. Wondzorg Arnhem – Arnhem is gebeld en doet niet mee aan het onderzoek. Hun Wond Expertise Centrum zit nog in de opstartfase, waardoor ze geen tijd hebben om mee te doen aan het onderzoek.

Er wordt geprobeerd om de interviews te houden op locatie. Wanneer de centra voorkeur hebben voor een telefonisch interview of via Skype is dit ook mogelijk. De interviews worden gehouden op een rustige locatie waar de geïnterviewde zo min mogelijk afgeleid kan worden. Voorafgaand aan het interview wordt toestemming gevraagd aan de geïnterviewde of het interview opgenomen mag worden. Het opnemen van het interview is van belang omdat op deze manier geen belangrijke informatie wordt gemist. Daarnaast worden de interviews volledig uitgetypt. De interviews worden anoniem gehouden, dit houdt in dat de namen van de geïnterviewden niet worden genoemd. Ook houdt dit in dat de onderzoekers vertrouwelijk met de verkregen informatie omgaan.

Er is gekozen om één onderzoeker het interview te laten doen. De andere onderzoeker maakt aantekeningen en kan eventueel helpen met doorvragen. Dit is gekozen zodat de onderzoekers elkaar kunnen ondersteunen en zodat de juiste informatie kan worden verkregen. De onderzoekers willen graag een directeur of manager of regieverpleegkundige interviewen. De Wond Expertise Centra laten weten dat deze medewerkers vaak de meeste kennis hebben over het betreffende onderwerp.

2.3 Data-analyse

Het structureren van kwalitatieve data bestaat uit de volgende drie stappen, namelijk ordening, labelen en vaststellen van verbanden (Eurib, 2011). De eerste stap is ordening. In deze stap gaan de onderzoekers, nadat de interviews volledig zijn uitgeschreven, de tekst ordenen. De tekst die niet relevant is voor de vraag- en doelstelling wordt geschrapt.

Vervolgens wordt de relevante tekst opgedeeld in fragmenten. Fragmenten zijn delen van zinnen met hetzelfde onderwerp. Dus alle zinnen die verband met elkaar hebben worden bij elkaar gelegd. Vervolgens wordt er aan elk fragment een label geplakt. Bij labeling geeft de onderzoeker expliciet aan wat het onderwerp is van elke groep fragmenten. Alle fragmenten zullen worden gecodeerd zodat er een duidelijk beeld ontstaat. Tot slot wordt er gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen de fragmenten (Eurib,2011).

De data, verkregen uit de interviews, wordt eerst gestructureerd en vervolgens geanalyseerd. Bij het structureren en analyseren van de data wordt geen softwareprogramma gebruikt, dit gaan de onderzoekers met de hand doen. Door de data-analyse met de hand te doen vergroten de onderzoekers hun inzicht in de resultaten.

2.4 Populatie en steekproef

De populatie van het onderzoek zijn alle Wond Expertise Centra die bekend zijn in Nederland. De steekproef zijn de zes Wond Expertise Centra die mee gaan doen met het onderzoek, namelijk Mitraxis, Excen, Eveen, de polikliniek in Assen, Refaja en Da Vinci. Het Wond Expertise team in het Refaja ziekenhuis is opgezet door Treant zorggroep (WZA, n,d). Da Vinci behandelt naast wonden ook andere ziektebeelden (Da Vinci, n,d.).

2.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek

Betrouwbaarheid

Het is van belang dat de betrouwbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk is. Betrouwbaarheid is de nauwkeurigheid en precisie van een meetprocedure (Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., Kuiper, C., 2012). De onderzoekers gaan rekening houden met de betrouwbaarheid door de interpretatie en subjectiviteit zoveel mogelijk te beperken. Dit gaan de onderzoekers doen door zo min mogelijk waarden en meningen aan onderwerpen te verbinden. Ook gaan de onderzoekers transparant werken. Dit gaan de onderzoekers doen door te beschrijven wanneer wat is gedaan en hoe dit is gedaan. Ook houden zij een logboek bij.

De onderzoekers dienen te zorgen voor volledigheid en juistheid van de documenten. Daarom worden de interviews opgenomen en volledig uitgeschreven. De resultaten worden goed bewaard door de onderzoekers. De uitgeschreven resultaten worden zowel digitaal als hardcopy bewaard, zodat deze gegevens niet verloren kunnen gaan. De opgenomen versie wordt digitaal op meerdere plaatsten bewaard zodat deze ook niet verloren kunnen gaan, bijvoorbeeld op verschillende harde schijven.

De data-analyse moet helder zijn. De data-analyse wordt in het onderzoek stap voor stap uitgewerkt en wordt transparant op papier gezet. Personen die niet verbonden zijn met het onderzoek dienen een duidelijk beeld te kunnen vormen van de bevindingen, conclusies en interpreteringen. De onderzoekers dienen zo objectief mogelijk te zijn. Daarom is ervoor gekozen dat beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar de vraagstelling en doelstelling gaan analyseren en een labeling gaan aanbrengen. Deze twee structuren worden vervolgens met elkaar vergeleken. Doormiddel van overleg kunnen gezamenlijke resultaten worden benoemd. De onderzoekers zullen met elkaar en met de opdrachtgevers in overleg gaan over de uitkomsten van de labeling.

Validiteit

Validiteit is meten wat je beoogt te meten (Cox, K., et al, 2012). Waar het bij betrouwbaarheid gaat om toevallige fouten gaat het bij validiteit om systematische fouten. De resultaten en conclusies zijn voor een groot deel gebaseerd op argumentatie en interpretatie (Swanborn, 1996).

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit is de mate waarin het redeneren binnen het onderzoek correct wordt uitgevoerd (Cox, K., et al, 2012). De onderzoekers hebben een logboek bijgehouden. Zo kan er later teruggelezen worden wat er precies is gebeurd en op welk tijdstip. Op deze manier kan worden teruggeblikt op de planning en de gemaakte keuzes.

Door het data-analyse model zijn de stappen duidelijk beschreven. Ook wordt dezelfde topiclijst bij alle geïnterviewde personen gebruikt. Op deze manier wordt er gestreefd om bij alle deelnemende Wond Expertise Centra hetzelfde te meten. Daarnaast hebben de onderzoekers elkaar ook beoordeeld op de manier van werken, zodat niet alleen de juiste methode wordt gekozen maar dat de methode ook correct wordt uitgevoerd. Doelen en verwachtingen zijn tussen de onderzoekers en opdrachtgevers van Verpleegkundige Topzorg uitgesproken zodat fouten voorkomen kunnen worden.

Externe validiteit is in hoeverre de resultaten van een bepaald onderzoek te generaliseren zijn, dit wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt (Cox, K., et al. 2012).

Generaliseerbaarheid

Onder generaliseerbaarheid bij kwalitatief onderzoek wordt inhoudelijke generaliseerbaarheid verstaan. Dit betekent in welke mate de conclusies in soortgelijke situaties gelden (Cox, K., et al, 2012). In het onderzoek zal er uiteindelijk een beeld worden geschetst van de manier waarop zes Wond Expertise Centra invulling geven aan hun werkwijze. Hierbij kan generaliseerbaarheid gedeeltelijk worden toegepast. Dit onderzoek kan gegeneraliseerd worden door ondernemers die een Wond Expertise Centrum of een soortgelijk idee willen opzetten. Zij kunnen de informatie in dit onderzoek eventueel toepassen bij deze opzet.

2.6 Ethische verantwoording

Het onderzoek brengt geringe ethische risico's en dilemma's met zich mee, omdat voornamelijk naar feitelijke gegevens wordt gevraagd.

2.7 Planning

	Februari 2016	Maart 2016	April 2016	Mei 2016	Juni 2016
Literatuurstudie	X*X				
Vraagstelling formuleren	XX	XX			
Contacteren WEC		X			
Onderzoeksvorstel schrijven	XX	XXXX			
Houden interviews			XXX		
Data analyse			X	XX	
Schrijven onderzoek			XX	XXX	
Presentaties voorbereiden				XX	
Presentaties houden				X	
Verdediging onderzoek				X	

Tabel 1: Planning

*X staat voor een week werk.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek uitgewerkt. Deze resultaten zijn verkregen doormiddel van het houden van interviews bij verschillende Wond Expertise Centra.

3.1 Methodologie

Voor dit onderzoek zijn de volgende Wond Expertise Centra meegenomen:

1. Mitralis Expertise Centrum Wondzorg
2. Da Vinci Kliniek
3. Wondpoli Refaja
4. Wondenpolikliniek Wilhelmina Ziekenhuis Assen
5. Evean Wond Expertise Centrum
6. Excen Expertise Centra Nederland

Met deze Wond Expertise Centra zijn interviews gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. In 'bijlage 1: Topiclijst' wordt de topiclijst weergegeven. De interviews zijn telefonisch gehouden omdat dit de voorkeur had bij de Wond Expertise Centra. De interviews zijn gecodeerd en op deze manier zijn de resultaten inzichtelijk gemaakt. Na het coderen bleek dat er een aantal aspecten van de topiclijst niet duidelijk zijn geworden. De vragen die nog onduidelijk bleken te zijn, zijn via de mail aan de centra gevraagd. Echter zijn ook na het mailen niet alle vragen even duidelijk geworden, hierdoor ontbreekt sommige informatie. De vragen die wel duidelijk zijn geworden zijn verwerkt in het onderzoek.

3.2 Aflezen resultaten

In deze paragraaf zullen de belangrijkste resultaten per centrum worden weergegeven. Er zal een samenvattende weergave worden gegeven van de resultaten. Om een totaal beeld te krijgen van de volledige werkwijze wordt verwezen naar 'bijlage 2: Resultaten'. Hierin zullen de volledige resultaten worden weergegeven per topic. Hierdoor worden de verschillen tussen de centra duidelijk gemaakt.

3.2.1 Resultaten

Mitralis

Mitralis is een combinatie van Zelfstandig Behandel Centrum en Privé Kliniek en biedt zowel verzekerde als onverzekerde behandelingen aan. Mitralis is een zelfstandig centrum dat vanuit de instelling, zonder artsen in dienst, puur om het verpleegtechnische werkt. Mitralis behandelt alle wonden tenzij het een dermatologisch probleem is of wanneer het een derde of diepe tweede graad brandwond is. Mitralis ziet een wond die langer open is dan acht weken als een complexe wond. Mitralis werkt vanuit de tweede lijn. Ze werken zowel intra- als extramuraal. Mitralis heeft een polikliniek die mensen kunnen bezoeken, wanneer dit niet mogelijk is komt Mitralis bij de mensen thuis, in het ziekenhuis Zuyderland (een zorggroep), verzorgingshuis of een andere instelling. De wondzorg wordt van de thuiszorg overgenomen wanneer dit nodig is. Het team bestaat uit 33 medewerkers. Dit zijn intakeverpleegkundigen, wondconsulenten/verpleegkundigen, een verpleegkundig specialist, een master in woundcare en tissue repair, directeuren, een magazijnmeester en secretaresses. Iedere zorgmedewerker binnen het team is HBO verpleegkundige. De huisarts en/of een medisch specialist zijn eindverantwoordelijk. Ieder jaar probeert Mitralis de verpleegkundigen naar een scholing of congres te sturen. Mitralis maakt gebruik van een digitaal registratiesysteem, genaamd Woundmonitor. Eventueel kunnen artsen dit systeem gebruiken. Wanneer dit niet het geval is gaan overdrachten telefonisch of via de post. Thuiszorgmedewerkers maken ook gebruik van dit Woundmonitor systeem. Mitralis doet zelf geen doorverwijzingen, dit doet de medisch specialist of de huisarts. Mitralis maakt hun eigen protocollen en richtlijnen. Mitralis maakt geen meerjarenbeleid, zij stellen korte termijn doelen op. Mitralis doet onderzoek. De zorg die Mitralis levert wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

Da Vinci

Da Vinci is een Zelfstandig Behandel Centrum, wat zich in combinatie richt op hyperbare zuurstoftherapie en wondexpertise. Da Vinci behandelt chronische wonden in de categorie één tot en met vijf. Da Vinci ziet een wond die na drie maanden nog niet uit zichzelf gesloten is als een complexe wond. Da Vinci behandelt vanuit de tweede lijn. Ze werken zowel intra- als extramuraal. De hyperbare zuurstoftherapie kan alleen intramuraal worden uitgevoerd. De wondzorg gebeurt intramuraal, echter vindt Da Vinci het verstandiger om soms bij de mensen thuis de wond te behandelen. In deze situatie komt de Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT) in opdracht van de medisch specialist. Het team bestaat uit 25 tot 30 mensen. Zes hiervan werken in de MSVT, de rest in het centrum. De disciplines die binnen het centrum werken zijn een vaatchirurg, kliniekarts, internist, verpleegkundig specialisten, plastisch chirurg, wondconsulent, wondverpleegkundige, manager bedrijfsvoering, financieel medewerker, kwaliteitsmedewerker, servicebureau medewerker receptie medewerkers. Daarnaast werken er mensen die de hyperbare zuurstoftank kunnen bedienen. Deze mensen hebben een specifieke opleiding nodig. De verpleegkundigen moeten minimaal wondverpleegkundige zijn. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. Da Vinci neemt tijdelijk de wondzorg van de thuiszorg over. Da Vinci houdt scholingen van hun eigen medewerkers bij. De overdrachten gaan doormiddel van een Elektronisch patiëntendossier. Dit dossier wordt gebruikt door alle disciplines binnen het centrum. Ook heeft Da Vinci toegang tot het dossier van de thuiszorg. Da Vinci maakt gebruik van standaard protocollen en richtlijnen. Ze maken een meerjarenbeleid. Da Vinci doet zelf geen onderzoek. De zorg die Da Vinci levert wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

Refaja

Refaja is een polikliniek dat samenwerkt met twee andere poliklinieken (Emmen en Hoogeveen). Samen vallen zij onder de norm Wond Expertise Centrum. Naast de polikliniek behandelt Refaja ook patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. Refaja behandelt alle wonden behalve brandwonden en acute wonden. Uitzonderingen zijn wonden die doorgestuurd worden door de spoedopvang of chirurgie of acute wonden die geen genezingstendens hebben. Refaja ziet een wond waarbij na twee weken geen genezingstendens is opgetreden als een complexe wond. Refaja werkt vanuit de tweede lijn en behandelt intramuraal. Wanneer mensen geen mogelijkheid hebben om naar de polikliniek te komen stelt Refaja een behandelplan op die door de reguliere thuiszorg wordt uitgevoerd. Het team bestaat uit twee verpleegkundigen. Een hiervan is dermatologie verpleegkundige en de ander is bezig met de opleiding tot wondconsulent. De vaatchirurg is de hoofdbehandelaar, alleen bij een veneuze ulcus is dit de dermatoloog. Refaja geeft scholingen aan de medewerkers van de thuiszorg. De medewerkers van de polikliniek volgen Symposia. Refaja maakt gebruik van het digitale registratiesysteem X-Care. Overdrachten van en naar artsen gaan via dit systeem. Overdrachten van en naar de thuiszorg gaan schriftelijk of via de mail. Refaja maakt gebruik van standaard protocollen en richtlijnen. Refaja maakt geen meerjarenbeleid, maar maakt een jaarverslag achteraf. Refaja doet geen onderzoek. De zorg die Refaja levert wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

Assen

Het Wilhelmina ziekenhuis in Assen heeft een polikliniek. Deze polikliniek voldoet nog niet aan alle eisen die door het IGZ zijn opgesteld een Wond Expertise Centrum. De polikliniek heeft een aparte diabetische voetpolikliniek. De wondenpolikliniek behandelt alle wonden behalve de ulcus cruris. De kliniek ziet een wond die niet dicht gaat binnen 21 dagen als een complexe wond. De kliniek werkt vanuit de tweede lijn en behandelt intramuraal. Ook behandelen zij patiënten die opgenomen zijn binnen het Wilhelmina Ziekenhuis. Wanneer mensen geen mogelijkheid hebben om naar de polikliniek te komen stellen de medewerkers een behandelplan op die door de reguliere thuiszorg wordt uitgevoerd. Het team van de polikliniek bestaat uit zes medewerkers. Er werkt een specialistisch wondverpleegkundige, een doktersassistent, een vaatchirurg en een algemeen chirurg, een algemeen verpleegkundige en een verpleegkundig specialist. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. Iedere medewerker moet minimaal MBO verpleegkundige zijn. De polikliniek geeft één keer in het jaar nascholing aan hun medewerkers. De polikliniek maakt gebruik van standaard protocollen en richtlijnen. De polikliniek gebruikt het registratiesysteem EZIS. De overdrachten van en naar de thuiszorg verlopen schriftelijk. De polikliniek maakt een meerjarenbeleid en doet geen onderzoek. De zorg die de polikliniek levert wordt gefinancierd vanuit Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

Evean

Evean is een Zelfstandig Behandel Centrum. Evean behandelt alle wonden en brandwonden tot graad twee. Evean ziet een wond waarin het normale helingsproces wordt verstoort op één of meer punten van de fase van hemostase, proliferatie en remodelering als een complexe wond. Evean werkt vanuit de eerste lijn en behandelt intra- en extramuraal. Evean heeft een eigen thuiszorgorganisatie. Deze neemt de wondzorg over van de thuiszorg. Evean heeft toegang tot het dossier van de thuiszorg. Het team bestaat uit tien medewerkers. Hiervan zijn twee verpleegkundig specialisten, zes wondverpleegkundigen en twee secretariële ondersteuners. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. De verpleegkundigen zijn HBO opgeleid, maar moeten daarnaast opgeleid worden tot wondconsulent. De verpleegkundigen binnen Evean krijgen verplichte scholingen. Evean maakt gebruik van standaard protocollen en richtlijnen. Evean gebruikt verschillende registratiesystemen. Binnen het centrum wordt er gewerkt met Caress. Extramuraal werken zij met een Elektronisch Patiënten Dossier. In verpleeg- verzorgingshuizen werken zij met EZIS. Evean maakt gebruik van een meerjarenbeleid en doet onderzoek. De zorg die Evean levert wordt op verschillende manieren gefinancierd. Vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen gaat dit via het Zorgzwaartepakket (ZZP). Bij de thuiszorg gaat dit via de wijkverpleging. De zorg die Evean krijgt van de medisch specialisten wordt gefinancierd door MSVP. Hiernaast heeft Evean nog WLZ klanten, deze worden via de Wet Langdurige Zorg (WLZ) gefinancierd.

Excen

Excen ondersteunt en begeleidt andere instellingen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum. Excen werkt vanuit een concept. Instellingen kunnen dit concept overnemen. Wanneer instellingen dit concept willen overnemen moeten zij draaien volgens het concept dat Excen heeft opgezet. In dit concept staat beschreven dat Excen alle wonden behandelt. Hierin wordt iedere wond als een complexe wond gezien. In het concept wordt gewerkt vanuit anderhalvelijnszorg. Excen behandelt zowel intra- als extramuraal. Dit betekent dat een verpleegkundig specialist bij de huisarts werkt en de patiënten direct kan behandelen of doorsturen. Excen heeft een zusterorganisatie met een eigen thuiszorg genaamd Quality zorg. Dit kan gezien worden als een aparte organisatie. Wanneer een instelling wil werken volgens het concept van Excen hoeven zij het beleid van deze thuiszorgorganisatie niet toe te passen, tenzij zij ook een eigen thuiszorgorganisatie willen opzetten. De wondzorg kan zowel door de thuiszorg als door het centrum worden uitgevoerd. Wanneer de thuiszorg dit doet leidt Excen de medewerkers van de thuiszorg voor deze wondzorg op. Excen past alle disciplines toe die nodig zijn binnen een Wond Expertise Centrum en/of in de thussituatie. In een aantal regio's werkt de wondverpleegkundige van het Wond Expertise Centrum een dag of dagdeel in de week mee met een thuiszorgorganisatie. Wanneer een patiënt in het ziekenhuis wordt behandeld is de arts eindverantwoordelijk. Wanneer een patiënt in een verpleeghuis verblijft dan is de verpleeghuisarts eindverantwoordelijk. De thuiszorgorganisatie van Excen krijgt drie tot vier keer per jaar scholing. Excen heeft een digitaal registratiesysteem gemaakt dat Patdoc heet. Alle disciplines hebben toegang tot dit systeem. Thuiszorgorganisaties, dus niet van Excen zelf, werken met een ander systeem. Overdrachten gaan dan vaak schriftelijk of telefonisch. Excen doet mee aan onderzoek. Excen maakt gebruik van standaard protocollen en richtlijnen. Excen helpt instellingen bij het opzetten van een meerjarenbeleid. De financiering verloopt via de zorgverzekeringswet.

3.4 Begripsdefiniëring

Hemostase – Een open wond ontstaat als de samenhang van huid- en/of onderliggend weefsel wordt verbroken door invloed van buitenaf. Haarvaatjes en zenuwuiteinden komen bloot te liggen en raken beschadigd. Binnen enkele seconden treden verschillende mechanismen in werking om het bloedverlies te beperken. Er treedt lokaal vaatvernauwing op en samengeklonterde bloedplaatjes vormen een eerste barrière om het defect te dichten. Fibrine dat intussen wordt geproduceerd, vormt een netwerk van draden over de wond. Bloedcellen, bloedplaatjes en eiwitten blijven kleven. Het fibrinenetwerk droogt op en vormt de korst (Complexe wondbehandeling, 2012).

Proliferatie – Granulocyten stimuleren de aanmaak van nieuwe haarvaten die vanuit wondranden het bloedstolsel in groeien. De fibrinedraden fungeren als steiger. Er worden fibroblasten (jonge bindweefselcellen) gevormd die zich kunnen samentrekken. Het nieuwe weefsel (granulatieweefsel) is vochtig, helderrood en korrelig. Het bevat macrofagen, zeer kleine bloedvaatjes, fibroblasten en collageen. Voor de wondgenezing heeft het lichaam verschillende voedingsstoffen nodig, zoals eiwitten, mineralen, en vitamine A en C, en zuurstof, enzymen en hormonen. Een tekort aan een van deze stoffen vertraagt de wondgenezing. Dan volgt de epithelisatie. Het granulatieweefsel groeit vanaf de wondbodem omhoog. Als dit weefsel het niveau van de opperhuid bereikt, groeien vanuit de wondranden nieuwe epitheelcellen over het granulatieweefsel heen. Die epitheelcellen bedekken het granulatieweefsel. Zodra de huidcellen elkaar in het centrum van de wond treffen, stopt de oppervlaktegroei en is de wond gesloten. Er wordt geen nieuw granulatieweefsel meer gevormd (Complexe wondbehandeling, 2012).

Remodellering - De nieuwe opperhuid verdikt zich en groeit aan de lederhuid vast. De nieuwe huidlaag is nog erg kwetsbaar en bestaat uit epitheel met daaronder jong collageen (littekenweefsel) dat nog erg stug en rood is. In deze fase rijpt het bindweefsel uit tot een soepel en dun litteken en worden de overtollige haarvaatjes weer afgebroken (Complexe wondbehandeling, 2012).

Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT) – MSVT is complexe thuisverpleging waarvoor de medisch specialist zichzelf eindverantwoordelijk stelt (MSVT, n.d.).

Zorgzwaartepakket (ZZP) - Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een omschrijving van hoeveel zorg en van welke soort zorg en/of begeleiding iemand recht heeft. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft de indicatiebesluiten af en bepaalt op welke zorg iemand recht heeft (Tallsay, 2016).

Wet Langdurige Zorg (WLZ) - De Wet langdurige zorg is er voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben (Rijksoverheid, 2014).

4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie van het onderzoek weergegeven. De relatie tussen de resultaten en de onderzoeksvraag wordt gelegd. Er wordt een interpretatie van afwijkende resultaten beschreven. Ook wordt de relatie tussen de resultaten en de methode van het onderzoek gelegd. Tot slot zullen de methodologische beperkingen aan orde komen en wordt de theoretische relevantie besproken.

4.1 Relatie resultaten en onderzoeksvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

‘Hoe geven zes Wond Expertise Centra in Nederland invulling aan hun werkwijze?’

Het antwoord op deze vraag is complex. Dit omdat iedere instelling een eigen invulling geeft aan hun werkwijze. Elke instelling werkt volgens hun eigen principe. Hierdoor is het lastig om de hoofdvraag te beantwoorden met één duidelijk antwoord.

4.1.1 Verschillen

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat ieder centrum een eigen definitie hanteert voor complexe wonden. Ook nemen de Wond Expertise Centra verschillende soorten wonden mee in hun behandeling en worden sommige wonden geëxcludeerd. Tevens zijn de meeste centra een Wond Expertise Centrum, echter is de polikliniek in Assen nog bezig om te gaan voldoen aan de eisen die gesteld worden door het IGZ aan een Wond Expertise Centrum. Refaja alleen is geen Wond Expertise Centrum, maar samen met de poliklinieken in Emmen en Hoogeveen vallen zij wel onder deze norm. Ook Excen valt op omdat zij alleen begeleiden en ondersteunen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum. Tevens valt het op dat veel Wond Expertise Centra werken vanuit de tweede lijn, alleen Eveen en Excen wijken hiervan af. Hierdoor zijn de verwijzingen per centrum anders georganiseerd. Het verschilt per centrum of zij intramuraal, extramuraal of in beide situaties werken. Ook verschilt het of de centra de wondzorg geheel, gedeeltelijk of helemaal niet overnemen van de thuiszorg. Sommige centra werken nauw samen met de thuiszorg, anderen hebben een eigen thuiszorgorganisatie. Het ene centrum heeft alle benodigde disciplines binnen het centrum werken en het andere centrum moet deze disciplines op consult vragen. Ook de grote van het team en aantal verschillende disciplines verschilt per centrum. Een ander verschil dat opvalt is de manier waarop geregistreerd wordt. Daarnaast verschilt ook de toegankelijkheid in het dossier per Wond Expertise Centrum. Ook het gebruik van een meerjarenbeleid verschilt centrum. Sommigen gebruiken deze wel, anderen niet en sommigen zijn hier nog mee bezig. Het valt op dat geen één centrum onderzoek doet naar de effectiviteit van hun eigen werkwijze. Wel doen een aantal centra mee aan onderzoek. Tot slot is de financiering van ieder centrum anders georganiseerd.

4.1.2 Overeenkomsten

De centra hebben qua taakverdeling veel raakvlakken met elkaar. Vaak is de medisch specialist eindverantwoordelijk en heeft de huisarts een verwijzende rol. Tenzij de patiënt in de thuissituatie zit, dan is de huisarts vaak eindverantwoordelijk. Ook valt het op dat bijna elk Wond Expertise Centrum een wondconsulent in het team heeft die de Erasmus opleiding in Rotterdam heeft gevolgd. De samenwerking met de thuiszorg vinden vrijwel alle centra goed verlopen. Wel vinden alle Wond Expertise Centra dat de thuiszorg te weinig kennis heeft wanneer het gaat om goede wondzorg te leveren. Hiervoor geven vrijwel alle centra scholing aan en voor de medewerkers van de thuiszorg. Veel centra gebruiken standaard protocollen en richtlijnen en passen hierbij hun eigen kennis toe. Alleen Mitralis maakt haar eigen protocollen en richtlijnen. Om een Wond Expertise Centrum te worden moet voldaan worden aan een aantal eisen. Ieder centrum beoordeelt intern of zij aan deze eisen voldoen of niet.

4.2 Interpretatie van afwijkende resultaten

Voordat een centrum zich een Wond Expertise Centrum mag noemen moet worden voldaan aan de 'Kwaliteitscriteria voor wondexpertisecentra' die is opgesteld door de Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ) (NTVW, 2014). De IGZ is onafhankelijk toezichthouder in de Nederlandse gezondheidszorg (IGZ, 2016). In de kwaliteitscriteria staat onder andere dat de instelling een multidisciplinair team beschikbaar moet hebben waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd. Ook de aanwezigheid van een Elektronisch patiëntendossier dat het multidisciplinair team in staat stelt om met elkaar te communiceren is van belang. Ook moet het Wond Expertise Centrum beschikken over een meerjarenbeleid. Hierin moet een duidelijke visie over de toekomstige noodzakelijke ontwikkelingen zijn beschreven. Op deze manier moet wondzorg in de keten op een kwalitatief hoog niveau gegarandeerd worden. Het Wond Expertise Centrum moet werken volgens de geldende richtlijnen en participeren in onderzoek, onderwijs en kennismanagement (NTVW, 2014).

Wat opvalt is dat Refaja en Da Vinci niet aan onderzoek doen en hiermee dus niet voldoen aan de eisen die het IGZ stelt aan een Wond Expertise Centrum. Wel noemen zij zich een Wond Expertise Centrum. De polikliniek in Assen doet geen onderzoek, maar zij vallen officieel niet onder de norm Wond Expertise Centrum. Wat ook opvalt is dat niet alle instellingen gebruik maken van een meerjarenbeleid, wat ook een IGZ indicator is. Zo maken Refaja en Mitralis geen meerjarenbeleid..

Wat ook opvalt is dat elk centrum intern controleert of voldaan wordt aan de eisen die de IGZ stelt aan een Wond Expertise Centrum. Hiermee kan afgevraagd worden of de Wond Expertise Centra ook daadwerkelijk aan de eisen voldoen. De onderzoekers hadden verwacht dat er ook extern gecontroleerd zou worden.

Ook is het van belang dat elk Wond Expertise Centrum beschikt over een casemanager. Deze is verantwoordelijk voor de organisatiestructuur en de kerntaken van het Wond Expertise Centrum. De casemanager is een verpleegkundige die aan kan tonen dat hij of zij expertise heeft in wondzorg (NTVW, 2014). Afgevraagd kan worden of de casemanager alle taken kan vervullen die het IGZ stelt aan een Wond Expertise Centrum. Hierbij kan gedacht worden aan taken als organisatie, samenwerkingsafspraken, onderwijs, management en het maken van een meerjarenbeleid.

4.3 Relatie tussen de resultaten en de methode van het onderzoek

Door de verscheidenheid aan geïnterviewde centra zijn er veel resultaten tot stand gekomen. Op deze manier hebben de opdrachtgevers een overzicht gekregen van de verschillende werkwijzen die de zes gebruikte Wond Expertise Centra hanteren. Doordat de onderzoekers elkaar hebben gecontroleerd op het juist uitvoeren van de methodologie zijn de resultaten op een betrouwbare manier tot stand gekomen. Doelen en verwachtingen tussen opdrachtgevers en onderzoekers zijn structureel naar elkaar uitgesproken. Hierdoor hebben de onderzoekers kunnen meten wat de opdrachtgevers graag inzichtelijk wilden hebben. Doelen en verwachtingen zijn omgezet in een topiclijst. Deze is leidend geweest tijdens de interviews. Tijdens de interviews met de Wond Expertise Centra hebben de onderzoekers elkaar aangevuld wanneer de andere iets vergat te vragen of wanneer iets niet duidelijk werd. Hierdoor is geprobeerd om zoveel mogelijk informatie in één keer te verzamelen. Het telefonisch houden van de interviews heeft geen beperkingen opgeleverd ten opzichte van het 'face-to-face' houden van interviews. Dit omdat vragen, die tijdens het interview toch niet duidelijk zijn geworden, achteraf na konden worden gemaïld naar de verschillende Wond Expertise Centra. Ook is een logboek bijgehouden tijdens de uitvoering van het onderzoek. Hierdoor konden mogelijke fouten teruggevonden worden en eventueel worden hersteld. Het feit dat dit een onderzoek is kan wel van invloed zijn op de antwoorden die de Wond Expertise Centra hebben gegeven. Zo kunnen er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven, terwijl de werkelijkheid misschien afwijkt. De resultaten van dit onderzoek zijn besproken met de opdrachtgevers en worden door hun gezien als bruikbaar.

4.4 Methodologische beperkingen

Wanneer terug wordt gekeken naar het onderzoek kunnen een aantal beperkingen worden geconcludeerd. Eén hiervan is dat niet alle gegevens in één keer zijn verkregen vanuit de interviews. Dit kwam omdat op de vragen soms geen eenduidig antwoord werd gegeven en de geïnterviewde overstapte naar een ander onderwerp. De interviewer ging op dit nieuwe onderwerp door, waardoor niet alle informatie is verkregen. Tijdens het uittypen van de interviews kwamen de onderzoekers hierachter. Dit is opgelost door de ontbrekende vragen te mailen aan de betreffende instellingen. Zo is veel informatie alsnog achterhaald. Echter is op sommige vragen alsnog geen duidelijk antwoord verkregen. Deze informatie ontbreekt.

Eén van de geïnterviewde instellingen kwam uit Limburg. Veel woorden die zij gebruikt heeft waren voor de onderzoekers onbekend. Dit vroeg om enige uitleg tijdens het interview. Een nadeel van telefonisch interviewen is dat niet alle woorden altijd even duidelijk werden verstaan en opgenomen. Hier kwamen de onderzoekers tijdens het uittypen van de interviews achter. Ook dit is opgelost door de vragen na te mailen aan de verschillende Wond Expertise Centra.

Tot slot had het coderen een beperking. Eerst hebben beide onderzoekers individueel de interviews gecodeerd. Dit betekent dat zij de informatie in de interviews hebben gelabeld. Bij deze labels zijn bijhorende fragmenten geplaatst. Tijdens het samenvoegen van de gecodeerde interviews, van beide onderzoekers, kwamen de onderzoekers er achter dat zij beide anders invulling hadden gegeven aan het coderen. De ene had informatie die de ander niet had meegenomen en andersom. Hierdoor dachten de onderzoekers dat er wellicht informatie kon ontbreken. Hierdoor is ervoor gekozen om alle interviews nogmaals te coderen maar dan in samenspraak. Tot slot zijn alle gecodeerde interviews samengevoegd tot resultaten.

4.5 Theoretische relevantie

Met behulp van de resultaten die uit dit onderzoek zijn voortgekomen kunnen de opdrachtgevers Verpleegkundige Topzorg gaan opzetten. Met behulp van Verpleegkundige Topzorg kan de wondzorg in Groningen en Drenthe worden verbeterd. Dit omdat Verpleegkundige Topzorg zich specifiek richt op het leveren van kwalitatief goede wondzorg. Omdat er geen eerder onderzoek is gedaan naar de werkwijzen van de verschillende Wond Expertise Centra in Nederland, kan de informatie, die dit onderzoek naar voren heeft gebracht, van toepassing zijn voor het opzetten van een Wond Expertise Centrum.

5. Conclusie en aanbevelingen

Er is weinig literatuur beschikbaar over de manier waarop de verschillende Wond Expertise Centra in Nederland invulling geven aan hun werkwijze. Vanuit Verpleegkundige Topzorg was de vraag gekomen om informatie te verzamelen over de manier waarop invulling wordt gegeven aan de werkwijze van zes Wond Expertise Centra in Nederland. Na aanleiding van deze vraag is de werkwijze van zes verschillende Wond Expertise Centra in Nederland onderzocht. Mitralis, Da Vinci, Refaja, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Evean en Excen zijn ondervraagd voor dit onderzoek. Het UMCG wil Verpleegkundige Topzorg gaan opzetten met als doel de wondzorg in Groningen en Drenthe te verbeteren. De resultaten in dit onderzoek zijn verkregen doormiddel van het houden van interviews met de zes Wond Expertise Centra.

Geconcludeerd kan worden dat alle zes Wond Expertise Centra op een andere manier invulling geven aan hun werkwijze. Mitralis, Evean en Refaja hebben alleen verpleegkundigen in dienst. Da Vinci heeft alle benodigde disciplines, voor het uitvoeren van wondzorg, binnen de kliniek werken. De polikliniek in Assen heeft de belangrijkste disciplines binnen de polikliniek werken. Excen ondersteunt andere instellingen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum. In hun concept staat beschreven dat zij alle benodigde disciplines toepassen.

Alle zes Wond Expertise Centra maken gebruik van standaard protocollen en richtlijnen, behalve Mitralis. Zij maken hun eigen protocollen en richtlijnen.

Bij alle zes de Wond Expertise Centra is de medisch specialist eindverantwoordelijk voor de patiënt en heeft de huisarts een verwijzende rol. Alleen wanneer de patiënt in de thuissituatie zit is de huisarts eindverantwoordelijk.

Mitralis, Da Vinci, Refaja en de polikliniek in Assen werken vanuit de tweede lijn. Evean werkt vanuit de eerste lijn. Excen werkt vanuit anderhalvelijn. Mitralis, Da Vinci, Evean en Excen werken zowel intra- als extramuraal. Refaja en de polikliniek in Assen werken intramuraal.

Het UMCG heeft bepaalde wensen en behoeften bij het opzetten van Verpleegkundige Topzorg. Verpleegkundige Topzorg (2015) wil de zorg zoveel mogelijk leveren vanuit de eerste lijn. Verpleegkundige Topzorg ziet wonden die na drie weken geen genezingstendens hebben als een complexe wond. Zij willen de regie voeren over de wondzorg en daarbij nauw samenwerken met de thuiszorg, die de uitvoering van de wondzorg doet. De uitvoering van de wondzorg wordt door Verpleegkundige Topzorg aangeleerd aan de medewerkers van de thuiszorg. Op deze manier kan de thuiszorg de zorg blijven leveren en krijgt de patiënt niet nog een extra discipline over de vloer. Ook hoeft de patiënt op deze manier niet naar een Wond Expertise Centrum te komen.

Vanuit het onderzoek kan worden aanbevolen dat het handig is, voor Verpleegkundige Topzorg, om een verpleegkundig specialist in dienst te gaan nemen. De verpleegkundig specialist kan onder andere verantwoordelijkheid nemen voor het aanvragen van onderzoeken en het doorverwijzen van patiënten. Daarnaast kan zij scholingen gaan geven aan de medewerkers van de thuiszorg over hoe zij de betreffende wond moeten gaan behandelen.

Ook kan worden aanbevolen om alle disciplines, die betrokken zijn bij de wondzorg, in één digitaal registratiesysteem te laten werken. Op deze manier heeft iedere betrokken discipline toezicht op de wond en kunnen zij ingrijpen wanneer nodig.

In het onderzoek komt naar voren dat geen één instelling onderzoek doet naar de effectiviteit van hun werkwijze. Dit wordt aanbevolen omdat op deze inzichtelijk gemaakt kan worden of de werkwijze effectief is. Wanneer dit niet het geval blijkt te zijn kan de werkwijze aangepast worden. Hierbij wordt ook aanbevolen dat de werkwijzen van de onderzochte Wond Expertise Centra in Nederland nader moet worden onderzocht.

In dit onderzoek kon helaas niet het gehele proces van de zes Wond Expertise Centra in Nederland meegenomen worden. Hierom wordt geadviseerd om het proces nader te onderzoeken.

Literatuurlijst

Capgemini Consulting Nederland (2014), *Innovatie van complexe wondzorg: onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen*. Opgevraagd op 24-03-2016 van: [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport Innovatie van complexe wondzorg.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport%20Innovatie%20van%20complexe%20wondzorg.pdf)

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., Kuiper, C. (2012), *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Boom Lemma uitgevers, Den Haag.

Da Vinci (n.d), *Onze kliniek*. Opgevraagd op 08-04-2016 van: <https://www.davincikliniek.nl/>

De Laat, Dr. HEW, van Mierlo – van den Broek (2012), *Verkenning Wondbehandeling in Nederland*. UMC St Radboud.

Excen (nd.), *Expertise Centra Nederland*. Opgevraagd op 08-04-2016 van: <http://www.excen.nl/>

IGZ (2016), *Over ons*. Opgevraagd op 26-05-2016 van: <http://www.igz.nl/organisatie/>

Mitralis (2007), *Mitralis Expertise Centrum Wondzorg*. Opgevraagd op 08-04-2015 van: <http://www.mitralis.nl/webpage.php?page=26>

NTVW (2014), *Zijn de kwaliteitseisen voor wondexpertisecentra bij IGZ wel voldoende?* Opgevraagd op 25-05-2016 van: <http://www.ntvw.nl/content/index.php/ntvw-info/11-zijn-de-kwaliteitseisen-voor-wondexpertisecentra-bij-igz-wel-voldoende>

NZA (2012), *Beleidsregel 'Regiefunctie complexe wondzorg*. Opgevraagd op 25-03-2016 van: https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_CU_7090_01_Complexe_wondzorg.pdf

Rijksoverheid (2014), *Wet Langdurige Zorg (Wlz)*. Opgevraagd op 26-05-2016 van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz>

StartWondverzorging (n.d), *Wondcentra*. Opgevraagd op 25-02-2016 van: <http://www.startwondverzorging.nl/Wondverzorging/WondCentras/wondcentras.html>

Swaborn, P.G. (1996), *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom Uitgevers

Tallday (2016), *Wat is een zorg zwaarte pakket (ZZP) en wat is de betekenis van de zorgzwaartepakketten*. Opgevraagd op 26-05-2016 van: <https://tallsay.com/page/4294971149/wat-is-een-zorg-zwaarte-pakket-zzp-en-wat-is-de-betekenis-van-de-zorgzwaartepakketten>

Thesaurus (2014), *Ketenzorg*. Opgevraagd op 07-04-2016 van: <https://thesaurus.politieacademie.nl/thesaurus/term/8432>

Tijdschrift voor praktijkondersteuning (2012), *Complexe wondbehandeling*. Opgevraagd op 24-05-2016 van:

www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id635-complexe-wondbehandeling.html

Verpleegkundige Topzorg (2016), *Complexe wondzorg*. Opgevraagd op 10-03-2016.

Verpleegkundige Topzorg (2015), *Het inzetten van hoogopgeleide verpleegkundigen leidt tot betere én goedkopere zorg*. Opgevraagd op 24-03-2016 van:

<http://www.nursing.nl/Verpleegkundig-Experts/Nieuws/2015/12/Zorg-beter-door-hoogopgeleide-verpleegkundige/>

Verhoeven, N. (2011), *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

V&VN (2020), *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgevraagd op 25-03-2015 van:

http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profieel%20verpleegkundige_def.pdf

WCS Kenniscentrum Wondzorg (2016), *Wondexpertisecentra*. Opgevraagd op 21-03-2016 van:

<http://www.wcs.nl/over-wcs/wond-expertise-centra.html>

WZA (n,d), *Regionale samenwerking*. Opgevraagd op 08-04-2015 van:

<http://www.wza.nl/data/specialismen-en-afdelingen/wondenpolikliniek/regionale-samenwerking>

Zorgenzekerheid (n.d.), *MSVT*. Opgevraagd op 24-05-2016 van:

<https://www.zorgenzekerheid.nl/Zorgprofessionals/Service/Kies-uw-beroepsgroep/MSVT.htm>

Bijlage 1: Topiclijst

1. Soort wonden
2. Definitie complexe wonden
3. Soort Wond Expertise Centrum
4. Eerste of tweede lijn
5. Intra- of extramuraal
6. Organisatie
7. Disciplines
8. Opleidingsniveau
9. Taakverdeling
10. Samenwerking met andere disciplines
11. Kennistekort thuiszorg
12. Scholing
13. Overdracht
14. Registratiesysteem
15. Toegang tot verpleegkundig dossier
16. Verwijzingen
17. Protocollen en standaarden
18. Meerjarenbeleid
19. Controle van de eisen
20. Financiering
21. Onderzoek
22. Bekendheid

Bijlage 2: Resultaten

Soort wonden

- Mitralis - Alle wonden behalve derde of diepe tweede graad brandwonden. Deze worden doorgestuurd naar een brandwondencentrum. Ook dermatologische wonden worden doorverwezen.
- Da Vinci - Chronische wonden categorie drie tot en met vijf.
- Refaja - Alle wonden behalve brandwonden en acute wonden. Uitzonderingen zijn wonden die doorgestuurd worden door spoedopvang of chirurgie. Of wanneer acute wonden geen genezingstendens hebben of wanneer de wond heel complex is.
- Assen - Alle wonden behalve de ulcus cruris. Deze worden doorverwezen naar een dermatoloog.
- Evean - Alle wonden en brandwonden tot graad twee.
- Excen - Alle wonden.

Definitie complexe wonden

- Mitralis - Een wond die langer open is dan acht weken.
- Da Vinci - Een wond die na drie maanden nog niet uit zichzelf gesloten is.
- Refaja - Een wond waarbij geen genezingstendens binnen twee weken te zien is.
- Assen - Een wond waarin het normale helingsproces wordt verstoord op een of meer punten van de fase van hemostase, inflammatie, proliferatie en remodelering. Deze wonden genezen niet binnen 21 dagen.
- Evean - Een wond waarin het normale helingsproces wordt verstoord op een of meer punten van de fase van hemostase, inflammatie, proliferatie en remodelering. Patiënten met een cognitieve beperking behandelt Evean liever in de thuissituatie om zoveel mogelijk stress te voorkomen.
- Excen - Iedere wond wordt gezien als een complexe wond.

Soort Wond Expertise Centrum

- Mitralis - Mitralis is een combinatie van Zelfstandig Behandel Centrum en Privé Kliniek en biedt zowel verzekerde als onverzekerde behandelingen aan.
- Da Vinci - Da Vinci is een Zelfstandig Behandel Centrum, wat zich in combinatie richt op hyperbare zuurstoftherapie en wondexpertise.
- Refaja - Refaja is een polikliniek. Samen met twee andere poliklinieken (in Emmen en Hoogeveen) vallen zij onder de norm Wond Expertise Centrum. De locaties vallen onder zorggroep Treant. Naast de polikliniek behandelt Refaja ook de patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis.
- Assen - De polikliniek in Assen is nog bezig om te gaan voldoen aan de richtlijnen van een Wond Expertise Centrum. Zij registreren (nog) niet alle door IGZ opgelegde wonden. Dit is de voornaamste reden waarom zij zich nog geen Wond Expertise Centrum willen noemen. De polikliniek in Assen heeft ook een aparte diabetische voetenpolikliniek. De medewerkers van de polikliniek in Assen behandelen ook patiënten die opgenomen zijn in het Wilhelmina ziekenhuis.
- Evean - Evean is een Zelfstandig Behandel Centrum.
- Excen - Excen ondersteunt en begeleidt andere instellingen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum.

Eerste lijn of tweede lijn

- Mitralis - Tweede lijn.
- Da Vinci - Tweede lijn.
- Refaja - Tweede lijn.
- Assen - Tweede lijn.
- Evean - Eerste lijn.
- Excen - Anderhalve lijn. Excen heeft verpleegkundige specialisten in dienst en deze is een dag of een dagdeel aan het werk uit bij een huisartsenpraktijk. De verpleegkundig specialist kan ze op de huisartsenpraktijk houden of doorsturen naar het ziekenhuis.

Intra- of extramuraal

- Mitralis - Intra- en extramuraal. Mitralis heeft een polikliniek waar mensen die mobiel zijn langs kunnen komen. Wanneer dit niet mogelijk is komen de medewerkers van het centrum bij de mensen thuis, het ziekenhuis (Zuyderland), verzorgingshuis of een andere instelling.
- Da Vinci - Intra- en extramuraal. Hyperbare zuurstoftherapie kan alleen intramuraal worden gegeven. De wondzorg gebeurt ook intramuraal, echter vinden zij het soms slimmer om mensen thuis te behandelen.
- Refaja - Intramuraal. De mensen kunnen alleen op de polikliniek en in het ziekenhuis behandeld worden.
- Assen - Intramuraal. De mensen kunnen zowel op de polikliniek als in het ziekenhuis behandeld worden.
- Evean - Intra- en extramuraal. Evean behandelt zowel patiënten in de kliniek als in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg.
- Excen - Intra- en extramuraal. Excen werkt zelf extramuraal doormiddel van het begeleiden van andere instellingen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum. Binnen deze centra werken zij intra- en extramuraal.

Organisatie

- Mitralis - Mitralis is een apart centrum dat vanuit de instelling, zonder artsen in dienst, puur om het verpleegtechnische werkt. Tijdens de eerste intake komt een intakeverpleegkundige bij de patiënt langs. Deze intake kan ook telefonisch worden gehouden. Voor de intake plaatsvindt heeft Mitralis vaak de belangrijkste gegevens al gekregen van de huisarts over de voorgeschiedenis en het medicatiegebruik. Daardoor hebben ze al zicht op wat ze kunnen verwachten. Mitralis gebruikt de elf Gezondheidspatronen van Gordon tijdens de intake. Zo krijgen zij een compleet beeld van de patiënt. Als ze bij de patiënt zijn doen ze een inspectie en dan kijken ze welke materialen ze kunnen gebruiken. Mitralis heeft een eigen magazijn met verbandmaterialen. Vervolgens wordt er gekeken of de behandeling thuis kan plaatsvinden of in de centrum. Mitralis controleert één keer per week de wond, tenzij vaker nodig is.

- Da Vinci - Da Vinci is een kliniek die zich in combinatie richt op hyperbare zuurstoftherapie en wondexpertise. Ze proberen zoveel mogelijk het zelf herstellend vermogen van het lichaam te ondersteunen en hyperbare zuurstoftherapie helpt hierbij. Hyperbare zuurstoftherapie helpt om het lichaam te stimuleren tot het aanmaken van nieuwe bloedvaatjes. Mensen komen altijd eerst in de kliniek. Nadat het behandelplan is opgesteld wordt er gekeken of er behandelingen nodig zijn met betrekking tot de hyperbare zuurstoftherapie, dit kan alleen in de kliniek worden gegeven. Da Vinci heeft twee manieren van thuiszorg. De ene is dat de mensen die ze in zorg hebben in aanmerking kunnen komen voor de thuiswondzorg. Dan wordt hun eigen beleid tijdelijk in de thuissituatie voortgezet. Dat is MSVT zorg, dat is geen reguliere wijkzorg. Dus MSVT in opdracht van de medisch specialist. Wat ze ook hebben is een thuiszorgteam wat zich ook alleen maar op wondzorg richt, maar dat ook in opdracht van medisch specialisten van andere instellingen werkt. Dan voeren ze het beleid in de thuissituatie uit dat door de medisch specialist vanuit het ziekenhuis is ingezet. De wondbehandeling kan worden uitgevoerd in de kliniek of in de thuiszorg. De kracht van Da Vinci is de kennis van de consulent, de verpleegkundige en de specialist. Zij komen samen tot een gedegen plan van aanpak, waarbij ze ook handelingen kunnen doen die specialisten soms alleen mogen doen en die in zijn totaliteit net dat extra stukje geven wat nodig is om goede wondzorg te bieden. Doel is altijd om de wond zo snel mogelijk dicht te krijgen.
- Refaja - De zorg binnen de polikliniek en het ziekenhuis bestaat voornamelijk uit het opstellen van het behandelplan, de diagnostiek zoals röntgen, wondkweken en vervolgspraken/controles. Vervolgens wordt iemand naar huis gestuurd met het opgestelde behandelplan. De thuiszorg voert dit behandelplan uit. Gemiddeld ziet Refaja mensen tussen de één en drie weken terug op de polikliniek. Wondmaterialen worden door Refaja zelf besteld. De patiënt heeft een keus of hij dit via de eigen apotheek of via Refaja wil bestellen. Als de patiënt het via de apotheek wil dan schrijft Refaja een recept uit met een indicatie. De thuiszorg kan vanuit hetzelfde systeem bestellen. Voor bepaalde onderzoeken hebben de verpleegkundigen contact nodig met de arts omdat ze geen verpleegkundig specialist in dienst hebben. Binnen de drie locaties hebben de verpleegkundigen regelmatig mail contact en overleggen over patiënten.
- Assen - Als een patiënt binnen komt wordt er eerst onderzoek gedaan en onderliggend lijden vastgesteld c.q. uitgesloten. De patiënt wordt besproken in een multidisciplinair overleg waarna er een behandeltraject wordt afgesproken. De medewerkers van de polikliniek in Assen behandelen ook patiënten die opgenomen zijn in het Wilhelmina ziekenhuis. Eén keer per week komen deze medewerkers langs op de chirurgische afdeling en lopen een ronde over de afdeling. Hier worden alle patiënten gezien met wonden waar een nieuw of ander beleid voor moet worden gemaakt of waar vragen over zijn. Bij deze ronde loopt een gespecialiseerd wondverpleegkundige mee. Naast de chirurgische afdeling kunnen deze gespecialiseerde wondverpleegkundigen ook langs andere afdelingen komen.

- Evean - Als een patiënt binnen komt wordt er eerst een algemene anamnese gedaan. Het centrum neemt de wondzorg over en bepaalt het wondbeleid. Dan wordt er een foto gemaakt van de wond en dat wordt deze opgeslagen in het dossier. Vervolgens wordt er gekeken wat kan en wil de patiënt zelf en wat zijn de wensen en mogelijkheden. Dan maakt de verpleegkundige samen met de patiënt een wondbehandelplan. Dit behandelplan wordt in het dossier vastgelegd en wordt er gekeken wie de zorg kan uitvoeren. Is dat de patiënt zelf, de mantelzorger of de verpleging en verzorging van Evean. Vervolgens wordt de zorg overgedragen aan wie het moet gaan uitvoeren. Een medewerker van Evean komt één keer per twee weken langs om de wond te beoordelen. Vervolgens vindt de evaluatie plaats door de casemanager van de patiënt voor het specifieke probleem. Dit kan fysiek maar ook via een foto of via de telefoon. De huisarts blijft de eigenaar van de hele regie van zijn patiënt en Evean neemt de regie over van het specifieke probleem, dus het wondprobleem. De thuiszorgorganisatie van Evean neemt de wondzorg van de thuiszorg over. Evean koppelt terug naar de huisarts.
- Excen – Excen ondersteunt en begeleidt andere instellingen bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum. Ze tekenen geen contract. De instellingen moeten geloven in het concept dat Excen draait. Als de instellingen volgens het concept van Excen gaan draaien dan kunnen ze gebruik maken van het Patdoc, hun digitale registratiesysteem. Dit kost de instellingen niks. De instellingen die niet volledig willen graag draaien volgens het concept van Excen hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van het Patdoc systeem. Dit kunnen de instellingen huren doormiddel van een maandelijks toelage. De meeste mensen worden via het Wond Expertise Centrum ingestuurd en worden poliklinisch behandeld als dat mogelijk is. Er zijn ook mensen die opgenomen moeten worden in het ziekenhuis. Wordt de patiënt vanuit de anderhalvelijnszorg door de huisarts voor het eerst gezien dan wordt daar ter plekke bepaald of hij door de huisartspraktijk onder behandeling kan blijven of ingestuurd moet worden naar het ziekenhuis. Als het nodig is wordt thuiszorg opgestart vanuit het Wond Expertise centrum.

Disciplines

- Mitralis - Het team bestaat uit 33 mensen. Dit zijn negentien wondconsulenten/verpleegkundigen, vijf intakeverpleegkundigen, één verpleegkundig specialist, één master in woundcare en tissue repair, twee directeurs, één magazijnmeester en drie secretaresses.
- Da Vinci - Het team bestaat uit 25 tot 30 mensen. Zes hiervan werken in het MSVT zorg (thuiszorg). De rest werkt in de polikliek. De disciplines zijn: een vaatchirurg, een kliniekarts, een internist, verpleegkundig specialisten, een plastisch chirurg, een wondconsulent, een wondverpleegkundige, een manager bedrijfsvoering, een financieel medewerker, een kwaliteitsmedewerker, service bureau medewerkers en een receptie. Daarnaast werken er mensen die de hyperbare zuurstoftank kunnen bedienen.
- Refaja - Er werken twee verpleegkundigen. Een hiervan is dermatologie-verpleegkundige, de ander is bezig met de opleiding tot wondconsulent. Er werken vijf verpleegkundigen samen over de drie locaties (Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal).
- Assen - Er werken zes medewerkers. Er werkt een specialistisch wondverpleegkundige, een doktersassistent, een algemeen verpleegkundige, een verpleegkundig specialist, een vaatchirurg en een algemeen chirurg.
- Evean - Er werken tien medewerkers, waarvan twee verpleegkundig specialisten, zes wondverpleegkundigen en twee secretariële ondersteuners.
- Excen - Alles wat nodig is binnen een Wond Expertise Centrum en/of in de thussituatie.

Opleidingsniveau

- Mitralis - Iedereen is HBO verpleegkundige. Daarnaast moeten ze de opleiding tot wondconsulent hebben gevolgd of gaan volgen. Dit betreft de tweejarige Erasmus opleiding in Rotterdam.
- Da Vinci - Voor hyperbare zuurstoftherapie is een specifieke opleiding. Voor de verpleegkundigen geldt dat ze minimaal wondverpleegkundige moet zijn, dit wordt behaald doormiddel van de eenjarige Erasmus opleiding. Voor wondconsulent moet je de tweejarige Erasmus opleiding volgen.
- Refaja - Verpleegkundige.
- Assen - HBO en MBO verpleegkundige.
- Evean - De verpleegkundig specialisten moeten de nurse practitioner opleiding hebben gedaan. De verpleegkundigen zijn allemaal niveau vijf of hoger maar moeten daarnaast opgeleid worden tot wondconsulent doormiddel van de tweejarige Erasmus opleiding.
- Excen - -

Taakverdeling

- Mitralis - Iedere medewerker binnen Mitralis wordt als wondconsulent gezien. Iedereen voert complexe wondzorg uit. Mitralis heeft junior wondverpleegkundigen en tutoren (afgestudeerde consulenten). Deze tutoren hebben binnen de regio de regiefunctie. De junior wondverpleegkundige (in opleiding) bepalen geen wondbeleid maar doen wel alle wondzorg. De tutor bepaald het wondbeleid. De verpleegkundig specialist doet de diagnostiek en mag antibiotica voorschrijven. Dit mag ook de huisarts doen. De intake verpleegkundige doet de eerste intake. De huisarts en/ of de specialist uit het ziekenhuis zijn eindverantwoordelijk.
- Da Vinci - De gespecialiseerde disciplines doen de diagnostiek. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. Deze bepaalt samen met anderen het medisch beleid, maar de medisch specialist blijft eindverantwoordelijk. De arts, de wondconsulent en de patiënt stellen het behandelplan op.
- Refaja - De vaatchirurg is de hoofdbehandelaar. Alleen bij een veneuze ulcus is dit anders, dan is dit de dermatoloog. De wondconsulenten stellen het behandelplan op. Zij houden ook de huisarts op de hoogte. Zij hebben gelijke taken, alleen voor de hand- en spandiensten hebben zij een taakverdeling gemaakt.
- Assen - De verpleegkundigen op de polikliniek draaien een werkdag zelfstandig. Indien nodig kunnen zij een chirurg inschakelen. De verpleegkundig specialist is casemanager voor het opzetten van het Wond Expertise Centrum. De verpleegkundig specialist is geschoold voor de mammazorg en doet dit er voor de wonden extra bij. Het behandelplan wordt opgesteld door de wondverpleegkundige in samenspraak met de specialist. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. Er wordt vier keer in het jaar een overleg vanuit het ziekenhuis gehouden. Hierin is een dermatoloog aanwezig, een algemeen chirurg en vaatchirurg, een decubitus verpleegkundige, een gespecialiseerd wondverpleegkundige, een verpleegkundig specialist, verpleegkundigen van polikliniek dermatologie en de polikliniek chirurgie, twee verpleegkundigen vanuit de chirurgische afdeling, een wijkverpleegkundige en een huisarts.

- Evean - Medewerkers binnen het centrum werken samen met een arts. Hij blijft eindverantwoordelijk voor de patiënt. Medewerkers binnen het centrum stellen het wondbehandelplan op. Er wordt teruggekoppeld naar de huisarts. De verpleegkundig specialist heeft overstijgende taken. Ook is zij het eerste aanspreekpunt naar de medisch specialisten toe. Zij ondersteunt wondverpleegkundigen bij hun complexere hulpvragen. Ook houdt zij zich bezig met protocolleringen en richtlijnen. Binnen het centrum zijn de wondverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten de casemanagers.
- Excen - De verpleegkundig specialist is een dag of een dagdeel bij de huisartsenpraktijk. Zij ziet daar de patiënten met wonden en kan meteen diagnostiek verrichten. Zij kan beslissen of de huisarts doorbehandelt of dat de patiënt doorgestuurd moet worden. Ook kan zij verwijzingen doen naar het ziekenhuis, waardoor de koppeling sneller is. De verpleegkundig specialist kan ook lokaal de mensen van de thuiszorg opleiden om de wondzorg uit te voeren.
- De hoofdleiding ligt altijd in het Wond Expertise Centrum binnen het ziekenhuis. Vanuit de thuissituatie is dat de huisarts, tenzij iemand doorgestuurd wordt naar het Wond Expertise Centrum. Als de patiënt door een arts in het ziekenhuis behandeld wordt dan is de arts eindverantwoordelijk. Zit de patiënt in een verpleeghuis dan is het de verpleeghuisarts die eindverantwoordelijk is. De huisarts wordt geïnformeerd wat er gedaan is. Er zijn altijd één of twee personen op het Wond Expertise Centrum die coördineren. Het wondbehandelplan wordt opgezet door het Wond Expertise Centrum zelf. Bij de huisarts is dit een verpleegkundig specialist. In het ziekenhuis is dit de wondconsulent. In een aantal regio's werkt de wondverpleegkundige van het Wond Expertise Centrum van een ziekenhuis, een dag of een dagdeel in de week mee met de thuiszorgorganisatie. Op deze manier kan de wondverpleegkundige ook bij de mensen thuis kijken hoe het gaat en mist ze geen belangrijke factoren die thuis te zien zijn maar op de polikliniek niet te zien zijn.
- De behandelend arts is degene die bepaalt welke interventie moet plaatsvinden. Of er moet een verpleegkundig specialist op het Wond Expertise Centrum zitten, die kan zelf bepaalde geïndiceerde onderzoeken aanvragen, maar zal dit, over het algemeen, in overleg doen met de arts.

Samenwerking met andere instanties

- Mitralis - Met de eindverantwoordelijken heeft Mitralis korte lijnen om zaken te bespreken. Mitralis heeft deze specialisten niet in dienst binnen het centrum. Gegevens over medicatiegebruik en ziektegeschiedenis worden vaak doorgegeven vanuit de huisarts. Kleine wonden verzorgen ze samen met de thuiszorg. Mitralis blijft dan één keer per week de wond controleren en de thuiszorg voert het door Mitralis opgezette plan uit. Soms wordt de wondzorg geheel overgenomen. Patiënten die nog geen thuiszorg hadden hoeven dit niet speciaal aan te vragen wanneer een wond bijvoorbeeld twee keer per week behandeld wordt. De samenwerking met de thuiszorg verloopt goed.
- Da Vinci - Da Vinci neemt tijdelijk de wondzorg van de thuiszorg over. Op het moment dat de wond dicht is neemt de thuiszorg de zorg weer over.

- Refaja - De samenwerking met artsen, huisartsen en de thuiszorg kan nog verbeterd worden. De samenwerking met de thuiszorg verloopt wel steeds makkelijker. Ze hebben met de ene thuiszorgorganisatie meer contact dan met de andere. Mensen weten de polikliniek sneller te vinden en te bereiken. De medewerkers van de thuiszorg bellen nu sneller het Wond Expertise Centrum in plaats van de huisarts. Echter zijn er nog wel winstpunten te behalen. Het is lastig voor Refaja om te weten aan wie zij moeten terugkoppelen. Er is geen vast aanspreekpunt in de thuiszorg. Refaja is nu bezig een vast aanspreekpunt te krijgen waar regelmatig contact mee is. Het Wond Expertise Centrum vindt dat huisartsen nog te lang door werken op hun eigen praktijk voordat ze insturen naar de polikliniek. Refaja werkt nauw samen met de vaatchirurg en de dermatoloog.
- Assen - De samenwerking met de thuiszorg verloopt goed. Vooral door het vierjaarlijkse regionaal wondenoverleg. Hierdoor hebben de medewerkers van de thuiszorg een gezicht bij de namen van de wondenpolikliniek waardoor het makkelijker wordt om te bellen. De drempel ligt lager om contact op te nemen als er problemen zijn. Er is een overleg tussen eerstelijns en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Er wordt geprobeerd zoveel mogelijk een eenduidig plan te volgen.
- Evean - Het centrum werkt veel samen met dermatologen, polikliniek en dermatologie. De samenwerking met de eigen thuiszorgorganisatie verloopt goed.
- Excen - Excen heeft een thuiszorgorganisatie genaamd 'Quallity zorg'. Zij nemen de wondzorg over van de thuiszorg. Dit thuiszorgorganisatie kan gezien worden als een zusterorganisatie, die los staat van Excen. Het gebeurt regelmatig dat Excen telefonisch contact heeft met reguliere thuiszorgorganisaties en met Quallity zorg. De planning wordt gedeeld met de planning van Excen. Excen probeert de communicatie altijd zo optimaal mogelijk te houden om in ieder geval duidelijk te hebben wie wat doet en dat voor de patiënt zo efficiënt mogelijk te doen. Wat Excen ervaart is dat sommige reguliere thuiszorgorganisaties soms geagiteerd kunnen reageren omdat de medewerkers van de thuiszorg zien dat Excen de wondzorg op zich neemt. Wanneer Excen hun werk inzichtelijk maakt, doordat ze de thuiszorg laten meekijken als ze de wond gaan behandelen, begrijpen de medewerkers van de thuiszorg dat het goed is dat de wondzorg overgenomen wordt. Ze zien dat ze niet de juiste vaardigheden en kennis beschikken om de wond goed te behandelen.

Kennistekort thuiszorg

- Mitralis - -
- Da Vinci - Da Vinci is van mening dat de wondzorg in Nederland achter loopt in innovatie. Da Vinci krijgt gemiddeld mensen die al meer dan twee jaar een wond hebben met een oud wondbeleid en die niet evidence based is. Da Vinci denkt dat dit komt omdat de thuiszorg niet gericht gefocust is op de wond.
- Refaja - Refaja is van mening dat de kennis bij de thuiszorg niet altijd up to date is wanneer het gaat om wondzorg. Wanneer het centrum twijfelt over de kwaliteit van de thuiszorg nemen zij contact op met de thuiszorg.
- Assen - Er is altijd veel animo voor de scholingen. De polikliniek in Assen merkt daarin dat het niveau verschil erg groot is. Ze hebben daar met IG'ers te maken die af en toe een wond zien en verpleegkundigen van niveau vijf. Specialistische wondzorg wordt gedaan door verpleegkundigen die bevoegd en bekwaam zijn bevonden. De polikliniek wil, wanneer ze straks een Wond Expertise Centrum zijn, bezig gaan om het niveau van de verschillende disciplines te verbeteren doormiddel van scholingen.
- Evean - -

Excen – De zorg thuis hapert volgens Excen. Het ontbreekt de thuiszorg aan de juiste kennis om onder andere te kunnen klinisch redeneren over een wond. Doordat er hiaten ontstaan, is er geen doorstroom mogelijkheid naar een Wond Expertise Centrum. De patiënten blijven terugkomen naar de polikliniek, omdat de medewerkers van de polikliniek de patiënten frequent willen blijven zien. Dit omdat ze merken dat de zorg thuis niet optimaal aansluit en omdat ze erger willen voorkomen. Wanneer de thuiszorg meer kennis zou hebben met betrekking tot wondzorg, en zij Excen sneller zouden inschakelen, zou er meer ruimte op de polikliniek zijn voor nieuwe patiënten. Dit komt omdat Excen op deze manier de regie kan houden over de patiënt en de patiënt minder snel hoeft worden doorverwezen naar de polikliniek.

Scholing

- Mitralis - Ieder jaar probeert Mitralis de verpleegkundigen naar een scholing of congres te sturen. Hoe vaak dit is ligt aan hoe ver de medewerkers met de opleiding zijn.
- Da Vinci - Da Vinci is bezig om een ketenconcept te maken met buurtzorg. Ze willen de wondzorg in de thuissituatie beter en adequaat maken doormiddel van het verbeteren van kennis. Ze willen graag dat de triage beter gaat. Dit betekent dat ze willen dat de thuiszorg sneller gaat omschakelen naar bijvoorbeeld meer specialistische aandacht naar de wond. Hierdoor sluit de wond sneller en hierdoor is er minder langdurige wondzorg nodig. Da Vinci houdt de scholing van hun eigen medewerkers bij. De scholingen van wondverpleegkundigen binnen het de kliniek zijn gericht op het bezoeken van wondcongressen, zowel nationaal als internationaal.
- Refaja - Refaja geeft de medewerkers van de thuiszorg scholingen. Ze hebben één keer in de drie maand een transmuraal overleg waar vertegenwoordigers van de thuiszorg bij zitten. De medewerkers van de polikliniek zelf volgen symposia. Ook zijn zij lid van de V&VN wondexpertise, NOVW kenniscentrum wondzorg en de WCS kenniscentrum wondzorg. De medewerkers kunnen een keuze maken of ze wel of niet naar de scholingen gaan die door deze organisaties gegeven worden. Ook wordt vakliteratuur bijgehouden.
- Assen - De polikliniek in Assen is bezig met scholingen. Ze geven één keer in het jaar nascholing. Ze houden drie keer per jaar een TOP overleg tussen de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierin wordt een plan opgesteld. Aan de hand van dit plan wordt een scholing gekoppeld voor de medewerkers.
- Evean - Er zijn verplichte scholingen voor de verpleging. Iedereen moet één keer per drie jaar een scholing volgen. Deze moet met een voldoende worden afgerond. Aan de hand van twee boekjes, die geschreven zijn binnen het centrum, worden scholingen gegeven. Ook passen zij het behandelplan op deze boekjes aan.
- Excen – De eigen thuiszorgorganisatie krijgt drie tot vier keer per jaar scholing.

Overdracht

- Mitralis - Overdrachten met artsen gaat telefonisch of via de post. Dit kan ook via een elektronisch dossier, genaamd Woundmonitor, maar hier moeten artsen zich voor aanmelden. Niet alle artsen doen dit. Het systeem is redelijk uitgebreid en een aantal artsen weten niet hoe ze hier in moeten werken of hoe zij zich hiervoor moeten registreren. Mitralis geeft voorlichting over het systeem, alleen is daar niet altijd behoefte aan. Het is niet de bedoeling van Mitralis dat elke arts met het systeem kan werken, echter als er een complexe wond is wordt dit wel van belang geacht. Binnen de thuiszorg wordt schriftelijk gerapporteerd. Er is momenteel een thuiszorgorganisatie waar ze mee samenwerken die het digitale registratiesysteem voor een deel gebruikt. Mitralis communiceert hier nu schriftelijk en digitaal mee. Op deze manier kan gekeken worden of dit werkt. Zelf wordt vanuit Mitralis niet gekeken in het dossier van de thuiszorg. Mitralis vraagt zelf naar bijvoorbeeld de voedingstoestand van de cliënt.
- Da Vinci - De overdrachten gaan doormiddel van het Elektronisch patiëntendossier.
- Refaja - Er is geen koppeling tussen het dossier dat ze gebruiken op de polikliniek en het dossier dat de gebruiken in de thuiszorg. Overdrachten gaan schriftelijk of via de mail. Overdrachten naar de arts gaat via X-Care, het ziekenhuissysteem.
- Assen - Er is geen koppeling tussen het Elektronisch patiëntendossier die ze gebruiken in de polikliniek en het dossier dat ze gebruiken in de thuiszorg. Overdrachten gaan mee met de patiënt in een map. Als er vragen of opmerkingen zijn dan kunnen de medewerkers van de thuiszorg dat noteren in de map. Deze kan meegegeven worden aan de patiënt. De medewerkers van de polikliniek kunnen hier antwoord op geven. Bij vragen en opmerkingen kunnen ze ook altijd bellen. Binnen de polikliniek wordt via EZIS gedocumenteerd.
- Evean - -
- Excen - Patiënten krijgen een overdracht mee vanuit de huisarts met de reden waarom de patiënt is ingestuurd en welk probleem hij of zij verdenkt. Met de thuiszorg wordt telefonisch, soms ook schriftelijk, overlegd.

Registratiesysteem

- Mitralis - Mitralis gebruikt een digitaal systeem, genaamd Woundmonitor. Naast het verzamelen van de algemene gegevens worden hierin gedetailleerde beschrijvingen gemaakt van de wond. Bij de elke nieuwe wondbeoordeling wordt er een foto gemaakt van de wond en deze wordt toegevoegd in het systeem.
- Da Vinci - Da Vinci gebruikt een Elektronisch patiëntendossier dat gebruikt wordt door alle disciplines. Ook wordt de wond vastgelegd met foto's. Er wordt ieder bezoek gedocumenteerd hoe de wond zich gedraagt.
- Refaja - Refaja gebruikt een digitaal registratiesysteem genaamd X-Care, dat is een standaardsysteem wat het ziekenhuis gebruikt. Hierin kunnen zij hun metingen zetten, de consulten van de polikliniek kunnen er in werken en hun agenda kan er in worden verwerkt. In dit systeem kunnen ook patiënt worden afgehandeld.
- Assen - De polikliniek in Assen gebruikt een digitaal systeem genaamd EZIS. Dit heeft de polikliniek in Assen zelf ontwikkeld en hierin kan het TIME model genoteerd worden. Ook kunnen er foto's toegevoegd worden. Dit kan uitgeprint worden en mee worden gegeven aan de thuiszorg.
- Evean - Evean gebruikt verschillende registratiesystemen. Extramuraal gaat dit via het Elektronisch patiëntendossier en binnen het centrum gaat dit via Caress. Om de wond goed in beeld te krijgen wordt gebruik gemaakt van ALTIS en TIME. In verpleeghuizen en op de polikliniek dermatologie via EZIS. Het centrum wil

wel graag gaan werken met één systeem. Maar de systemen zijn nog niet compatibel en de verantwoordelijkheid van allerlei systemen is nog niet goed op elkaar afgestemd. Het systeem moet overeenstemmend zijn met alle systemen waarin de hoofdbehandelaar kan kijken. Het centrum is hierin aan het oriënteren.

Excen - Excen heeft zelf een systeem gemaakt dat Patdoc heet. Hierin staat alles met betrekking tot de wond. Ook thuiszorgmedewerkers kunnen hierin kijken. Zij werken met een Ipad waarin dit systeem is verwerkt. Ook de huisarts en het ziekenhuis hebben toegang tot dit systeem. Dit kan ook via de Ipad, maar ook via een desktop versie. Binnen het systeem zitten ook alerts gebouwd. Wanneer een wond bijvoorbeeld groter wordt dan krijgt de vaatchirurg een mail. De vaatchirurg kan hier direct op reageren en eventueel actie ondernemen. Inmiddels worden er in een aantal ziekenhuizen multidisciplinaire overleggen gevoerd aan de hand van deze alerts. Alles staat in dit systeem geregistreerd, zoals onderzoeken, uitslagen, scans, kweken enz. Door dit systeem kunnen veel cijfers gegenereerd worden. Andere thuiszorgorganisaties werken met een ander systeem.

Toegang tot verpleegkundig dossier

Mitralis - Mitralis houdt een dossier bij dat alleen gericht is wondzorg. De thuiszorg kan in het dossier van Mitralis kijken. Mitralis kijkt niet in verpleegkundig dossier van de thuiszorg.

Da Vinci - Da Vinci heeft toegang tot het verpleegkundige dossier van de thuiszorg.

Refaja - Er is geen koppeling tussen het dossier van Refaja en de thuiszorg.

Assen - De thuiszorg neemt de informatie die ze van de polikliniek krijgen over. Er wordt een map gemaakt op de polikliniek die wordt meegegeven aan de thuiszorg. Zowel de thuiszorg en de polikliniek kunnen hierin documenteren.

Evean - Evean heeft toegang tot het verpleegkundige dossier.

Excen - Iedere instelling die werkt volgens het concept van Excen werkt met hetzelfde systeem. Elke discipline kan hierin inloggen en kijken wat er gerapporteerd is door bijvoorbeeld de thuiszorg met betrekking tot de wond.

Verwijzingen

Mitralis - Wanneer er sprake is van een dermatologisch probleem dan wordt deze patiënt doorgestuurd. Vaak wordt doorverwezen naar een dermatoloog of vaatchirurg. Ook derde en diepe tweede graad brandwonden worden doorverwezen. Als een wond niet geneest of achteruit gaat dan wordt dit probleem besproken met de huisarts of medisch specialist. Mitralis doet zelf niet aan doorverwijzen. De verwijzingen komen vanuit de medisch specialist of huisarts. Intern kan Mitralis naar het Zuyderland komen, maar zij komen niet in het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM).

Da Vinci - Da Vinci krijgt verwijzingen vanuit de huisarts en van andere medisch specialisten die vaak geen raad meer weten met hun cliënten. Op dat moment vraagt Da Vinci medische informatie op en nemen ze het over van de huisarts of andere medische specialisten. Ze blijven wel samenwerken. Op het moment dat een patiënt is uitbehandeld draagt Da Vinci de patiënt over naar de huisarts of naar de medisch specialist. Soms is het niet nodig dat de patiënt terug gaat naar de medisch specialist, dan komt de patiënt terug bij de huisarts.

Refaja - De patiënten hebben een verwijzing nodig van de huisarts.

- Assen - Patiënten worden aangemeld via huisartsen, specialisten, diabetisch verpleegkundige intern of extern. Patiënten met ulcus cruris worden doorverwezen naar de dermatologen, omdat dit een aandoening is die bij de dermatoloog thuishoort en men daar een zwachtelpolikliniek heeft. Het doorverwijzen wordt over het algemeen gedaan door de medisch specialist binnen de polikliniek. In sommige gevallen wordt dit gedaan door de verpleegkundig specialist.
- Evean - Patiënten hebben geen verwijzing nodig om behandeld te worden door het Wond Expertise Centrum. Patiënten komen binnen via de huisarts, komen binnen lopen of bellen rechtstreeks naar het Wond Expertise Centrum. De medewerkers van verpleeghuizen en verzorgingshuizen kunnen patiënten aanmelden. De medisch specialisten melden patiënten aan via zorgdomein. Alleen patiënten met brandwonden groter dan graad drie stuurt de medisch specialist door.
- Excen – De meeste mensen worden via de huisarts aangemeld. Als de verpleegkundig specialist twijfelt over de wondgenezing wordt de patiënt doorverwezen naar het Wond Expertise Centrum. Het Wond Expertise Centrum coördineert de zorg en zorgt dat de juiste disciplines in consult worden geroepen.

Protocollen en richtlijnen

- Mitralis - Er wordt gewerkt met protocollen. Deze worden door Mitralis zelf gemaakt aan de hand van Evidence Based Practice en recente literatuur. Hiervoor hebben zij werkgroepjes, waarvan elk groepje een eigen onderwerp heeft.
- Da Vinci - Da Vinci maakt gebruik van medisch goed gekeurde protocollen die vanuit de nieuwe inzichten worden toegepast.
- Refaja - Refaja gebruikt standaard protocollen en richtlijnen, die voor alle drie de locaties gelijk zijn. Ook hebben alle drie de locaties gelijke stroomschema's over hoe patiënten binnen komen. Daarnaast wordt hun eigen kennis toegepast bij het gebruiken van de protocollen.
- Assen - De polikliniek in Assen houdt voor een deel het WCS protocol aan. Ook maken zij gebruik van het TIME protocol. Intern wordt de eigen kennis toegepast bij het gebruiken van de protocollen.
- Evean - Landelijke en Europese richtlijnen worden vertaald naar de dagelijkse praktijk en aan de hand daarvan worden boekjes geschreven. In de richtlijnen staan generieke producten en Evean stelt hun formularium hier op af.
- Excen - Ze maken gebruik van standaard protocollen.

Meerjarenbeleid

- Mitralis - Jaargesprekken worden gevoerd. Hierin worden persoonlijke doelen besproken. Ook zijn er maandelijkse overleggen waarin besproken wordt wat verbeterd kan worden. Mitralis stelt geen meerjarenbeleid op, doelen zijn meer op korte termijn.
- Da Vinci - Da Vinci maakt gebruik van een meerjarenbeleid. Zij willen groeien in de toekomst. Kennis en expertise willen zij uitbreiden. Ook zijn ze bezig met het opzetten van een nieuwe locatie waardoor ze meer mensen kunnen gaan helpen. Ook wil Da Vinci zorgen voor meer awareness, zodat mensen minder lang met een wond blijven lopen en sneller worden doorgestuurd door bijvoorbeeld de huisarts.

- Refaja - Refaja vindt dat de wondzorg in de toekomst misschien meer richting thuis gaan omdat het ziekenhuis te duur wordt. De kennis die in het ziekenhuis ligt moet ook thuis komen, momenteel is Refaja hier mee bezig. Refaja maakt een jaarverslag achteraf. Refaja maakt geen meerjarenbeleid. Ze willen dit wel graag gaan doen in de toekomst. Refaja zou graag een anderhalvelijnsfunctie willen hebben, maar dat is financieel onuitvoerbaar. Ook zouden ze het fijn vinden om af en toe bij de mensen thuis te kunnen komen. Daarnaast krijg Refaja een nieuw systeem waarmee ze hopen de metingen die gedaan worden aan te kunnen scherpen.
- Assen - De polikliniek in Assen maakt gebruik van een meerjarenbeleid. Ze willen zorgen dat de kennis op peil blijft. Ze willen het registratiesysteem verbeteren en willen graag meedoen aan onderzoek, zodat zij aan de IGZ indicatoren kunnen gaan voldoen. Op deze manier kunnen zij zich een Wond Expertise Centrum gaan noemen.
- Evean - Evean maakt gebruik van een meerjarenbeleid. Hierin is opleiding een belangrijk punt. Daarnaast willen ze graag gaan uitrollen over meerdere gebieden van Wond Expertise Centra. Ze willen zorgen dat ze steviger in het zadel gaan zitten ten opzichte van alleen maar een consult functie.
- Excen – Excen helpt instellingen bij het opstellen van een meerjarenbeleid. Ze willen goede samenwerking en scholingen gaan opzetten tussen het Wond Expertise Centrum, de reguliere thuiszorgorganisaties en voor Quality zorg. Daarnaast is Excen bezig met integrale zorg. Dat betekent dat de zorgverzekeraar Excen geld geeft en dat ze daarvoor moeten zorgen dat de patiënt gezien wordt bij de huisarts, gediagnosticeerd wordt, de behandeling door de vaatchirurg uitgevoerd wordt en uiteindelijk thuiszorg krijgt. Excen moet zorgen dat ze van dit geld de huisarts betalen, de vaatchirurg betalen, de opname in het ziekenhuis betalen en de thuiszorg betalen. Excen moet dit realiseren met het integrale tarief dat ze vanuit de zorgverzekeraar ontvangen.

Controle van de eisen

- Mitralis - Mitralis stelt zelf een kwaliteitsboek op waarin zij aantonen dat ze een Wond Expertise Centrum zijn. Dit wordt op hoger niveau gecontroleerd.
- Da Vinci - Da Vinci heeft een zelfregulerend systeem. Da Vinci checkt of de artsen hun accreditatie op orde hebben. Dit doen ze doormiddel van het ISMS systematiek en hun eigen kwaliteitssysteem. In dit systeem zit geborgd dat ook de deskundigheid wordt gecheckt, dat iedereen voldoet aan de vereisten, dat de BIG registratie klopt en dat de kwalificaties op orde zijn. Daarnaast hebben de werknemers hun eigen verantwoordelijkheid.
- Refaja - Er wordt een jaarverslag gemaakt die wordt doorgegeven aan de inspectie. Dit is een taak van de manager.
- Assen - De polikliniek in Assen is nog geen Wond Expertise Centrum. Ze zijn nog bezig om aan de volwaarden te voldoen die de IGZ stelt aan een Wond Expertise Centrum.
- Evean - Evean moet kwaliteit zelf bewaken. Daarnaast is er nog de HKZ toetsing. Bij de HKZ toetsing wordt gekeken of de processen kloppen en of die goed worden nagevolgd zoals die zijn ingericht. Vanaf volgend jaar moet Evean ook aan de zorgverzekeraar aantonen of diploma's en certificaten zijn behaald.
- Excen – De instellingen die Excen ondersteunt moeten zelf regelen dat gecontroleerd wordt dat zij aan de eisen voldoen. Excen ondersteunt hierbij.

Financiering

- Mitralis - Omdat Mitralis een Zelfstandig Behandel Centrum is wordt de financiering rechtstreeks vanuit de zorgverzekeringswet gedaan. Deze bepaalt hoeveel behandelingen er per jaar uitgevoerd mogen worden. Dit wordt vertaald in een bedrag per jaar.

- Da Vinci - De zorg die Da Vinci levert wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet. Deze bepaalt hoeveel behandelingen er per jaar uitgevoerd mogen worden. Dit wordt vertaald in een bedrag per jaar.
- Refaja - Vanuit het ziekenhuis, deze haalt zijn financiën uit de zorgverzekeringswet.
- Assen - Er worden DBC's geopend wanneer een patiënt wordt aangemeld. Hieruit wordt de zorg gefinancierd.
- Evean - Bij verpleeghuizen gaat het via de ZZP financiering. Evean krijgt een doorbelasting van verpleeghuizen. In de verzorgingshuizen gaat het ook via de ZZP financiering. Evean stuurt de factuur door naar de locatiemanager. Bij de thuiszorg gaat het via de wijkverpleging. De zorg die Evean krijgt van de medisch specialisten wordt gefinancierd door MSVT. Hiernaast hebben ze nog WLZ klanten, die worden via de WLZ gedeclareerd. De verschillende betaalwijzen maken het voor Evean lastig om de financiering goed op orde te krijgen, maar zij willen dit niet in de weg laten staan bij het leveren van kwalitatief goede zorg.
- Excen - Bij Excen verloopt het via de zorgverzekeraar. Het Wond Expertise Centrum is onderdeel van het ziekenhuis. Het ziekenhuis ontvangt geld vanuit de zorgverzekeraar. Quality Zorg heeft contracten met de zorgverzekeraars en kunnen rechtstreeks declareren. De kosten liggen bij Excen lager dan het gemiddelde.

Onderzoek

- Mitralis - Mitralis doet aan onderzoek. Gekeken wordt naar recente literatuur over de best evidence van wondbehandeling. Protocollen worden gecontroleerd of ze nog voldoen aan de eisen en of ze nog up to date zijn. Dit onderzoek wordt door Mitralis zelf uitgevoerd. Ook wordt meegedaan aan bijvoorbeeld een onderzoek over wondproducten.
- Da Vinci - Da Vinci doet zelf onderzoek. Ze monitoren welke patiënten binnen komen en wat hun kenmerken zijn. Ook de ontwikkelingen van de wonden worden heel secuur bijgehouden. Da Vinci heeft een eigen onderzoeksteam. Doordat ze alles goed documenteren kan aan de zorgverzekeraar worden laten zien dat het werk er toe doet. Doordat Da Vinci goede analyses houdt hebben ze hogere kosten in een kortere periode. Dit betekent dat de voorkosten, die er normaal gesproken voor een langere periode zou zijn, er niet meer zijn.
- Refaja - Refaja doet op dit moment geen onderzoek. Refaja heeft geen speciaal onderzoeksteam binnen de polikliniek. De polikliniek start wel met praktisch onderzoek zoals met materialen.
- Assen - De polikliniek in Assen doet op dit moment niet aan onderzoek. Als ze straks meer structuur kunnen geven aan de polikliniek dan blijft er meer tijd over om onderzoek te doen. Ze willen dit wel graag doen aangezien het ook een vereiste is van een Wond Expertise Centrum en er weinig Evidence Based is in de wondzorg.
- Evean - Evean doet geen onderzoek naar hun werkwijze. Ze doen wel mee aan landelijk onderzoek. Ook doen ze mee aan kleine onderzoeken en casestudies.
- Excen - Excen doet mee aan onderzoek en doet zelf ook onderzoek. Door alle gegevens die ze hebben kunnen genereren hebben ze inzichtelijk kunnen maken dat een standaard, waarmee je een wond dicht moet krijgen, bij Excen lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

Bekendheid

- Mitralis - Mitralis houdt zich bezig met het bekend maken van de kliniek. Zij promoten een klein deel van het Woundmonitor systeem bij de thuiszorg. Ook doen zij informatie bijeenkomsten en congressen waarbij zij uitleg geven over het Wond Expertise Centrum. Zij proberen te attenderen op het feit dat wonden sneller moeten worden doorverwezen en dat mensen niet bang moeten zijn om aan de bel te trekken. Het centrum ziet nu een groei in snellere doorverwijzingen.
- Da Vinci - De Da Vinci kliniek is nog niet heel bekend in Nederland. Een gevolg hiervan is dat mensen pas laat binnenkomen met hun wond. Zij zijn bezig om de kliniek meer bekend te maken, maar het beperkte aantal behandelingen per jaar staat hun hierbij in de weg.
- Refaja - Refaja houdt refereer avonden met huisartsen en praktijkondersteuners.
- Assen - De polikliniek in Assen maakt zich onder andere bekend door hun website. Ook geven zij na- en bijscholingen. De polikliniek in Assen geeft één keer per jaar scholing aan thuiszorgmedewerkers, praktijkondersteuners en eventueel huisartsen. Daar proberen zij als wondenpolikliniek te profileren. Ook worden er door twee wondverpleegkundigen les gegeven aan twee MBO-V opleidingen over wondzorg. Huisartsen en praktijkondersteuners zijn bekend bij de wondpolikliniek. Eveneens verpleeg- en verzorgingshuizen zijn bekend bij de wondenpolikliniek.
- Evean - -
- Excen - -

Bijlage 3: Interview Mitralis

Interview met Mitralis op 12-04-2016 om 15:00.

1. Welke wonden nemen jullie mee in jullie centrum?

Eigenlijk alle wonden die aangemeld worden bij ons worden ook behandeld door ons, tenzij wij zien dat het bijvoorbeeld een dermatologisch probleem is dan sturen wij ze door. Ook derde of diepe graad brandwonden worden doorverwezen naar een brandwondencentrum.

2. Welke definitie hanteren jullie voor complexe wonden?

Wij krijgen wonden binnen van de specialist of van de huisarts. Wij krijgen een verwijzing en dan is het vaak een langdurige wond of een wond die pas ontstaan is. In de literatuur staat natuurlijk wel wat een complexe wond is, maar iedereen verstaat daar natuurlijk wat anders onder. Wat is voor ons een complexe wond? Een wond die langer dan acht weken open.

3. Werken jullie vanuit de eerste lijn of tweede lijn?

Het verschilt. Wij zitten naast het ziekenhuis. Dus als mensen een overdracht krijgen vanuit het ziekenhuis dan zijn wij er binnen 24 uur. Als een huisarts een aanvraag doet dan zijn wij binnen 72 uur bij de mensen voor de wondinspectie.

4. Dus verwijzingen kunnen zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit de huisarts? Ja, vanuit de huisarts en vanuit de specialist. Dus het is niet zodat patiënten zelf kunnen bellen vanuit thuis naar ons, zij moeten altijd een verwijzing hebben. Wij behandelen alleen intern in het Zuyderland, dus niet in AZM op een afdeling.

5. Op het moment dat een patiënt of cliënt bij jullie komt, wat gebeurt er dan? De intakeverpleegkundige gaat bij de patiënt langs voor een uitgebreide anamnese of doet dit telefonisch. Zo kunnen wij al deze aspecten meenemen. Het gaat niet alleen om de wond, maar ook om het totaal beeld erom heen. Wij gebruiken Gordon voor de anamnese. Wij stellen ons beleid op na een uitgebreide anamnese. Nou we hebben vaak de gegevens al gekregen qua voorgeschiedenis en medicatie gebruik dus dan hebben wij ongeveer een zicht van wat we kunnen meenemen. We hebben een eigen magazijn met verbandmaterialen en vaak nemen we dan verschillende materialen mee. Als we dan bij de patiënt zijn doen we inspectie en dan kijken we welke materialen we kunnen gebruiken. Dus we komen daar eigenlijk met een open blik en gaan dan een volledige anamnese doen en een wondinspectie.

6. Is het zo dat jullie mensen alleen binnen de kliniek behandelen of komen jullie ook bij de mensen thuis?

Beide, we hebben een poli daar zijn twee behandelkamers dus mensen die mobiel zijn of in de buurt wonen die komen naar de poli. Het grotendeel gaan wij naar de mensen thuis. Dit kan ook in een verzorgingshuis, verpleeghuis, ziekenhuis of een andere instelling.

7. Uit hoeveel mensen bestaat jullie team?

Ik durf het niet met zekerheid te zeggen, maar het is nu rond de 30. Wij hebben: vijf intakeverpleegkundigen, negentien wondconsulenten/ verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist, één master in woundcare en tissue repair, twee directeuren, één magazijnmeester en drie secretaresses.

8. Zitten daar ook nog verpleegkundig specialisten tussen of artsen?

Ja, bij ons zijn ze verplicht om allemaal HBO verpleegkunde te zijn en dan volgt iedereen nog een opleiding tot wondconsulent. We hebben ook verpleegkundig specialisten.

9. Hoe is de taakverdeling tussen deze disciplines georganiseerd?

Wij zien iedereen gelijk, dus ook nieuwe mensen of collega's die komen zien wij eigenlijk gelijk als een wondconsulent. Natuurlijk wordt die wel opgeleid maar iedereen doet eigenlijk complexe en neutrale wondzorg om het zo maar te zeggen. Wij hebben junior wondverpleegkundigen en tutoren. Deze tutoren binnen de regio, afgestudeerde consulenten, hebben de regie functie. Junior, in opleiding, bepaalt geen beleid maar doet wel alle wondzorg. De tutor of master bepaalt het beleid. De verpleegkundig specialist die doen meer diagnostiek en antibiotica voorschrijven, de gespecialiseerde zaken. Wij al verpleegkundigen mogen natuurlijk geen diagnoses stellen. Dit doet niet altijd de verpleegkundig specialist, we vragen ook weleens de huisarts.

10. Dus iedere lid van het team wordt opgeleid tot consulent?

Ja, iedereen, zijn ze ook verplicht. Als ze bij ons worden aangenomen zijn ze verplicht om de twee jarige opleiding in Rotterdam te doen tot wondconsulent.

11. Wat is de rol van de huisarts?

De rol van de huisarts en de specialist vanuit het ziekenhuis die zijn eindverantwoordelijk. Dus als de zaken zijn, zeg de wond gaat achteruit of er is een infectie of we vertrouwen het niet of iemand moet een groot vaatonderzoek krijgen, dan is altijd de huisarts of de specialist eindverantwoordelijk dus met hun hebben we dan ook korte lijnen om te bespreken hoe gaan we verder in deze casus.

12. Wie verwijst patiënten door naar bijvoorbeeld een brandwondencentrum wanneer jullie het niet meer vertrouwen?

Vaak komen die mensen al op de eerst hulp of als eerste bij de huisarts en niet als eerste bij ons. Dus als iemand meer dan 10% verbrand is dan gaan zij al automatisch vanuit het ziekenhuis naar het brandwondencentrum. Als zij bij ons komen dan is het vaak een kleinere brandwond.

13. Dus doorverwijzen gebeurt niet regelmatig bij jullie?

Wij krijgen ze natuurlijk verwezen vanuit een huisarts of specialist. Wij verwijzen ten eerste vaak door naar de dermatoloog. Hierbij hebben wij wel een verwijsbrief nodig van de eindverantwoordelijke. Wij doen zelf niet aan doorverwijzen, wij nemen altijd contact op met de eindverantwoordelijke. Hun schrijven een verwijzing uit naar bijvoorbeeld een dermatoloog of een vaatchirurg.

14. Jullie werken bij de mensen thuis, werken jullie dan nauw samen met de thuiszorg? Voornamelijk wel, wij stellen een behandelplan op en dan kijken we hoe de wond eruit ziet. De kleine wonden, die er verder rustig uit zien, doen we zeker samen met de thuiszorg. Dan stellen wij het behandelplan op en wij blijven één keer per week die wond controleren. Bij grotere defecten werken wij ook samen met de thuiszorg, maar zullen wij ook zelf komen om de wond beter in de gaten te houden.

15. Nemen jullie de wondzorg dan geheel over of leren jullie de medewerkers van de thuiszorg hoe zij deze wond moeten behandelen?

Vaak is er samenwerking. Soms nemen we het geheel over om de wond even rustig te krijgen, maar we delen de zorg meestal met de thuiszorg.

16. Waar hangt het van af of jullie de wondzorg zelf doen of delen?

Als je bijvoorbeeld een hele grote wond hebt of vacuüm therapie nodig hebt dan wordt dat niet door de thuiszorg gedaan. Dus dan nemen wij de hele zorg over.

17. Dus het is eigenlijk afhankelijk van de kennis die de thuiszorg wel of niet heeft? Ja, en je moet ook kijken naar de patiënt. Soms heeft een patiënt nog geen thuiszorg en die gaat bijvoorbeeld naar de dagopvang en die vinden dat heel wisselend. Zij weten niet zo goed of zij nou een thuiszorg organisatie moeten inschakelen of niet. Soms is die wondzorg 2x per week nodig en dan komen wij gewoon twee keer, dan hoeft die patiënt niet nog extra thuiszorg aan te vragen.

18. Hoe verloopt de samenwerking met de thuiszorg?

Ja, op zich gaat dat goed. Wij hebben dan ook een dossier daar houden wij alles in bij. Hier kan de thuiszorg ook in kijken. Deze is alleen gericht op de wondzorg.

19. Is dit schriftelijk of elektronisch?

Die is schriftelijk voor de thuiszorg.

20. En voor jullie elektronisch?

Ja, wij werken dus schriftelijk om te communiceren voor de thuiszorg en wij communiceren met collega's onderling elektronisch.

21. En heeft dat elektronische systeem ook een naam?

Woundmonitor heet dat. Wij hebben één thuiszorgorganisatie waar wij nu mee samen werken. Zij gebruiken een stukje van dat systeem, daar communiceren we en elektronische en schriftelijk mee. Dit is een testperiode om te kijken hoe dit verloopt.

22. En hebben jullie ook inzicht in het dossiers die de thuiszorg heeft opgezet voor jullie kwamen?

Nee, wij kijken ook bijna nooit in het dossier van de thuiszorg. Hier staan vaak dingen in die voor een wond expertise centrum niet van belang zijn.

23. Maar zoals bijvoorbeeld de voedingstoestand van de patiënt, die kan wel van belang zijn voor de heling van de wond. Dit zijn dan wel weer dingen waar de thuiszorg zich mee bezig houdt. Houden jullie hier rekening mee?

Ja, wij hebben een intake verpleegkundige en die doet altijd het eerste consult. Als wij bij de patiënt beginnen dan doen hun een intake gesprek en hun vragen onder andere naar de voeding. Wij als verpleegkundige houden dat wel bij. In de Woundmonitor staat ook een registratie; onder andere hoe gaat het met de voeding. Wij registreren dat.

24. Maken jullie ook gebruik van bepaalde protocollen of standaarden?

Ja, wij hebben allemaal protocollen. Voor elke wond en voor elke wondbehandeling hebben we allemaal protocollen.

25. Waar halen jullie deze protocollen weg?

Deze maken wij zelf. Aan de hand van EBP en recente literatuur.

26. Hebben jullie bepaalde mensen die zich speciaal hierin verdiepen?

Ja, wij hebben werkgroepjes. Zo houdt iedereen zich bezig met iets en heeft ook iedereen een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld brandwonden of decubitus. Die werkgroepjes maken ook allemaal hun protocol.

27. Doen jullie ook onderzoek voor jullie een protocol opzetten?

Ja, wij doen onderzoek. Wij kijken naar de recente literatuur waarin staat hoe op dat moment de wond het beste te behandelen is. Die protocollen worden ook elk jaar, of ik durf het niet precies te zeggen hoe vaak, worden die gecontroleerd om te kijken of ze nog voldoen aan de literatuur die bijvoorbeeld op dat moment in Pubmed staat en die in de congressen naar voren komen.

28. Er is geen bepaalde onderzoeksgroep die dat doet?

Nee, wij doen dat zelf in ons centrum.

29. Doen jullie buiten de protocollen om nog onderzoek of doen jullie hier aan mee? Ja, er worden wel onderzoeken gepubliceerd op congressen. Nee, ik durf eigenlijk geen antwoord te geven. Er zijn wel onderzoeken naar de meerwaarde van een Wond Expertise Centrum, maar ik durf er geen antwoord op te geven. Of bedoel je met de V&VN mee doen?

– Kan, brede vraag.

Als een firma komt en wij moeten onderzoek doen over verschillende wondproducten dan doen wij daar aan mee. Dan krijgen wij bijvoorbeeld een nieuw wondverband en dan gaan wij daar onderzoek op doen en uiteindelijk wordt daar een artikel over geschreven.

30. Hoe zorgen jullie dat alle betrokken disciplines qua kennis op peil blijven?

Elke verpleegkundige proberen wij ieder jaar naar een scholing of congres te sturen of je hebt ook vaak dat firma's een dag organiseren. Dus we proberen bij iedereen wel dat ze bijgeschoold worden. Soms is dat met een opleiding en soms is dat met een dagje congres en een andere keer is dat een dag scholing.

31. Is dit één keer per jaar of vaker?

Dat ligt eraan hoe ver je bent in je opleiding. Stel je bent al wondconsulent dan ga je bijvoorbeeld starten met een andere opleiding. Ben je verpleegkundig specialist dan moet je je houden aan de accreditatie punten, dus die mensen zijn verplicht scholingen te volgen. Mensen die nog in opleiding zijn die sturen we bijvoorbeeld naar een decubitus congres. Daar proberen wij ons wel aan te houden.

32. Betekent dat dan ook dat jullie mensen aan het werk hebben die nog geen diploma hebben?

Jawel, iedereen is HBO verpleegkundige. Maar als ze bij ons komen werken hebben ze nog niet allemaal het certificaat van wondconsulent of wondverpleegkundige. Als ze bij ons komen halen ze die bij ons in het centrum.

33. Krijgen ze die mogelijkheid van jullie?

Ja, die krijgen ze van ons en die wordt ook door het Wond Expertise Centrum betaald. En het is ook verplicht om die opleiding te halen. Dus als je de opleiding niet haalt mag je ook niet blijven werken, zo staat dat ook in het contract.

34. Een Wond Expertise Centrum moet aan een aantal eisen voldoen, is er bij jullie iemand die jullie daarop controleert of doen jullie dat zelf?

Ja, dat zal iemand doen want je moet ook aan die eisen voldoen. Dus je heb dan zelf een bewijs of een kwaliteitsboek wat je hebt opgesteld waaraan jij aantoont dat je een Wond Expertise Centrum bent. Dat is meer op hoger niveau, ik weet niet wie dat controleert. Dat zal ook we met zorgverzekeringen en instanties te maken hebben.

35. Hoe worden jullie gefinancierd?

Daar vraag je wat, dat is meer voor de financieel directeur. Vroeger zaten wij vast aan het ziekenhuis maar wij zijn nu een apart centra. Wij zijn onafhankelijk. Bij ons hebben ze een regeling met de zorgverzekering dat de mensen alles vergoed krijgen en wondmaterialen, dus als ik zo even logisch nadenk, krijgen wij van de zorgverzekering. Wij worden betaald vanuit ons centra maar hoe dat dan gefinancierd wordt, daar durf ik geen antwoord op te geven.

36. Werken jullie ook met een meerjaren beleid?

Wij hebben altijd jaargesprekken met onze baas en daarin bespreken wij wat persoonlijke doelen. In het centra hebben wij maandelijkse werkoverleggen en daarin kijken wij wat verbeterd kan worden en daarin worden soms punten besproken over hoe wij het zien over een half jaar en soms punten die wij binnen een paar weken bereikt willen hebben. Dus het is niet zo dat wij in januari een plan opstellen over hoe volgend jaar.

37. Dus meer doelen op korte termijn?

Ja.

38. Nog even een vraag over de kliniek. Wat bedoeld u precies met poliklinisch in het ziekenhuis of in de kliniek?

We zitten niet in het ziekenhuis we zijn ook het enige centrum in Nederland die zo werkt zoals wij dat doen. Hun zitten of in het ziekenhuis of een poli of hebben artsen in dienst, die zitten overal aan vast. Wij zijn een apart centrum die vanuit de instelling, zonder artsen in dienst, puur om het verpleegtechnische werkt. De medisch specialist of arts is wel altijd eindverantwoordelijk maar daar werken wij niet mee samen als collega's binnen het centrum.

39. Op het moment dat een patiënt een arts nodig heeft wat doen jullie dan? Dan schakelen wij hem in, dus dan bellen wij de huisarts. De huisarts weet dan meteen dat zij het centrum, dus een expert, aan de lijn hebben. Hierdoor hebben ze er vaak meer vertrouwen in dan wanneer bijvoorbeeld een thuiszorgverpleegkundige dat zou zeggen, omdat wij specifiek zijn gespecialiseerd op de wondzorg.

40. Op welke manier krijgt de patiënt contact met de arts? Komt hij langs of moet de patiënt naar hem of haar komen?

Nee, de patiënt gaat dan naar huisartsenpraktijk of de arts komt bij de patiënt langs.

41. Heeft de arts inzicht in jullie elektronisch dossier?

Niet elke arts. Er zijn wel specialisten die bij ons in het systeem kunnen, maar niet iedereen. Iedereen moet zich daar zelf voor toevoegen. Maar dat doet niet elke arts, dus vaak hebben we telefonisch contact of via per post sturen wij een overdracht. Zo hebben zij ook een zicht op de wond.

42. Wat is hier de reden van? Inzicht in het elektronisch dossier lijkt mij makkelijker dan via de post of mail.

Nou, ons elektronisch dossier is best uitgebreid. Dus ook niet iedereen weet hoe zij daar mee moeten omgaan of hoe zij zich hiervoor moeten registreren. Veel huisartsen weten niet dat het bestaat of dat ze kunnen worden toegevoegd.

43. Informeren jullie artsen over het feit dat zij zich kunnen aanmelden?

Patiënten worden wel gewoon aangemeld en huisartsen krijgen van ons een terugkoppeling en overdracht via de post, zo zijn huisartsen ook direct op de hoogte. Tenzij je complexe patiënten hebt die wekelijks bij het ziekenhuis of de specialist komt. Dan vind de specialist het wel fijn om toch te weten hoe wij werken. Zij weten dan ook hoe het systeem eruit ziet. Wel geven wij voorlichting, alleen er is niet altijd behoefte aan dat iedereen daar in kan en dat is ook niet ons doel.

44. Patiënten worden vaak te lang behandeld voor hun wond voor zij bij een Wond Expertise Centrum komen, nemen jullie ook preventieve maatregelen om te zorgen dat dit voorkomen wordt?

Jawel, bijvoorbeeld nu bij de thuiszorg met het Woundmonitor systeem, maar dan ik een klein gedeelte. Wij doen ook informatie bijeenkomsten en dan proberen wij iedereen meer uitleg te geven of als wij op een congres moeten presenteren voor bijvoorbeeld arts-assistenten. We proberen dan toch steeds te attenderen op het feit dat wonden sneller naar ons moeten komen en wees niet bang naar ons te komen. Dus we zien dat daar een groei in is dus dat mensen toch steeds sneller door worden verwezen. Met het thuiszorgteam waar nu mee samen werken hebben we de afspraak dat als een wond niet binnen vier weken geneest, geloof ik, dan moeten zij deze doorsturen naar ons.

45. Dan komt een patiënt poliklinisch bij u langs?

Ja, als mensen op de been zijn proberen wij ze bij ons langs te laten komen op de poli en anders komen wij bij de mensen thuis.

Bijlage 4: Interview Da Vinci

Interview met Da Vinci op 12-04-2016 om 12:00.

1. Welke wonden nemen jullie mee in jullie behandelcentrum? Nemen jullie alle wonden mee of zijn er een aantal wonden die jullie niet behandelen?

Wij nemen in principe de chronische wonden categorie drie tot en met vijf in behandeling.

2. Hebben jullie ook een bepaalde definitie die jullie hanteren voor complexe wonden?

Ja, het wondcentrum in Nederland heeft daar een bepaalde definitie voor, maar wij hebben categorie drie tot en met vijf. Dat betekent eigenlijk wonden die na drie maanden nog steeds niet gesloten zijn. Dat kunnen hele kleine wondjes zijn, speldknoppen groot, of hele grote wonden. Dus de grote van de wond doet er niet zoveel toe; het is een complexe wond die niet dicht gaat uit zich zelf en meestal al meer dan drie maanden bestaat. Officieel is het zo dat als een wond na zes weken niet vanzelf sluit dat je dan al richting een chronische wond gaat. Dan zou je eigenlijk al moeten gaan opschalen in je behandeling. Wat wij zien is dat wij gemiddeld mensen krijgen die al 22 maanden een wond hebben. De officiële definitie van een wond, zoals wij die hanteren, is een wond die na drie maanden nog niet uit zich zelf gesloten is.

3. Werken jullie vanuit de eerste lijn of vanuit de tweede lijn?

Tweede lijn, wij zijn een medisch specialistisch bedrijf. Dus wij hebben een kleine kliniek, een zelfstandig behandelcentrum, wat zich in combinatie richt op hyperbare zuurstof therapie en wondexpertise.

4. Dus jullie doen meer dan alleen wondzorg?

Ja, wij hebben wondexpertise specifiek gericht op mensen met een wond en wij vullen onze wondexpertise, de handelingen die we rondom wonden doen, aan met een combinatietherapie die bestaat uit hyperbare zuurstof therapie. Wij proberen zoveel mogelijk zelfherstellend vermogen van het lichaam te ondersteunen en hyperbare zuurstoftherapie helpt enorm om het lichaam zelf te stimuleren tot het aanmaken van nieuwe bloedvaatjes. Dit doordat de zuurstof onder druk wordt toegediend en dat heeft andere eigenschappen dan wanneer je buiten of binnen, in de normale druk, buiten de tank zal ademen. Die therapie ondersteund in veel gevallen ook de wond behandeling.

5. Krijgen jullie ook mensen zonder een wond die alleen komen voor de hyperbare zuurstof therapie?

Ja, voor de hyperbare zuurstof therapie krijgen wij vooral ook mensen met bestralingsschade. Er zijn meer centra in Nederland die dit soort mensen behandelen. Bestraling geneest natuurlijk kwaadaardige cellen of ruimt die op, maakt ze kapot, maar maakt ook gezond weefsel kapot en het herstellen van dat gezonde weefsel kan erg lang duren en stagneert soms ook omdat bijvoorbeeld bloedvaten kapot zijn gegaan. Dit betekent dat wij in combinatie met hyperbare zuurstof therapie het lichaam weer aan zetten tot zelfherstellend vermogen, voor zover dat mogelijk is. Wij hebben ook mensen met bestralingschade, en dan moet je denken aan mensen in de categorie hoofd- hals gebied, mensen die borst- of prostaat kanker hebben gehad.

6. Werken jullie intramuraal of extramuraal?

Alles binnen de kliniek, poliklinisch. Wat wij wel hebben is dat wij ons Wond Expertise Centrum in een ketenconcept doen, dus wij vinden dat het soms slimmer is om mensen thuis verder te behandelen. Dan laten wij mensen één keer in de kliniek komen en daarna zetten wij wondzorg thuis in. Dat is MRCT, dus dat is kortdurende intensieve wondzorg in de thuissituatie.

7. En komen er ook verpleegkundigen van binnen de kliniek bij de mensen thuis?

Ja.

8. Speelt de thuiszorg ook nog een rol speelt of nemen jullie de wondzorg geheel over? Dan nemen wij tijdelijk de wondzorg even over en op het moment dat de wond dicht is dan neemt de thuiszorg het weer over. Het kan natuurlijk ook dan mensen andere soorten zorg krijgen van de thuiszorg, zoals ADL, dat doen wij niet. Wij komen alleen om expertise in te zetten op die wond. Dat heeft alles te maken met ons concept. Wij zijn van mening dat de wondzorg in Nederland behoorlijk achter loopt in innovatie. Wondzorg is vaak eindeloos durend. Getuigd ook van het feit dat wij gemiddeld mensen krijgen die al meer dan twee jaar een wond hebben en dat is hier heel vaak nog met oud beleid en niet evidence based. Mensen doen dat naar eer en geweten daar is niets van te zeggen, maar de kennis over wondzorg kan nog heel veel sprongen vooruit in Nederland. Dat is onze filosofie. Wij bewijzen ook dat wij deze mensen echt wel kunnen helpen met ons concept.

9. Je zegt de kennis over wondzorg in Nederland moet beter, hoe zorgen jullie ervoor dat jullie wel doen en kunnen wat anderen eigenlijk tekort schieten aan kwaliteit en kennis? Nou ik denk dat het vooral een heel stuk zit in de focus op de wond, en dat is geen diskwalificatie van de Nederlandse wondzorg, laat me dat helder zijn, wat wij doen is heel erg focussen op de wondzorg. Dus wij kijken iedere week een of twee keer naar die wond. Wij laten tussen de behandelingen in de wond met rust, dus wij gaan niet iedere dag dingen doen. Wij laten de wond ook met rust zodat het lichaam zijn werk kan gaan doen. Wij focussen op de wond en schakelen heel snel in, in soorten aanpak die je kunt doen met wondzorg. Wij gebruiken daar verschillende technieken voor. Die kunnen wij heel snel inschakelen omdat wij die focus hebben. Zo kunnen wij goed inzetten op de wond en daarmee bereiken wij hele goede resultaten.

10. Als jullie bij de mensen thuis komen werken jullie dan ook samen met de thuiszorg of zijn jullie in dat opzicht zelfstandig?

Nou wij hebben dus alleen de specialisatie wondzorg. Wij hebben twee takken van sport. De ene tak is dat de mensen die wij in zorg hebben in aanmerking kunnen komen voor de thuiswondzorg, dan wordt ons eigen beleid ook in de thuissituatie tijdelijk voorgezet. Dat is MRCT zorg, dat is geen reguliere wijkzorg. Dus MRCT in opdracht van de medisch specialist. Wat wij ook nog hebben is een thuiszorgteam wat zich ook alleen maar op wondzorg richt, maar dat ook in opdracht van medisch specialisten van andere instellingen acteren. Dus dan voeren wij het beleid in de thuissituatie uit waardoor de medisch specialist vanuit het ziekenhuis is ingezet.

11. Zijn jullie ook op de hoogte van wat de reguliere thuiszorg doet? Omdat dat misschien ook van invloed is op het wondbehandelplan.

Nou het is vaak zo dat mensen geen thuiszorg hebben, dat komt heel veel voor. Dus verder geen thuiszorg hebben, maar zelf hun verband verwisselen of een dusdanige wond hebben waarmee ze wel regelmatig naar de specialist terug gaan maar waar verder geen verbetering in zit. Dan is het gewoon een open wond die rustig is die mensen zelf kunnen verbinden. Op het moment dat wij in opdracht van de medisch specialist bij de mensen thuis komen is er vaak geen andere thuiszorg en doen wij daar de zorg voor die wond. Het komt ook voor dat wij hier mensen op de polikliniek krijgen die verder geen thuiszorg hebben maar waar de thuiszorg wel al een tijd geweest is voor de wondzorg en waar op een gegeven moment onze kliniek is ingezet. Als we dan langs gaan dan nemen wij het gewoon tijdelijk over van de thuiszorg.

12. Hebben jullie dan ook inzicht in het verpleegkundig dossier wat de thuiszorg daarvoor heeft opgezet?

Ja, hypothetisch theoretisch kunnen wij daar dan in kijken.

13. Hoeveel mensen hebben jullie werken binnen jullie centrum?

Wij zijn een hele kleine kliniek. Wij hebben op dit moment 25 mensen in dienst en dan moet ik eigenlijk zeggen 30 mensen, waarvan er een stuk of zes MRCT zorg thuis leveren en de rest werkt in de polikliniek als medewerker in de hyperbare zuurstof therapie of in wondexpertise.

14. Hoeveel verschillende disciplines zijn er binnen die 30 medewerkers?

Wij hebben een vaatchirurg in dienst, een kliniekarts, een internist, een plastisch chirurg, een mondconsulent, wondverpleegkundige, mensen die de tank kunnen bedienen dus hyperbaar personeel en wij hebben een manager bedrijfsvoering, dat ben ik, een financieel iemand, een kwaliteitsmedewerker, een service bureau medewerkers en een receptie.

15. Hoe is de taakverdeling georganiseerd?

Hoe bedoel je dat?

16. Door wie wordt het behandelplan opgesteld?

Het behandelplan voor de wond wordt bij ons in samenspraak door de wondconsulent samen met de patiënt en de behandelend arts vastgesteld. Dus dat is een samenspraak.

17. Kan de hyperbare zuurstof therapie ook bij mensen thuis uitgevoerd worden?

Nee, dat kan alleen hier in de kliniek en is ook niet voor alle wondcliënten van toepassing.

18. Wie is er uiteindelijk eindverantwoordelijk voor de patiënt?

Eindverantwoordelijk is de medisch specialist, altijd.

19. Hoe loopt de samenwerking met andere instanties? Zoals de thuiszorg

Wij krijgen verwijzingen vanuit de huisarts, vanuit andere medisch specialisten, die vaak geen raad meer weten met hun cliënten. Op dat moment vragen wij medische informatie op en in dien zin werken wij daar mee samen. Wij hebben een vrij afgebakend behandeltraject. Is de wond dicht, wij kunnen natuurlijk ook niet iedereen helpen, dat moet je dat ook gewoon eerlijk zeggen. Op het moment dat wij hier klaar zijn met een cliënt dragen wij deze weer over naar de huisarts of wij melden aan medisch verwijzer dat wij klaar zijn met de cliënt en soms hoeft hij dan ook niet meer naar de verwijzer toe en houdt de huisarts de boel weer in de gaten.

20. Op het moment dat een patiënt een wond krijgt welke proces moet hij of zij doorlopen voor dat hij bij jullie terecht komt?

Wij zijn bezig om daar landelijk ook wat meer awareness voor te gaan krijgen. Wij zijn van mening dat mensen te lang met wonden blijven lopen. De grootste groep heeft een diabetische voet met onderliggende problematiek. Wij zeggen altijd dat het heel goed zal zijn dat op het moment dat er een wond ontstaan in de thuissituatie dat die door de huisarts naar zes weken tot drie maanden echt wel door word verwezen naar onze kliniek. Ook als de thuiszorg merkt dat die wond niet goed sluit dat zij de patiënt terug sturen naar de huisarts waardoor de huisarts kan omschalen. Dat zou ons ideaal plaatje zijn, alleen wij merken dat er nog veel te lang zelf wordt behandeld en dat met oude technieken en daardoor ook geen focus ontstaat op die wond en onderliggende problematiek. Hierdoor duurt de wondzorg bij heel veel mensen, en dan hebben we het over 350.000 tot 500.000 mensen in Nederland echt onnodig lang. Dus wanneer komen mensen bij ons, ja nog veel te laat zeggen wij eigenlijk, wij willen dat naar voren halen. En waarom, het doel moet niet zijn dat wij veel mensen behandelen. Juist niet eigenlijk, wij willen het liefst dat mensen zo snel mogelijk hun wond dicht hebben. Dan zou je eigenlijk veel vroeger in dat traject al moeten gaan opschalen als niet op tijd die wond gaat sluiten.

Dat bespaard ontzettend veel kosten. Die mensen hebben vaak al twee jaar een wond, dat betekend dat ze soms al heel lang thuiszorg hebben en ontzettend veel verbandmateriaal gebruikt hebben, dat ze al vaak naar de huisarts of medisch specialist in het ziekenhuis zijn geweest. Mensen kunnen soms niet mee doen in het maatschappelijk verkeer, ze kunnen niet werken, ze kunnen niet deel nemen aan allerlei sociale activiteiten. Dat kost onze maatschappij heel veel geld. Onze visie is eigenlijk; zorg er nou voor dat je op tijd gaat opschalen waardoor je kortdurend veel investeert om die wond dicht te krijgen, waardoor die dicht is en dus verder geen kosten hebt langdurig.

21. Mensen hebben dus wel eerste een verwijzing van de huisarts nodig?

Ja, wij zijn een medisch bedrijf dus je moet een verwijzing hebben van de huisarts of de medisch specialist.

22. Je zei net; er werken verschillende disciplines en kwaliteit is heel belangrijk, hoe zorgen jullie er voor dat de kennis van de verpleegkundigen op peil blijft?

Wij moeten voldoen aan de wettelijke eisen, dus mensen moeten een BIG registratie hebben. De artsen moeten ook gewoon hun aggradiatie halen. Dat monitoren wij ook, maar die verantwoordelijkheid ligt ook bij de mensen zelf. Verder richten wij ons enorm op de combinatie van vernieuwende onderzoek technieken om die ook die kennis binnen de kliniek te krijgen. Onze wondverpleegkundigen zijn heel erg gericht op het bezoeken van wondcongressen van wondzorg zowel nationaal als internationaal.

23. Is er ook een bepaalde instantie binnen het centrum die controleert of er aan de eisen voldoen wordt of doen jullie dat zelf?

Wij hebben een zelfregulerend systeem. Net als overal in Nederland moeten wij zorgen dat wij bewijs materiaal hebben dat mensen hun BIG op orde hebben want dat is primair de situatie. Dat moeten wij jaarlijks monitoren. Daarnaast moeten wij checken of de artsen hun aggradiatie op orde hebben. Dit door wij met het ISMS systematiek en verder door we dat met ons kwaliteit bowlings systeem en verder hebben de mensen zelf ook een verantwoordelijk natuurlijk. In dit systeem zit geborgd dat ook onder andere de deskundigheid wordt gecheckt, voldoet iedereen aan de vereisten, de big registratie en het op orde hebben van kwalificaties.

24. Hebben jullie dat systeem zelf opgezet of overgenomen?

Nee, alle instellingen in Nederland hebben een kwaliteitssysteem waar dat in zit verweven.

25. Maken jullie ook gebruik van bepaalde protocollen en standaarden?

Ja, voor onze wondzorg en hyperbare zuurstoftherapie gaan wij uit van protocollen en procedures. Die zijn vanuit de nieuwste inzichten en natuurlijk gebruiken wij de medisch goed gekeurde protocollen, zoals dat in Nederland moet.

26. Rond 22 maanden komen mensen pas naar het centrum, waarom zo laat pas?

Dat heeft verschillende redenen. Onze kliniek is nog niet heel bekend in Nederland, wij zijn nog heel klein. Dus al je ons niet kent dan kom je ook hier niet. Wij hebben maar één locatie die in deze wijze gegroeid is. Er zijn wel meer Wond Expertise Centra in Nederland, maar die doen het net even anders dan ons. Stukje onbekendheid is dus een reden maar ook heel veel instellingen die erg lang door gaan met wondbehandeling op een bepaalde manier en daar weinig resultaten uit halen, speelt een rol.

27. Maken jullie jezelf ook bekend?

Wij zijn natuurlijk daar mee bezig, maar tegelijkertijd worstelen wij met het ondernemen in Nederland. Wij hebben zorgafspraken met de zorgverzekeraars en die staan ons toe maar een beperkt aantal behandelingen per jaar uit te voeren. Wij kunnen dus wel heel veel reclame gaan maken, maar stel wij mogen 1000 behandel per jaar en er komen er 3000 dan kunnen wij 2000 dus niet helpen. Wij zullen een beetje moeten laveren tussen wat we mogen doen van de zorgverzekeringen op jaarbasis en de mate waarin wij onszelf bekend maken.

28. Vanuit waar worden jullie gefinancierd?

Vanuit de zorgverzekeringswet.

29. Die zorgverzekeringswet bepaald ook voor jullie dat je maar een bepaald aantal behandelingen per jaar uit mag voeren?

Ja, precies. Dat is wat verzekeraars op dit moment met alle instellingen doen. Daar zijn wij niet uniek in. Met ziekenhuizen en allerlei andere instellingen maken ze afspraken over de hoeveelheid geld die je krijgt per jaar en dus om te rekenen naar aantal cliënten die je per jaar kunt helpen. Elke verzekeraar heeft daar zijn eigen afspraken over. Dus van de ene zorgverzekeraar mogen wij 1000 mensen per jaar helpen of is het tarief dusdanig dat wij er 1500 kunnen doen en andere verzekeraar zegt nee je mag er maar 200 doen. Dat wisselt per verzekeraar op het moment.

30. Komen jullie ook op het aantal patiënten?

Ja, altijd.

31. Zijn er ook mensen die jullie moeten afwijzen?

Wij moeten soms zeggen dat wij iemand dit jaar niet meer kunnen helpen en dan zijn ze volgend jaar als eerste aan de beurt, dat kan. Maar dat is niet anders bij ons dan elders.

32. Hebben jullie ook een meerjarenbeleid dat jullie hanteren?

Ja, wij hebben doelen. Wij willen eigenlijk gaan groeien in de toekomst, onze kennis en expertise uitbouwen in Nederland, we zijn ook bezig om een nieuwe locatie in te gaan richten waar wij een compleet Expertise Centrum kunnen gaan neerzetten. Deze ook met weer een tank en een expertise centrum voor wonden. Dat betekend dat wij dus meer mensen kunnen gaan helpen maar dat moeten we ook goed overleggen met de zorgverzekeraars, dus wat betekend dat dan en willen jullie daar ook geld voor geven. Als dat allemaal goed gaat lopen kunnen wij zeggen dat we een nieuwe locatie gaan neer zetten. We zijn zeker van plan dat te gaan doen.

33. Doen jullie zelf onderzoek of doen jullie aan onderzoek mee?

Ja, wij doen zelf ook onderzoek. Wij monitoren bijvoorbeeld heel goed welke cliënten binnen komen en wat hun kenmerken zijn, bijvoorbeeld wat voor soort mensen komen hier nou binnen, wat voor onderliggende problemen hebben ze zoals hartfalen, long falen diabetes. Wat maakt dat die wonden bijvoorbeeld niet goed genezen, want het is soms de onderliggende problematiek die maakt dat een wond niet dicht gaat, soms ook de behandeling die ze op dat moment hebben gekregen maar soms een combinatie van die twee. Dat proberen wij zo goed mogelijk in kaart te brengen. Vervolgens houden wij heel netjes bij wat wij bij deze mensen doen en hoe de wond zich ontwikkeld in een bepaalde periode. Wij leggen ook alles met foto's vast. Wij documenteren met ieder bezoek de wond en hoe die zich gedraagt en dat proberen we allemaal in beeld te krijgen en wat voor materialen we daar voor gebruiken, wat voor een inzet wij daartoe plegen en zo kunnen we aan de verzekeraar laten zien nou dit hebben we allemaal aan die wond gedaan en binnen deze periode is de wond dicht gegaan of helaas het lukt bij deze persoon niet, natuurlijk lukt het niet bij iedereen.

34. Hebben jullie daar een bepaald systeem voor?

Ja, een eigen onderzoekssysteem en dat houden wij heel netjes bij. Hier doen wij analyses op en zo kunnen wij aan de zorgverzekeraar laten zien dat ons werk er toe doet. Het kost bij ons wel wat meer in een korte periode, maar dan heb je dus al die voorkosten, die je eigenlijk nog veel langer zou hebben, niet meer. Als we dat nou nog eerder gaan doen bespaar je nog meer kosten uiteindelijk. Dat proberen we ook in dat inzicht mee te nemen in de toekomst.

35. Hoe registreren bij jullie de patiënten zelf?

Via een elektronisch patiënten dossier houden wij alles bij.

36. Die wordt gebruikt door alle disciplines?

Ja.

37. Is er ook een bepaald opleidingsniveau waar de disciplines aan moeten voldoen?

Ja, voor de hyperbare zuurstoftherapie is er natuurlijk een specifieke opleiding, want dat is echt wel heel gespecialiseerd werk. Voor de wond hebben wij als basis dat je minimaal wond verpleegkundige moet zijn. Daarnaast moet die de Erasmus éénjarige opleiding hebben gedaan. Voor de wondconsulent geldt dat je je pas wondconsulent mag noemen als je de tweejarige Erasmus hebt gedaan.

38. En wat voor rol hebben bijvoorbeeld de vaatchirurg en internist binnen het centrum? Veel Wond Expertise Centrum hebben niet zulke gespecialiseerde artsen binnen het team zelf. Klopt, die werken vaak vanuit wondverpleegkundigen en wondconsulenten. De internist en vaatchirurg werken niet allemaal fulltime. We hebben ook een plastisch chirurg. Het voordeel is dat hun nog wat meer medische kennis kunnen inbrengen en omdat zij ook medische diagnostiek doen. Wat ons betreft is de kracht van de kennis van de consulent, de verpleegkundige en de specialist dat wij echt op een heel gedegen plan van aanpak komen, waarbij wij ook handelingen kunnen doen specialisten soms alleen mogen doen en die in zijn totaliteit net dat extra stukje geven wat nodig is om goede wondzorg te bieden. De hoofdbehandelaar blijft de medisch specialist.

39. Die is meer van buiten af de kliniek?

Nee, die is hier wel in de kliniek aanwezig. Een X aantal uren in de week ziet die ook cliënten en natuurlijk is de medisch specialist eindverantwoordelijk voor de behandeling van onze patiënten. Alleen wij doen dat zo multidisciplinair in een gezamenlijk behandelteam. De medische specialist bepaald uiteindelijk samen met anderen het medische beleid maar is wel eindverantwoordelijk. Dus die moet hier wel zijn. Daarom is hij hier ook een aantal uren per week om patiënten te zien.

40. Hoeveel medisch specialisten zijn er?

Uiteindelijk hebben we er drie die wij kunnen inzetten bij de patiënten zorg.

41. En de huisarts die kan dat ook zijn?

Nee, die is alleen verwijzer.

42. Dus de huisarts heeft verder geen rol binnen jullie systeem?

Nee, alleen is die verwijzer.

43. Krijgt de huisarts jullie uiteindelijke resultaten bij de patiënt te weten?

Ja, als een cliënt bij ons uitbehandeld is, hetzij de wond is dicht of de wond gaat nooit meer dicht, want dat kan ook, dat is heel reëel, dan laten wij dat keurig weten.

44. Is er nog iets dat u wilt aanvullen?

Wij werken nauw samen met Buurtzorg en wij zijn bij buurtzorg de verpleegkundigen aan het scholen om de triage, want dan gaat het dus naar het voorstukje, dus wat vinden wij goede wondzorg, hoe krijg je wonden dicht die nog niet zogenaamde chronische wonden zijn, dus die zijn nog categorie één, twee of drie wellicht, hoe die zo mogelijk dicht gaan. Dat is één. B, hoe zorg je ervoor dat je op tijd de triage doet om te gaan opschalen naar medisch gespecialiseerde zorg. Dat kan dus in preventie van een kliniek zoals wij die hebben, dan is de wond dicht en heb je verder dus geen wondzorg meer nodig. Doel moet natuurlijk altijd zijn om mensen zo snel mogelijk weer van die wond af te halen. Dus wij zijn nu bezig met buurtzorg om te kijken of wij daar een soort ketenconcept van kunnen maken zodat wij en de wondzorg in de thuissituatie beter en adequaat kunnen laten zijn door kennis te verbeteren. Daarnaast dus de triage beter te doen, dus dat ze sneller gaan opschakelen naar bijvoorbeeld wat meer specialistische aandacht naar de wond waardoor die sneller sluit en waardoor je niet langdurig wond zorg nodig hebt. Dat zijn we met buurtzorg aan het doen op het moment.

45. Dus ook een stukje preventie om te zorgen dat mensen niet meer of juist sneller bij jullie komen?

Ja, want ons doel is niet heel groot te worden. Ons doel is dat wonden dicht gaan. Dat moet het doel uiteindelijk bij iedereen zijn en niet om mensen langdurig in zorg te houden. Dat kan een financieel doel zijn maar ons doel is vooral mensen weer zonder wond te laten zijn dat moet denk ik primair het doel zijn, zo snel mogelijk zonder wond.

46. Hoe bereiken jullie mensen die niet zelfstandig naar de kliniek kunnen komen? Die komen met de taxi, of daar gaan wij naar toe, maar de meeste mensen kunnen met de taxi komen. De reden waarom wij mensen naar de kliniek laten komen is omdat wij dusdanige wondzorg technieken hebben. Wij gebruiken ook technieken die de je in de thuissituatie niet kunt gebruiken dus dan moet je gewoon naar de kliniek komen. Dus vandaar dat wij de mensen altijd eerst hier laten komen voor een goede wonddiagnostiek en onderliggende problematiek en dan vervolgens wordt er een behandelplan opgesteld samen met de patiënt en de wondconsulent en dan gaan we die verschillende technieken toepassen. Hier in de kliniek primair en als het even kan zetten wij dat verder thuis voort, de ondersteunende behandeling, zwachtelen vaktherapie, noem het maar, maar dan is het hier al uitgevoerd en dan is het thuis alleen het ondersteunen ervan.

Bijlage 5: Interview Refaja

Interview met Refaja op 14-04-2016 om 14:30.

1. Zijn er wonden die jullie niet meenemen in jullie Wond Expertise Centrum of nemen jullie alle wonden mee?

In principe doen wij geen acute wondzorg. Tenzij iemand ons op consult basis er bij wil hebben, bijvoorbeeld van de spoedopvang of de chirurgie. Maar de echte acute wonden doen wij dus niet, tenzij er onvoldoende genezingstendens is of de wond heel complex is.

2. Wat is hier de reden van?

Dit omdat een acute wond in principe vanzelf geneest. En complexe acute wonden daar buiten gelaten, zoals een brandwond is ook een acute wond, maar dat zijn complexe wonden. Alleen de acute niet complexe wonden nemen wij niet mee.

3. Is er ook een definitie die jullie hanteren voor complexe wonden?

Nee. In principe, bijvoorbeeld bij een diabetische voet heb je, als je binnen twee weken geen genezingstendens hebt dat ze dan doorgestuurd kunnen worden. Eigenlijk alle wonden waarbij geen genezingstendens is die worden doorgestuurd naar ons.

4. Klopt het dat jullie op het moment nog een wond poli zijn? Of vallen jullie al onder de norm Wond Expertise Centrum?

Ja, in principe wel onder een Wond Expertise centrum want we hebben wel transmuraal contacten en overleggen en wij vallen onder Treant. Wij zijn drie poli's op een ziekenhuis locatie maar gezamenlijk zijn wij wel een Wond Expertise Centrum. Wij organiseren wel symposia en transmuraal hebben wij overleg en hebben wij contacten met de thuiszorg.

5. Voldoen jullie aan alle eisen waar een Wond Expertise Centrum aan moet voldoen? Nagenoeg wel, er zijn een aantal die nog open zijn maar dat is met name de metingen. De ulcer sclerose, binnen drie maanden gesloten, die meting hebben wij niet in het systeem. Wij krijgen een nieuw systeem dit jaar en dan hopen we dat we alle metingen er wel uit kunnen halen.

6. Jullie zijn nog bezig met het opzetten van het Wond Expertise Centrum?

Ja, dat blijft in ontwikkeling.

7. Komen jullie ook bij de patiënten thuis?

Nee, wij komen niet bij de mensen thuis. Mensen moeten bij ons komen voor ze behandeld kunnen worden. Hier is de diagnostiek. Ze moeten ook ingestuurd worden door de huisarts.

8. De behandeling doen jullie ook binnen het centrum?

Ja die doen wij, in samenwerking met de thuiszorg. Hier gaat de overdracht ook weer naar toe en wij maken afspraken met hun. Een keer in de zoveel tijd zien wij mensen weer terug op controle.

9. Kan het ook zijn dat jullie het wondbehandelplan opstellen maar mensen thuis verder worden behandeld door de thuiszorg?

Het wondbehandelplan wordt door ons opgesteld en wordt thuis uitgevoerd.

10. Dus niet altijd binnen het centrum? Worden mensen ook zelf bij jullie behandeld of komen ze echt alleen voor het opstellen van het behandelplan?

Dat ligt eraan wat je onder behandelen opvat. Wij doen hier de debridement en de diagnostiek. Zoals röntgen en labonderzoek, wondkweken. Je moet het zien als een poli bezoek/ controle. Ik heb een halfuur per patiënt. Dat betekent dat ik de wond dan helemaal behandel. En dan stuur ik hem daarna weer naar huis met een wond behandel plan.

11. De thuiszorg neemt het vanaf daar over?

Ja, die neemt het vanaf daar over en soms regelen wij de verbandmaterialen en de andere keer in overleg met de thuiszorg regelen zij dat zelf. We hebben mail contacten, kunnen foto's heen en weer sturen.

12. Werken jullie dan nauw samen met de thuiszorg?

Met de een meer als met de ander. De een weet je makkelijker te vinden als de ander. Maar ik weet wel, ik zit hier nu twee jaar, dat het wel steeds makkelijker wordt. Mensen weten je nu sneller te vinden. Eerder zag je vaker, als mensen hier behandeld werden, en er was wat dat mensen eerst naar de huisarts gaan maar nu komen zij bij ons. Die stap moet maken. Een omslagpunt binnen het denken.

13. Uit vorige interviews kwam naar voren dat de kennis van de thuiszorg over wondzorg niet altijd op orde is. Spelen jullie hier nog een rol in op het gebied van opleidingen binnen de thuiszorg?

Ja, scholingen aan thuiszorgorganisaties. Wij hebben een keer in de drie maand een transmuraal overleg waar tegenwoordigers van de thuiszorg bij zitten. Scholingen worden georganiseerd. Wij geven scholingen die niks kosten maar mensen moeten daar wel tijd voor vrij maken.

14. Is dit verplicht voor de thuiszorg of een vrije keuze?

Nee, wij kunnen dit niet verplichten omdat de MRCT nog niet zo geregeld is dat wij daarin verplicht worden. De bedoeling is ooit geweest van een MRCT dat je dan ook daar controle over hebt. Dus dan zou je zeggen; ik beslis welke thuiszorg organisatie aan het bed komt van de patiënt waar ik vertrouwen in heb. Maar dat is nu niet zo. De patiënt is de gene die kiest. De patiënt kiest de thuiszorgorganisatie en de thuiszorgorganisatie moet kunnen bieden wat zij zeggen te kunnen bieden. Als wij daar twijfels over hebben nemen wij contact op.

15. Hoeveel mensen nemen jullie binnen het centrum/ poli werken?

Hierbinnen de locatie Refaja werken wij met twee wondconsulenten.

16. Draaien jullie met z'n tweeën het hele centrum?

Ja, wij draaien de zorg maar voor de diagnostiek, wij zijn verpleegkundige van oorsprong, hebben wij zeker contact nodig met een arts die ook bepaalde onderzoeken voor ons regelt.

17. Hebben jullie nauw samenwerking met de arts?

Ja, één keer in het half jaar komt zeker een arts voorbij en meestal doen we dat voor de intake. Verder betrekken wij vaak de vaatchirurg of de dermatoloog. Wij maken de keus wat voor soort wond het is. Als het een veneuze ulcus is dan nemen wij de dermatoloog als hoofdbehandelaar, bij alle overige wonden is de vaatchirurg de hoofdbehandelaar.

18. Moeten jullie ook aan bepaalde opleidingseisen voldoen voordat je mag werken binnen jullie centrum?

Ja, mijn collega is dermatologie verpleegkundige en ik ben bezig met de opleiding verpleegkundige wondconsulent.

19. Hebben jullie met zijn tweeën ook een taakverdeling of hebben jullie dezelfde taken? Wij hebben in het praktisch werk dezelfde taken. Voor de patiënt moet het niet uitmaken of dat mijn collega er staat of dat ik er sta. Voor de hand en span diensten hebben wij wel een taakverdeling gemaakt. Wie de scholingen geeft en wie de e-learning verzorgt en wie voor de materialen zorgt. Daar hebben we dus wel een taakverdeling in gemaakt.

20. Wij hebben begrepen dat veel Wond Expertise Centra ook bestaat uit een verpleegkundig specialist in dienst hebben, missen jullie deze niet?

Nee, voor je indicatie heb je of een wondconsulent of een verpleegkundig specialist of een PE nodig. Binnen Treant is er wel een PE'er, maar die zit in Emmen.

21. Hoe is het contact hiermee?

Goed, we hebben regelmatig overleg we hebben mail contact, overleggen over patiënten. We kunnen ook patiënten uitwisselen binnen de locaties. Bijvoorbeeld die hier worden opgenomen maar dichterbij Emmen wonen dan gaan ze daar naar de poli. Met de diabetische poli hebben we ook regelmatig overleg, omdat deze wonden toch vaak wat complexer zijn. Deze poli in Emmen draait al acht tot tien jaar, wij net anderhalf jaar, dus we hebben vaak overleg. Hoogeveen sluit ook altijd bij ons aan. Wij zijn wat dat betreft met zijn vijven over drie locaties. We hebben alle drie gelijke protocollen en stroomschema's, over hoe de patiënt binnen komt. Producten die wij testen zijn ook gelijk, symposia kunnen wij ook allemaal heen als het in Emmen is. Wat de plannen zijn voor het symposia is dat één iemand het organiseert en vervolgens over drie locaties wordt uitgerold.

22. Dus als ik het goed begrijp is de huisarts eindverantwoordelijk?

Mensen hier zijn hoofdbehandelaar, de chirurg of dermatoloog.

23. Jullie koppelen wel terug naar de huisarts?

Ja, bij de intake krijgt de huisarts een brief en als er tussendoor iets is en als de zorg afgesloten is krijgt de huisarts ook een brief.

24. Als iemand thuis behandeld wordt door de thuiszorg en er is iets nemen ze dan direct contact op met jullie?

Dat is wel de bedoeling maar soms loopt dat dus nog niet altijd zo omdat mensen toch eerst nog weer de huisarts bellen, maar handig is als ze direct contact opnemen met ons.

25. Verwijst de huisarts weer door naar jullie als mensen eerst contact opnemen met hem?

We hebben een vervolgspraak altijd staan, dus dan komt dat direct aan de orde.

26. De samenwerking met artsen, huisartsen en de thuiszorg hoe verloopt dat?

Ik denk dat daar nog heel veel in verbeterd kan worden. Bij de thuiszorg vind ik dat dat steeds beter gaat, alhoewel daar ook nog wel winstpunten in te behalen zijn. En bij de huisartsen vind ik dat sommige huisartsen nog te lang door werken op hun eigen praktijk voordat ze insturen naar ons en in denk dat het goed is als ze eerder contact opnemen.

27. Doen jullie ook iets om er voor te zorgen dat mensen wel sneller bij jullie terecht komen?

We hebben een refereravond gehad met huisartsen en praktijkondersteuners. Een van de huisartsen is transmuraal, dus die heeft ook contacten met het ziekenhuis, dus die kunnen wij ook benaderen, maar daar kan meer energie in gestoken worden.

28. Om de huisartsen bewuster te maken?

Ja, absoluut.

29. Gaan jullie hier in de toekomst ook nog mee bezig?

Dat moet, dat is iets wat relevant is voor de wondzorg. De wondzorg zal misschien in de toekomst nog meer richting thuis gaan omdat een ziekenhuis duur is. Maar de kennis die in het ziekenhuis ligt die moet thuis ook komen, dus daar zijn we zeker mee bezig.

30. Dus al ik het goed begrijp moet de patiënt wel eerst contact opnemen met de huisarts voordat hij bij jullie komt maar vanaf daar nemen jullie en de thuiszorg het over? Ja, je kan het inderdaad gewoon zien als een andere verwijzing naar het ziekenhuis. Zo moet de patiënt met een wond ook een verwijzing hebben. Anders krijgt hij het via de zorgverzekeraar niet vergoed.

31. Gebruiken jullie ook bepaalde protocollen en standaarden?

Ja, wij hebben in ieder geval standaard protocollen binnen de drie locaties voor het behandelen van de standaardwonden. Daarnaast volg je je kennis wat je hebt over wonden bij de wondanamnese. Op basis daarvan van maak je je wondbeleid.

32. Een mix van wat al bestaat en van wat je zelf weet?

Ja, wondzorg is ook kijken naar de wond en je moet de aard van de wond weten. De oorzaak verschilt per wond en de oorzaak die moet aangepakt worden. Maar de behandeling is niet anders. Je kijkt is het een rode, gele of zwarte wond, is die geïnfecteerd, nat of droog en daarop maak je je wondbeleid.

33. Hoe registreren jullie patiënten gegevens?

Digitaal.

34. Gebruiken jullie een bepaald systeem?

Nee, wij gebruiken gewoon een standaardsysteem wat hier in het ziekenhuis is.

35. Hoe heet dat?

Xcare. Dat is een standaardsysteem wat het ziekenhuis gebruikt. Hierin kunnen wij onze metingen zetten, onze consulten en onze agenda in verwerken. In dit systeem kun je ook je patiënt in afhandelen.

36. Heeft de thuiszorg hier ook zicht op?

Nee, er is geen koppeling tussen ons dossier en de thuiszorg en daarom is het ook zo belangrijk om een overdracht mee te geven op papier. Wij vragen dit ook van de thuiszorg om weer een overdracht terug te doen als de patiënt weer terug bij ons komt.

37. Dat gaat ook schriftelijk?

Ja, meestal wel of per mail omdat bijvoorbeeld de thuiszorg soms een soort semiverpleegkundige er op heeft staan die niet altijd aanwezig is.

38. Volgen jullie zelf ook bepaalde cursussen waardoor jullie kennis op peil blijft?

Ja, ik ben er nu dus met een bezig, die van wondconsulent. Daarnaast volgen wij het symposia. Wij zijn lid van WCS en van V&VN wondexpertise en NAVW. De scholingen die daar gegeven worden, daar kan je een keuze in maken waar je wel of niet heen gaat. Daarnaast houden we vakliteratuur bij, eigenlijk wekelijks.

39. Is er ook iemand die controleert of jullie aan de eisen van een Wond Expertise Centrum voldoen of doen jullie dat zelf?

Wij maken een jaarverslag en daarin komen natuurlijk de eisen komen naar voren en dat gaat in principe weer naar de inspectie, denk ik. De manager geeft dat weer door.

40. Werken jullie ook met een meerjarenbeleid?

Nee, wij maken een jaarverslag achteraf. Wij maken niet een jaarverslag vooraf. We hebben niet een zoveel jaren plan. Zou wel heel goed zijn.

41. Gaan jullie hier nog mee bezig?

Ja, na mijn opleiding.

42. Vanuit waar worden jullie gefinancierd?

Vanuit het ziekenhuis en deze haalt zijn financiën uit de zorgverzekeringswet.

43. Doen jullie ook mee aan onderzoek?

Op het moment even niet, wij starten wel met praktisch onderzoek zoals met materialen. Dat wordt genoteerd en bijgehouden, maar momenteel doen wij niet mee aan wetenschappelijk onderzoek.

44. Hebben jullie een bepaald onderzoeksteam?

Nee, meestal is het 'mee doen en willen mee doen' en verder houden wij gewoon onze eigen dingen bij. Echt wetenschappelijk onderzoek, volgens mij zit er in Emmen iemand die dat coördineert, maar wij doen dat zelf niet.

45. Door wie worden de verbandmaterialen besteld?

Dat doen wij zelf en de patiënten krijgen dit van ons mee. De patiënt heeft een keus of hij het via de eigen apotheek wil of via ons. Als hij of zij het via de apotheek wil dan schrijven wij een recept uit met een indicatie. Wij bestellen via Combi Care, hier hebben wij banden mee en een bestelsysteem. De thuiszorg kan hier ook in kijken en vanuit hier bestellen.

46. Als de patiënt terug naar huis gaat, hoelang duurt het voordat iemand weer op controle moet komen?

Dat ligt eraan hoe de wond zich geneest, dan kan wekelijks, om de twee weken of om de drie weken. Meestal al er langer dan drie weken tussen kan zitten betekend dat je een redelijk goede genezingstendens hebt. Dat betekend dat je niet zozeer meer een behandel functie hebt maar een controle functie. Dat is vooral bij de patiënten die geen thuiszorg hebben en dat je toch een oogje in het zijl houdt. Maar gemiddeld tussen de één en de drie weken.

47. Wordt het behandelplan aangepast wanneer nodig?

Ja.

48. Wij horen vaak dat een team ook bestaat uit een verpleegkundig specialist, missen jullie deze niet?

Nee, voor je indicatie heb je of een wondconsulent of een verpleegkundig specialist of een PE nodig. Binnen Treant is er wel een PE'er, maar die zit in Emmen.

49. Hoe is het contact hiermee?

Goed, we hebben regelmatig overleg we hebben mail contact, overleggen over patiënten. We kunnen ook patiënten uitwisselen binnen de locaties. Bijvoorbeeld die hier worden opgenomen maar dichterbij Emmen wonen dan gaan ze daar naar de poli. Met de diabetische poli hebben we ook regelmatig overleg, omdat deze wonden toch vaak wat complexer zijn. Deze poli in Emmen draait al acht tot tien jaar, wij net anderhalf jaar dus we hebben vaak overleg van goh denk even mee. Hoogeveen sluit ook altijd bij ons aan. Wij zijn wat dat betreft met zijn vijven over drie locaties. We hebben alle drie gelijke protocollen en stroomschema's, over hoe de patiënt binnen komt, dat is ook gelijk. Producten die wij testen is ook gelijk, symposia kunnen wij ook allemaal heen als het in Emmen is. Wat de plannen zijn voor het symposia is dat een iemand het organiseert en over drie locaties wordt uitgerold.

50. Contact met de thuiszorg, wat kan verbeterd worden?

Dat is lastig, dat is met name ook hoe de thuiszorg functioneert. Wat ik terug hoor van patiënten is dat veel verschillende verpleegkundigen over de vloer komen. Dan is het voor ons ook lastig om te weten aan wie we moeten terug koppelen. Er zijn dus ook een aantal waar ik nu wel steeds contact mee heb, waar er nu wel een soort van coördinator is. Dat is heel prettig.

51. Dus van de thuiszorg één vast aanspreekpunt?

Ja, zoiets dat zou wel heel handig zijn. Wij kunnen dat thuis niet doen, wij zouden dat heel graag willen. Een anderhalf lijn functie zou heel erg mooi zijn maar financieel is dat praktisch onuitvoerbaar, daar krijgen wij geen geld voor. Maar de casemanager hoort zowel, dat zijn wij hier en wij zorgen hier voor de contacten met de thuiszorg, maar wij kunnen het thuis niet regelen. Ik zou het wel heel fijn vinden om af en toe eens bij de mensen thuis te komen en kijken hoe het daar draait, maar ik heb het van de informatie nodig die ik krijg. De ene is daar beter in dan de ander in informatie delen maar ook de kennis is bij de ene beter dan bij de ander.

52. Denkt u dat het niveau hoog genoeg is bij de thuiszorg om de wondzorg uit te voeren?

Nee, dat denk ik niet altijd en dat zie ik ook niet altijd.

53. Wordt hier iets aan gedaan naast de scholing?

Als wij iets zien wat niet klopt dan koppelen wij direct terug. Dit doe je vaak via de organisatie en dan hoop je dat het op de plek komt waar het hoort te komen. Maar ik weet niet wie aan het bed heeft gestaan dat is aan de thuiszorgorganisatie om dat goed terug te koppelen.

54. Heeft u nog aanvullingen?

Wij hebben de kliniek nog niet echt gehad. Naast dat wij de polikliniek draaien, draaien wij de kliniek ook. Mensen die binnen het ziekenhuis liggen die patiënten behandelen wij ook. Wij komen dan langs de afdelingen.

55. Stel; iemand komt te liggen op de verpleegafdeling wie stelt het behandelplan dan op?

Dat ligt aan de soort wond. Niet alle wonden daar hoeven wij bij. Daar is ook een stroomschema voor; kan de afdeling het zelf oplossen of zijn wij nodig. Maar als de verpleging denkt dat wij bij een wond moeten zijn dan dragen ze ons in consult.

56. Bestaat jullie zorg binnen het ziekenhuis ook voornamelijk weer uit het opstellen van het behandelplan?

Ja, en vervolgspraken/ controles. Ik maak ook direct een afspraak voor wanneer ik weer kom. Ligt ook aan de afdeling waar we komen. Brandwonden komen we vaker langs, neurologie ziet niet veel wonden. Dan neem ik dat meer over, chirurgie zou ik daar wat makkelijker in zijn want die medewerkers zien ook vaker wonden.

57. Als er wonden zijn die jullie niet kunnen behandelen verwijzen jullie dan door of komen deze wonden in eerste instantie al niet bij jullie terecht?

Grote brandwonden komen eigenlijk niet bij ons terecht, daar zijn afspraken over gemaakt bij de acute opvang, die worden doorgestuurd naar het brand wonden centrum. Dus relatief zien wij weinig brandwonden en wat wij zien is maximaal een hand groot. Wat je ook hebt, en ik denk bij iedere specialist, soms heb je mensen waar je niet verder mee komt en dan draag je iemand anders in consult. In Emmen heb je bijvoorbeeld plastische chirurgie daar verwijzen wij bijvoorbeeld dan ook naar.

Bijlage 6: Interview polikliniek in Assen

Interview met de polikliniek in Assen op 14 april om 13.30 uur.

1. Als eerste wil ik vragen welke wonden jullie meenemen? Sluiten jullie ook wonden buiten? Dan moet ik eigenlijk terug. Eigenlijk gebeurt het zo dat patiënten die aangemeld worden gaan via de huisarts of een andere specialist in het ziekenhuis of daarbuiten. Dan wordt er in kaart gebracht of er een wond onderliggend lijden is bij deze patiënten met wonden. Vervolgens krijgen wij ze op de wondenpoli in beeld om aan wondbehandeling te doen. En als het nodig is en er is onderliggend lijden wordt er gekeken of daar iets aan gedaan moet of kan worden. Dat dat betekent eigenlijk dat we in principe alle wonden includeren. Dan hebben we wel een uitzondering. Dat zijn eigenlijk de ulcus cruris. Deze wonden worden, na de diagnostiek, doorverwezen naar de dermatoloog.

2. Waarom gaan die naar de dermatologen?

Omdat zij daar een zwachtelpoli hebben en heel vaak is de ulcus cruris, aan de hand van de triage die hier gedaan is, is er uitgekomen dat het een veneuze insufficiëntie is. Dan gaan deze patiënten naar de dermatologie omdat die daar heel veel zwachtelen. Dat is vaak een van de behandelmethodes en daar zijn zij vele malen beter in dan wij hier op de polichirurgie. Dus vandaar dat zij naar de dermatologen toe gaan.

3. Welke definitie gebruiken jullie voor complexe wonden?

Wat bedoel je daar mee?

3 vervolg. Er zijn verschillende definities over complexe wonden en wat zien jullie als een complexe wond?

Een complexe kan gedefinieerd worden als een wond waarin het normale helingsproces wordt verstoord op één of meer punten van de fase van hemostase, inflammatie, proliferatie en remodellering. Deze wonden genezen niet binnen 21 dagen. Daar mag je al verbandmaterialen voor voorschrijven die door de zorgverzekeraar vergoed worden. Dus alle wonden die binnen die periode genezen zijn, dus acute wonden of chirurgische wonden en alles wat buiten die twee tot drie weken valt zijn de complexe wonden.

4. Jullie zijn natuurlijk een wondpoli. Maar noemen jullie jezelf ook een Wond Expertise Centrum?

Dat noemen wij onszelf niet. Want daar zijn vaste richtlijnen voor en daar zijn we nu erg druk mee aan de gang om aan al die voorwaarden die de IGZ heeft gesteld om daar aan te voldoen. Dit is de voornaamste reden waarom wij ons nog geen Wond Expertise Centrum willen noemen. Dus we zijn daar samen met mijn collega zijn we daar mee bezig om een heleboel dingen in kaart te brengen, te kijken hoe dat bij ons geregeld is en waar we nog kunnen verbeteren. We willen daar ook een business case voor schrijven, we zijn daar druk mee aan de gang.

5. Oké dus jullie zijn nog echt in de opstartfase?

Ja eigenlijk wel. De opstart zijn we eigenlijk al wel voorbij. We zijn al een heel eind gevorderd, maar we willen onszelf geen WEC noemen. In tegenstelling tot sommige huizen die zichzelf een WEC noemen waarvan ik mijn vraagtekens heb. We hebben afgesproken dat wij wel degelijk doen aan de criteria van de IGZ.

6. Waarom willen jullie daar niet aan noemen?

Nou omdat wij een aantal registratie punten zijn. Bijvoorbeeld er moet geregistreerd worden hoeveel decubitus er gezien wordt. En na hoeveel periode de decubitus wonden gesloten is en de ulcus cruris. Er zijn nog een aantal andere dingen. Wij zijn, de decubitus zien wij hier op de poli relatief weinig. Het is meer iets klinisch. We willen allemaal in kaart kunnen brengen en op dit moment kunnen we dat allemaal niet. Dus dat zijn hele eenvoudige dingen. En er zijn natuurlijk veel meer regels waaraan een Wond Expertise Centrum aan moet voldoen. En dat moeten we in kaart brengen en dat willen we gewoon ja op de manier doen zoals het zou moeten. Op een gegeven moment begin je natuurlijk een keer met een Wond Expertise Centrum en dan zie je wel waar je tegen aanloopt maar alle basis principes moet je eigenlijk, moeten aanwezig zijn denk ik.

7. Wij doen nu een onderzoek naar de verschillende werkwijzen binnen Wond Expertise Centra en wij zien ook dat er veel verschillen zijn daartussen. Wat is jullie idee van een Wond Expertise Centrum? Hoe willen jullie het gaan doen en hoe zijn jullie al bezig daarin?

Ik kan je al wel vertellen hoe we nu bezig zijn en hoe we het nu gaan doen. Nou zoals ik al zei dan wil je zoveel mogelijk aan de criteria doen die er zelf zijn. Op dit moment, wat ik al aangaf, worden mensen aangemeld via huisartsen, specialist intern of extern. Soms door een podotherapeut als het gaat om diabetische voeten wonden gaat het via de diabetische verpleegkundige. Dan wordt er hier op de polichirurgie gekeken of er onderliggend lijden is, dat kan heel divers zijn. Dat kan met een vaatonderzoek, kijken of het een veneus of arterieel probleem is, hoe ernstig het probleem is. Dat kan zijn door bij een verdenking van een maligniteit door een biopsie te nemen of een beeld voor gaan bedenken. En dan wordt er een behandelplan voor gemaakt. Bij het behandelplan ligt het voor het grootste deel bij de verpleegkundige, bij de wondverpleegkundige. Maar altijd in samenspraak met de specialist. En dan hebben wij nog een extra deel bij, dat heet de diabetische voetenpoli. Die diabetische voetenpoli die worden hier, in principe gaat het zo dat iemand aangemeld wordt, zoals wij het noemen voor de carrousel. Dat is een dagdeel dat deze mensen hier in huis zijn. Ze komen 's ochtend en dan wordt er een röntgenfoto gemaakt, er wordt bloed geprikt, ze gaan naar de diabetische verpleegkundige en er wordt een vaatlab gedaan, een duplex en ze komen bij de wondverpleegkundige die een intake afneemt, de verpleegkundige anamnese afneemt, de wond beoordeelt en digitale foto's maakt. Vervolgens wordt het tijdens het MDO in de middag besproken.

8. En die mensen krijgen dus een behandelplan. Wat is er vervolgens zeg maar? Want ze zijn op de poli, werken jullie ook transmuraal? Hoe wordt het opgevolgd dat behandelplan?

Wij maken een behandelplan en geven daar een boekje voor mee. Dat gaat richting thuiszorg en wordt overlegd. We hebben drie keer in het jaar een TOP overleg van transmuraal op pad heet dat. Dat is een overleg tussen de eerstelijns (thuiszorg) en de verpleeg- en verzorgingshuizen. We proberen het daardoor in de keten zoveel mogelijk in eenduidig plan te volgen dus dat wordt daar besproken en daar wordt scholing aan gegeven.

9. Hoeveel disciplines werken er binnen de poli?

Jij bedoelt op de wondenpoli neem ik aan? Ja disciplines, wij hebben een intern verpleegkundige, daar heb ik een opleiding voor gedaan. Ik heb twee collega's, een is een doktersassistent en andere is een gewoon verpleegkundige en we hebben ook nog een verpleegkundig specialist in ons team. En we hebben twee chirurgen, één vaatchirurg en één algemeen chirurg. Hiernaast werkt er nog een doktersassistent en een specialistisch wondverpleegkundige. Dat is eigenlijk het team waarmee we werken hier op de poli. En dan hebben we ook nog vier keer in het jaar een overleg en dat is vanuit het ziekenhuis. En in dat team zitten dan nog een dermatoloog, twee decubitus verpleegkundigen, twee verpleegkundigen vanaf de chirurgische afdeling en een huisarts en iemand van de thuiszorg. Dus dat is een wat bredere groep.

10. Hoe is de taakverdeling tussen deze disciplines?

Het overleg is overleg, niet meer en niet minder. Bij ons op de poli draaien de verpleegkundige zelfstandige poli (wondenpoli) en indien nodig is kunnen wij een van de chirurgen aan de jas trekken om mee te kijken of te overleggen. De verpleegkundig specialist is eigenlijk meer aangetrokken als casemanager voor het opzetten van het Wond Expertise Centrum en qua inhoud ben ik daarbij betrokken. En zij is daar meer als, omdat zij verpleegkundig specialist is, bij betrokken om daar inhoud aan te geven.

11. Behandeld zij ook wonden of dat niet?

Dat is minimaal. Zij is in eerste instantie geschoold voor het mamadeel als mama verpleegkundige. Dus dit deel voor wonden doet ze er extra bij. Specialistische wondzorg wordt gedaan door verpleegkundigen die bevoegd en bekwaam zijn bevonden.

12. Wat voor opleidingsniveau moeten deze mensen hebben op de wondenpoli? Zijn het allemaal gespecialiseerde mensen in wondzorg?

Nee dat hoeft in principe niet. Want het is helaas niet evidence based. Althans voor een groot deel niet. Veel practise based. Dat betekent eigenlijk dat je heel veel wonden moet zien om een beetje idee te krijgen welke behandeling je daar het beste voor kunt loslaten. Dat kun je ook beter, dan moet je wel basiskennis hebben. Verpleegkundige is eigenlijk wel minimaal wat je aan niveau moet hebben. In ons team heb ik dan een vervolgopleiding in Nijmegen gedaan en een verpleegkundige specialist heeft natuurlijk een aparte opleiding gedaan.

13. Er werken dus ook gewoon HBO Verpleegkundigen zonder extra opleiding?

Geen HBO Verpleegkundigen, gewoon verpleegkundigen old school, dus de inservice opleiding.

14. En de eindverantwoordelijke is de medisch specialist of de huisarts, klopt dat?

Ja dat klopt. In principe is dat wel zo. We zijn natuurlijk zelf ook wel verantwoordelijk voor dat wij BIG geregistreerd zijn, maar eigenlijk is de hoofdverantwoordelijke de medisch specialist.

15. Hoe verloopt de samenwerking tussen de thuiszorg?

Opzich verloopt dat eigenlijk wel goed. Zeker omdat wij ook het overleg hebben vier keer in het jaar. Dit is regionaal en is gericht op wonden. Daar zijn wel de aandachtvelders, dus de informatie die we besproken hebben gaan we vanuit dat de aandachtvelders dat weer aan de collega's van de thuiszorg gaan voorleggen. Het plezierige van het overleg dat we hebben is dat je ook een gezicht bij namen hebt waardoor je wat makkelijker ingang hebt om te bellen. De drempel ligt lager om contact op te nemen als er problemen zijn. Ik vind wel als ik eerlijk moet zijn, het niveau van kennis in de thuiszorg niet altijd even hetzelfde. Dus wij zijn heel druk bezig om te scholen. Dus we geven sowieso een keer in het jaar nascholing. Je noemt dat altijd aandachtveld wond. Daar is altijd heel erg veel animo voor en merken daarin dat ook het niveau verschil daarin heel groot is. We hebben daar met IG'ers te maken die af en toe een wond zien en verpleegkundigen van niveau vijf die misschien heel vaak een wond zien. Dus daar zijn we zeker van als we straks een Wond Expertise Centrum gaan worden, gaan we er heel erg mee aan de gang om het niveau hetzelfde te krijgen.

16. Is de scholing voor de thuiszorg verplicht?

Nee daar kunnen wij geen verplichting aan geven. Ik weet niet hoe de thuiszorg dit zelf heeft geregeld maar wij kunnen er geen verplichting aan geven. Ik denk ook nooit dat het verplicht gesteld kan worden, het is iets wat de thuiszorg moet regelen.

17. Welk proces doorloopt de patiënt als hij bij jullie terecht komt.

Eigenlijk is het zo dat de doorverwijzing via de huisarts gaat. Dan wordt er gekeken wat het probleem is en wordt er een onderzoek ingesteld. Stel dat iemand komt met een wond aan een been die die dicht wil en je kan de pulsaties niet voelen, dan zal dat natuurlijk altijd een reden zijn om iemand door te sturen naar arteriële duplex, duplex onderzoek. En vanuit daaruit, als de resultaten er zijn wordt er gekeken of er iets aan te doen is en wat moeten we er aan doen of houden we het op looptraining en wondzorg. Dus zo moet je dat zien. In eerste instantie is het bij de specialist, dan wordt er onderzoek gedaan, onderliggend lijden vast gesteld, al dan niet en vervolgens komt daar een behandeling en komen wij daarna in beeld.

18. Welke protocollen en standaarden gebruiken jullie? Hebben jullie deze zelf opgesteld of hebben jullie deze overgenomen?

Je gaat natuurlijk niet helemaal het wiel uitvinden. We houden voor een deel WCS protocol aan. We hebben een TIME protocol en we hebben intern ook nog ons eigen benadering waarvan wij vinden dat dat een eenvoudige en een makkelijke benadering die voor iedereen is te begrijpen. Het is niet helemaal na te geven. De WCS heeft het altijd over rood, geel en zwarte wonden. Wij hebben het over debridement, granulatie en epatiliase fase. Dat zijn fases van wondgenezing, daarbinnen kunnen wij ons redelijk duidelijk uitdrukken en is eenvoudig te noteren. Er zijn dus een aantal dingen die door mekaar heen lopen.

19. Dat deel hebben jullie zelf opgesteld aan de hand van andere protocollen?

Ja in principe wel . We hebben geprobeerd om daar een eenheid in te krijgen.

20. Hoe registreren jullie op de poli?

Wat bedoel jij met registreren? Bedoel je wondbehandeling registreren?

20 vervolg. Ja, dus eigenlijk hoe het gaat met de wond, het verloop, hoe schrijven jullie dat op? Is dat elektronisch of schriftelijk?

Wij werken helemaal digitaal. We hebben een systeem in het EZIS. We hebben EZIS zelf ontwikkeld en daarin kunnen wij het TIME model in noteren. We kunnen de teksten zelf noteren van de diabetische voeten. Dat moet genoteerd worden, dat is ook een IGZ indicator. Die kunnen we daarin kwijt. We kunnen er een foto aan toevoegen. Als je alles hebt ingevuld kan het in kleur uitgeprint worden om mee te geven naar de thuiszorg.

21. Hoe doet de thuiszorg het dan verder? De registratie?

Die hebben vaak als ik het zo beluister een eigen map. Ze nemen de informatie die ze van ons krijgen nemen ze over. Ze hoeven van ons ook in de map niet iedere keer te beschrijven wat ze hebben gedaan. Dat is voor ons helemaal niet interessant. We gaan er van uit dat het advies dat wij hebben gegeven dat ze daar zich aan houden. En zijn er vragen of opmerkingen dan kunnen ze in die map die wij meegeven noteren en dan kunnen we daar weer antwoord op geven. Zij hebben als ik het goed begrijp een eigen map wat ze gedaan hebben, wat hun bevindingen zijn noteren.

22. En als ze opmerkingen hebben dan kunnen ze altijd vragen?

Zeker en ze kunnen altijd bellen.

23. Hoe wordt het op de poli gefinancierd, de wondzorg?

Daar vraag je me wel wat. Er worden altijd DBC's geopend als een patiënt wordt aangemeld en binnen een DBC probeer je je werk te doen. Als er bijvoorbeeld een negatieve druk wordt ingezet dan kan er weer een apart iets voor aangemaakt worden. Normaal gesproken wordt het gewoon vanuit het DBC gefinancierd. We proberen ook altijd zo snel mogelijk de mensen terug te sturen naar de eerstelijns zorg of eventueel de huisarts om de kosten zo laag mogelijk te hebben.

24. Nog even over de opzet van het Wond Expertise Centrum. Kun je daar nog iets meer van vertellen. Hoe willen jullie dat gaan aanpakken? Wat willen jullie straks wat er nu nog niet is? Ik denk dat het voor het grootste gedeelte het registreren wordt vast, vast niet maar dat je daar meer naar toe wil. Nu wordt er, wat ik al zei, ook wel geregistreerd, maar heeft ieder zijn eigen eilandje. Wij doen dan de diabetische voeten en de complexe wonden. Maar bijvoorbeeld de ulcus cruris wordt nergens in genoteerd hoeveel zij op jaarbasis, waar bestaat de behandeling uit, hoelang duurt het voordat een wond genezen is en de decubitus idem dito. De decubitus wordt wel geregistreerd, maar er hangt niks aan. En het is eigenlijk om aan te kunnen tonen dat je op de goede weg bezig bent. Dat geldt natuurlijk voor complexe wonden ook, dat maakt niks uit. Dat moet je natuurlijk kunnen registreren. Meten is weten. Dus aan de hand daarvan kan je inzichtelijk maken van wat ik doe is dat de juiste manier. Daarbij komt dat je als WEC plicht hebt voor scholing. Je hebt de plicht voor onderzoek. Dus omdat de zorg weinig evidence based informatie is over wonden en over wondproducten is dat natuurlijk een hele goede bijkomstigheid om daar actief een rol in te spelen en onderzoek daar naar te doen. En allemaal die van belang zijn bij ontwikkeling van wondzorg.

25. Doen jullie op dit moment ook onderzoek?

Wij doen op dit moment geen onderzoek nee. Als daar geen must voor is dan blijven dat soort dingen liggen want je bent zoveel meer met de basis bezig, dus als wij straks alles wat duidelijker in kaart hebben gebracht en daar meer structuur aan kunnen geven dan blijft er ook wat meer tijd over om dat soort dingen te doen.

26. Dus dat willen jullie nog wel graag doen?

Ja. Maar dat is ook een vereiste van een WEC. Dus daar moet je aan voldoen. En dat willen we graag.

27. Doen jullie ook iets om de polikliniek bekend te maken?

We hebben een WZA site, we doen na- en bij scholingen. Daarnaast vertrekken we lessen aan MBO-V studenten binnen de regio.

Bijlage 7: Interview Evean

Interview met Evean op 12-04-2016 om 10:00.

1. Welke wonden nemen jullie mee in jullie Wond Expertise Centrum?

Alle.

2. Alle wonden? Jullie sluiten niks buiten?

Nee we sluiten niks buiten. We weten alleen dat we acute wonden, dat zijn wonden die niet worden vergoed vanuit de zorgverzekeringswet voor producten. Het geldt natuurlijk ook voor de contactmomenten die daar voor zijn, dus dat zijn serviceartikelen die wij leveren dus dat is een eenmalig consult en die is gratis. Komt gelukkig niet zo heel veel voor maar die geven wij wel advies. En wij behandelen de complexere en chronische wonden.

3. We hebben ook gezien dat sommige Wond Expertise Centra andere wonden, zoals brandwonden bijvoorbeeld uitsluiten. Waarom nemen jullie alle wonden mee? Hoe doen jullie dat dan?

Waarom moet je per definitie al iets uitsluiten? Brandwonden tot aan een graad twee kunnen heel goed door een Wond Expertise Centrum samen met een arts behandeld worden. Een graad drie of vier moet door een specifiek centrum behandeld worden. Maar misschien is het wel handig om te weten, voordat je helemaal in de diepte duikt, hoe wij werken. Want wij werken altijd samen met een arts. Die blijft verantwoordelijk voor de hele medische toestand van zijn patiënt. Wij doen iets met de verstoorde factoren van wondheling. Wij stellen daar een wondbehandelplan voor op, maar de dokter blijft ten aller tijden verantwoordelijk voor het medisch gebeuren van de patiënt.

4. Dus de arts is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk?

Ja, als wij een patiënt met een graad drie brandwond krijgen dan kan hij bij ons aangemeld worden en zullen wij de arts adviseren om die door te sturen voor een verdere behandeling naar een ziekenhuis of brandwondencentrum. Goed om dat als nuance mee te nemen. De medische status blijft verantwoordelijkheid van de arts, deze is niet voor de verpleegkundig specialist in het Wond Expertise Centrum. Zo staan wij er nog niet in.

5. En waarom is deze keuze?

Omdat wij van mening zijn dat wij nooit de hele patiënt kunnen overnemen, want de primaire verantwoordelijkheid van een patiënt in de extramurale zorg dus in de thuiszorgorganisatie blijft wettelijk de huisarts. Die moet je, vind ik, daarin respecteren en ik heb geen inzage in het gehele medische dossier in de thuissituatie dus ik weet niet wat er nog meer speelt bij die patiënt op het moment dat ik voor het wondje behandel vanuit het Wond Expertise Centrum. Dus ik kan niet zomaar met andere medicatie beginnen. Ik kan niet zomaar iemand doorsturen of verwijzen omdat ik niet weet wat er nog meer met de patiënt aan de hand is

6. Dus bij de thuiszorg doen jullie echt alleen de wondzorg? Dus jullie nemen dat helemaal over?

Ja wat wij voor ogen hebben is dat wij de generalist, dus de huisarts, ondersteunen bij specifieke problemen en een specifieke problemen. Een specifiek probleem is dus wondzorg. Dus hij blijft de eigenaar van de hele regie van zijn patiënt, als totaal patiënt en wij nemen de regie over van het specifieke probleem, dus het wondprobleem.

7. En de patiënten komen zij naar de instelling toe of werken jullie ook vanuit de thuiszorg?

Ja ik wil ze heel graag allemaal bij me hebben maar dat is niet altijd mogelijk. Wij behandelen zowel patiënten in verpleeghuizen als in verzorgingshuizen, thuiszorg en in samenwerking met dermatologen, poli, dermatologie. Wij zitten wel op heel veel plekken. Vanuit de thuissituatie zie je 30% kan naar ons toe komen, 70% zien en behandelen wij thuis.

8. Oke, hoe coördineren jullie dit dan?

Wij werken samen met verpleging en verzorging die in de specifieke wijken zitten. Dus wij bepalen het wondbeleid en V&V die voert uit.

9. Dus jullie personeel neemt de wondzorg niet over?

Alleen de hoog complexe wonden vanuit de medisch specialisten die blijven wij ook coördinatie en voeren wij uit. In andere situaties doen wij de regie en coördinatie, dus wij bepalen het wondbeleid, wij zijn het spil in het web, wij koppelen terug naar de huisarts en wat ons bevindingen zijn en onze vraagtekens en wij zijn het bespreekwijs naar het V&V of de klant. Want soms wil de klant ook zelf de pleister plakken van hoe zij die pleister moeten plakken. Dus dat is een andere manier inzet of een van werken dan vanuit een poli van een ziekenhuis, omdat dat daar anders werkt. Daar heb je ook een andere doelgroep. Mensen met decubitus kunnen niet zomaar eventjes bij mij voor de stoep staan, dat kan niet. Dus dat maakt het vanuit een thuissituatie soms wat anders dan vanuit de poli dermatologie. Kijk vanuit de poli Dermatologie, met een open ulcus sclerose komen ze allemaal naar het ziekenhuis of komen ze allemaal bij mij op het Wond Expertise Centrum. Dat is helemaal geen issue. Dat is alleen maar goed. Dat is maar één groep. Mensen die verward zijn, vergeetachtig zijn, psychotisch zijn, nou die wil ik ook niet op mijn centrum hoor. Misschien is het goed om die nuance mee te nemen. Omdat je vraagt welke wonden behandel ik vanuit het WEC, daar moet je deze nuance in mee nemen dat de arts altijd de regie van de totale patiënt behoud. Dus wij adviseren en kijken uiteindelijk naar een brandwond graad 3 die moet geplastiekt worden, de eerste twee weken behandelen wij. Na die twee weken kan die over geplastiekt te worden.

10. Werken jullie vanuit de eerste lijn of de tweede lijn zorg?

Eerste.

11. En waarom werken jullie vanuit de eerste lijn?

Omdat ik daar werk schat. Ik kom vanuit de eerste lijn. Ik heb het hele WCS opgezet vanuit de eerste lijn.

12. Oké dat is expres zo gedaan, dat mensen niet de verwijzingen van de huisarts nodig zijn? Ze kunnen alle gelijk naar jullie toekomen?

Ze kunnen gelijk naar me toe komen. Maar nogmaals, vind altijd terugkoppeling terug naar de huisarts. Omdat de huisarts verantwoordelijk is in die eerste lijn. Tenzij patiënten daar resoluut om weigeren dan kunnen we dat niet doen. Dan is het een behandeling dat plaats vind tussen de cliënt en het Wond Expertise Centrum en dan kunnen we ons alleen maar focussen op de wond en kunnen wij niet naar het onderliggend medisch leiden kijken, want dat is dan niet mogelijk. Dan ben je dus symptomatisch bezig met behandelen en dan kunnen we alleen maar pleisters verzorgen en niks meer en niks minder. We kunnen de cliënt adviseren om verder onderzoek te doen of met de huisarts bepaalde zaken te bespreken.

13. Hoeveel mensen hebben jullie er werken er in het centrum?

Ik heb in totaal acht mensen werken, waarvan twee verpleegkundig specialisten en zes wondverpleegkundigen. Dat is in totaal 6 FPE en ik heb twee secretariële ondersteuners.

14. Wat voor opleidingsniveau moeten deze mensen hebben?

De VS'ers moeten de VS opleiding hebben, dus de nurse practitioner en ingeschreven worden in het verpleegkundig specialisten register. De rest zijn allemaal niveau 5 en verder opgeleid door mij en die zullen dus gewoon met zn allen moeten starten met de wondconsulent in het erasmus in Rotterdam. Een is nu gestart in maart en de andere gaat starten in september en zo zal ik langzaam maar zeker de rest van de zes zal ik daar laten opleiden. Maar goed dat moet. Het is een tweejarige opleiding met veel tijdsinvestering dus dat moet ik een beetje gedoseerd moet ik dat doen.

15. En hoe werkt dat met die opleiding? Dat moeten ze allemaal volgen?

Ja. Dat is de kwaliteitscriteria van de zorgverzekeraar. Als je daar niet aan voldoet en je hebt geen opleidingsprogramma dan mag je geen zorg inkopen of zorg verkopen hoe je het ook maar wil noemen. Dus dat is gewoon een harde kwaliteitseis.

16. En wie heeft die zorgprogramma opgesteld?

De zorgverzekeraars bepalen het. Het is natuurlijk een hele gang van zaken dat zorgverzekeraars integrale wondzorg aanbieden als product wat zorgleveranciers kunnen inkopen en daar hebben ze eisen aan. Die eisen zijn voor het eerst helder, ze zijn nooit helder geweest. Vandaar dat ik ook nog nooit eerder ben gestart met de opleiding. Voor de wondconsulent in Rotterdam, want hij is en duur en niet erkent. Dus ja waarom zou je dat dan doen? Het wordt nu een eis, dus ja. Dan moet je eraan voldoen.

17. Hoe is de taakverdeling tussen deze verschillende disciplines georganiseerd?

De verpleegkundig specialist heeft meer overstijgende zaken die zij behartigd. Zij is ook de eerste aanspreekpunt naar medisch specialisten toe. Zij ondersteunt de wondverpleegkundige bij complexere hulpvragen en zij doet nog een aantal andere overstijgende zaken zoals protocolleringen, richtlijnen. Daar heeft zij de laatste klap op. Bijvoorbeeld, de wond wordt bewerkt door de wondverpleegkundige, maar de verpleegkundig specialist gaat de kantjes er nog wat van aanscherpen.

18. Wie is dan de casemanager? Is dat de verpleegkundig specialist of moet ik dat meer zien als de huisarts?

Dat ligt eraan hoe jij casemanager wilt definiëren. Binnen de casemanager, binnen het Wond Expertise Centrum zijn dat de wondverpleegkundige en de verpleegkundig specialisten. Maar puur op het feit het specifieke hulpprobleem en de casemanager, of de algemene regierol van de hele patiënt, dat blijft de huisarts.

19. Hoe gaan de verwijzingen? Hoe komen de mensen binnen en gaan de verwijzingen binnen het centra?

Via de deur. Nee grapje. Ze komen binnen via de huisarts, ze komen zelf dan bellen ze of lopen ze binnen, ze komen via de wijk, verpleeghuizen en verzorgingshuizen kunnen zich aanmelden. De medisch specialisten melden zichzelf aan, via zorgdomein. Ze komen van alle kanten binnen.

20. Dus dan komen ze binnen in het Wond Expertise Centra en wat wordt er dan gedaan? Dan hebben wij een standaard procedure voor. Ze krijgen een algemene anamnese om te kijken van wat staat er in de his, wat is er bekend van de medische geschiedenis en heb ik daar nog vragen over? Als ik vragen heb over de medische voorgeschiedenis heb ga ik dat vragen aan de huisarts. Als de hele medische voorgeschiedenis helder is dan wordt er gekeken naar het lokale wondbed. Er worden vragen gesteld over de wond. Wij gebruiken ALTIS en de TIME om die twee goed in beeld te krijgen. Dan wordt er een foto gemaakt van wond en dat wordt opgeslagen in het dossier, als start moment. Dan wordt er gekeken wat kan en wil de patiënt zelf en wat zijn wensen en mogelijkheden. Dan maken we samen een behandelplan. Dat behandelplan wordt in het dossier vastgelegd en wordt er gekeken wie de zorg kan uitvoeren. Is dat de patiënt zelf, is dat de mantelzorg of is dat V&V en dan wordt de zorg overgedragen wie het moet uitvoeren. En dan komen ze een keer per twee weken en vind de evaluatie plaats door de casemanager van die patiënt van dat moment voor het specifieke probleem.

21. Hoe wordt er geregistreerd?

We hebben verschillende. Helaas nog verschillende systemen. Dus dat is jammer. In extramuraal gaat het via Caress. In verpleeghuizen gaat het via ISIS. Op de poli Dermatologie gaat het in EZIS, dat is het systeem van de ziekenhuizen zelf.

22. Willen jullie dat straks allemaal hetzelfde opvolgingssysteem hebben of dat niet?

Dat zal ik wel graag willen ja. Maar zolang systemen nog niet compatible zijn dan en de verantwoordelijk van allerlei systemen nog niet goed op elkaar is afgestemd dan wordt dat lastig. Dus we zijn natuurlijk ook, kijk in het verpleeghuis werkt gewoon iedereen in ISIS, alle dokters werken in ISIS. Daar zit het hele medisch dossier in. Dus dan zullen wij daar aan moeten voldoen zodat ook alles bekend blijft bij de specialist ouderengeneeskunde. Extramuraal zit alles in het ECD en wij werken hier met Caress. Dus ja ook alles moet in Caress. Ik zou heel graag in één systeem werken maar het moet wel compatible zijn met al die systemen waarin de hoofdbehandelaar, dus de regiehouder van de totale patiënt wel in kan kijken of dat er een systeem komt dat met elkaar kan communiceren. Maar helaas is dat systeem er nog niet.

23. Zijn jullie daar mee bezig?

We zijn ons wel enorm aan het oriënteren hoe we dat kunnen doen, maar ik kan hem nog niet vinden.

24. Hoe verloopt de samenwerking met de thuiszorg bijvoorbeeld? Want de V&V neemt het soms over?

V&V (Verpleging en Verzorging) voert de zorg uit.

24 vervolg. Dan koppelen zij terug naar de verpleegkundig specialist?

Nee we spreken af dat ze een keer per twee weken worden ze gewoon door de casemanager, of dat nou de wondverpleegkundige of de verpleegkundig specialist op dat moment. Er vind sowieso per twee weken een evaluatie plaats. Soms is dat fysiek, soms is dat middels een foto, soms als het een hele grote wond is, is dat soms via de telefoon. Dan verwacht je niet na twee weken al enorme progressie. Maar je kunt dan al wel een specifiek probleem hebben aangepakt. Dat je dan moet weten hoe ver het is. Dan vind dat op die manier plaats. Dus de uitvoering, wie het ook doet, maakt niet uit, maar er is altijd een twee wekelijkse evaluatie. Dat wordt in de agenda gezet van de gene die daar, de casemanager is voor de wonden. En de mensen die dat uit moeten voeren (V&V) die hebben wel verplichte scholingen. Dat ze weten wat ze moeten doen. We hebben een strak formularium, is wat beperkt. Is maar een A4tje, maar daar zit ook de pleisters allemaal bij als fixatie materiaal. Iedereen moet een keer per drie jaar die scholing volgen. Ze moeten dat met een voldoende hebben afgerond. Doen ze dat niet dan krijgen ze nog een herkansing. Hebben ze twee keer onvoldoende dan is er wel een issue.

25. Eigenlijk kun je dan zeggen dat zij ook gespecialiseerd zijn?

Nou ze wonden niet gespecialiseerd. Dat zijn natuurlijk scholingen in wel kennis maar uiteindelijk blijven het generiek werkende verpleegkundigen. Zodat ze weten hoe ze een pleister moeten aanbrengen en verwijderen en waar ze op moeten letten en wanneer ze aan de bel moeten trekken. Wat een erysipelas ligt natuurlijk op de loer he bij een open sclerose. Dus als ik ze twee weken niet zie en naar vier dagen dat ik hem heb gezien treed er erysipelas op, moet natuurlijk wel de verpleegkundige aan de bel kunnen trekken. Van mijn patiënt is ziek en heeft koorts, daar moet even iemand naar kijken.

26. Je had het net over protocollen en standaarden, waar gebruiken jullie deze van of heeft u deze zelf opgesteld?

Wij gebruiken eigenlijk gewoon de landelijke richtlijnen over open sclerose, de decubitus. Die zijn natuurlijk allemaal landelijk vastgesteld of zelfs Europees vastgesteld. Aan de hand daarvan baseren wij ons formularium op. In de richtlijnen staan natuurlijk generieke producten en wij hebben daar ons formularium op afgestemd. Dus als er gesproken wordt bij een behandeling van geel verkeerde wond staat in de richtlijnen van open sclerose gebruik jodium en dan hebben wij dus dat vertaald in Jodosorb. Officieel mag dat niet en jodium mag al helemaal niet op een open sclerose wond volgens de richtlijn. Dus die gebruiken we dan ook niet.

27. Dus jullie kijken echt naar de landelijke en Europese richtlijnen?

Ja en die vertalen we naar onze dagelijkse praktijk en dan maak ik er boekjes van.

28. Boekjes van? Vertel?

Nou ik heb twee boekjes geschreven naar aanleiding van de richtlijnen. Dat is een over de complexe wondzorg en stap voor stap over open benen. Dat is een hele praktische vertaling van de richtlijnen die er zijn. Aan de hand daarvan geven wij onze scholingen en passen wij ons behandelplan aan.

29. Nog even een vraag over onderzoek. Hebben jullie onderzoek gedaan of is er onderzoek bezig over jullie werkwijze?

Over onze werkwijze heb ik geen onderzoek gedaan. Ik doe aan onderzoek, maar dat is ons landelijk, we hebben meegedaan aan een groot landelijk onderzoek. We doen mee aan kleine onderzoeken en we doen zelfs casestudies. We doen wel heel veel op dat gebied omdat het ook leuk is om te doen in plaats van alleen maar protocollair handelen is het ook leuk om even out of the box te kijken. Maar over het onderzoek naar onze manier van werken. Nee kijk we hanteren naar de kwaliteitscriteria die die vastgesteld zijn van Wond Expertise Centra en hebben het daarin vertaald. Daar hebben we een aantal punten in aangevuld wat wij nog meer gaan doen, wat wij vinden dat wij integrale zorg bieden. Kijk bijvoorbeeld het verstrekken van hulpmiddelen. Wij meten therapeutische elastische kousen aan als iemand is gezwachteld of een genezen open sclerose heeft. Dat doen wij zelf. Alle wondverpleegkundigen zijn opgeleid tot bandagisten zodat zij ook de kousen kunnen aanmeten. Wij bepalen welk oedeem materiaal naar een cliënt toegaat en in de thuissituatie nodig is. Dat geven wij niet uit handen. Wij bepalen het systeem. En de leverancier mag het systeem leveren en niet een ander systeem.

30. Dus jullie hebben daar de regie over?

Ja.

31. Ik kijk even mijn onderzoek partner aan. Ik (Sharronne) had zelf nog een vraagje. U zei net dat als u bij mensen thuis komt dat er ook een thuiszorginstantie over de vloer komt en dat je dan eigenlijk geen inzicht hebt over wat de thuiszorg nou precies doet? Ja de thuiszorg wel. Ik heb wel inzicht in wat de thuiszorg doet, maar niet inzicht in het medisch dossier van de cliënt.

31 vervolg. Maar de thuiszorg rapporteert onder andere wel in dat dossier wat er gaande is? Niet het hele dossier. Je zal nooit in het hele dossier, in het verpleegkundig dossier de hele medische voorgeschiedenis terugvinden.

32. Tot welke informatie kunnen jullie wel bij en welke niet?

In de thuissituatie kun je alleen maar in het verpleegkundig dossier. Ik kan niet bij het medisch dossier. Bij het medisch dossier ben ik afhankelijk van wat de huisarts aan informatie wil verstrekken. Sommige huisartsen zijn heel makkelijk en sturen de hele his mee, dat is de hele voorgeschiedenis. Die faxen dat en doen daar niet moeilijk over. In de verpleeghuizen kan ik zelf in het hele medische dossier. Kan ik zelf alles uithalen. Maar er zijn ook veel huisartsen die zeggen van dat gaat je niks aan meneer Post. Dan moet ik zelf gericht vragen stellen om erachter te komen wat het medicatiegebruik is of iemand al lang corticosteroiden gebruikt of dat iemand anders medisch belast is of weet ik veel wat. Dat moet je er soms uitprikken dat staat niet standaard in het verpleegkundig dossier bij de klant thuis.

33. Hebben jullie ook een bepaalde definitie die jullie gebruiken voor complexe wond?

Ja. Moet ik die voorlezen? Hij is van Encoh en Habing geloof ik. Het is in elk geval iets dat in de fase van wondheling iets niet goed gaat. Zoiets hebben wij het gedefinieerd. Het is niet dat we de standaard definitie gebruiken dat het na drie weken is genezen, zo hebben wij dat niet. Oké: Een complexe wond kan gedefinieerd worden als een wond waarin het normale helingsproces wordt verstoord op een of meer punten van de fase van hemostase, inflammatie, proliferatie en remoddelering. Het is van Lazerus uit 1994. En Encoh en Hadding uit 2003 die hebben het vertaald als: Normale wondheling is een complex en fijn georchestreerd proces, dat beïnvloed wordt door groeifactoren, cytokines, angionogene mediators en matrix metallo proteases. Hoewel de fases in normale wondheling elkaar overlappen, gebeuren zij chronologisch en streng gereguleerd. Deze fases zijn: hemostase, inflammatie, proliferatie en remoddelering. Zo gauw hier iets in fout gaat dan spreek je over een complexe wond. Zo hebben wij het gedefinieerd. Volgens de wet- en regelgeving van de zorgverzekeraar is een complexe wond: als een wond langer open is dan drie weken. Maar we weten allemaal dat als je een normale wondhelingsproces hebt, dan duurt die gewoon twee tot drie weken en daarna is die geheeld. En als er iets plaats in een van die fases dan krijgt die dus een verlenging van de wondheling en is het dus al langer dan drie weken. We willen ons niet vast koppelen aan die drie weken.

34. Maken jullie ook gebruik van een meerjarenbeleid?

Ja. Die maken wij ja.

35. En hebben jullie ook bepaalde doelen voor de toekomst wat jullie graag nog zouden willen zien?

Ja. Die hebben wij net als iedereen. Dat is opleiding. Dat is het uitrollen over meerdere gebieden van Wond Expertise Centra, kennis deling en zorgen dat je steviger in het zadel zit ten opzichte van alleen maar als consult functie. Heel globaal. We hebben natuurlijk een heel plan, maar dat is de strekking wel van het verhaal.

36. Uit welke tak wordt het gefinancierd?

Uit welke tak wordt het gefinancierd? Hou je vast. Bij de verpleeghuizen is het de ZZP financiering, dus dan krijg ik een doorbelasting van verpleeghuizen. In de verzorgingshuizen is het ook het ZZP financiering, daar factureer ik naar de locatiemanager. In de thuissituatie is het de aanspraak wijkverpleging, dus maak ik gebruik van wijkverpleging. Dat is VP wat ik daarvoor gebruik. Ik gebruik bij de zorg die wij krijgen van de medisch specialisten maak ik gebruik van MSVP, is ook verzekeringsgeld dat gaat via de MSVP financiering. Dan hebben we de WLZ klanten, waarin het gaat om indicatie die gelden dan wel als het gaat om als volledige pakketten thuis dan wordt het via de WLZ gedeclareerd. Wat heb ik dan nog meer? En de consultfunctie van stendeloonhuizen of voor huisartsen die alleen maar consulten willen hebben krijgen zij een factuur. Veel verschillende dus. Dat maakt het bijzonder lastig om het allemaal goed voor mekaar te krijgen om te kijken oké uit welke.. Want wij willen natuurlijk gewoon goede zorg leveren, kwalitatief hoge zorg leveren en niet belast zijn met allerlei financieringsstromen en briefje hier en briefje daar. Voor iedere financieringsstroom is weer een hele andere administratief proces. Maar het is helaas niet anders. Ik heb helaas geen eenduidige financiering dat ik vanuit één potje kan declareren dat het klaar is. Ik kan geen DOT openen of DBC.

37. Is het daardoor ook verschillende georganiseerd of blijft dat wel hetzelfde? Het is uit verschillende potjes gefinancierd, is het daardoor anders georganiseerd tussen de thuiszorg of verpleeghuizen?

Niet bij ons. Wij hebben gekeken van welke zorg willen wij leveren, wat zijn onze producten die wij willen leveren aan patiënten met een complexe wond. Dat is onze basis. Wat willen we doen. Wat willen we betekenen om zo hoog kwalitatief mogelijke zorg te leveren. Daar hebben we dit en dit voor nodig. Dan pas komt stap twee, hoe gaan we dat betalen? Je ziet wel in de landen dat meer collega's ook die hiaten zien. Maar die hebben het vanuit hun eigen mogelijkheden Wond Expertise Centra opgezet. Het UMC Groningen zal dat waarschijnlijk, ik vul het nu even in, met name vanuit DOT's gaan werken of vanuit innovatiegelden gaan ze werken. Iedereen probeert het op zijn eigen manier dat in te regelen en daardoor is er overal in de landen ook nog anders georganiseerd. Omdat mensen vanuit hun eigen mogelijkheden iets hebben getracht op te zetten. Maar hier in de regio maakt het dus niet uit of je in nou in het verpleeghuis, in het verzorgingshuis of in de thuiszorg of op de poli, je krijgt allemaal dezelfde zorg en dezelfde producten en dezelfde behandeling.

38. Oké, dus dat is niet veranderd?

Nee.

39. U had het net nog over hoe je zorgt dat iedereen gekwalificeerd blijft omdat je aan een bepaalde standaard moet voldoen voor een Wond Expertise Centrum. Door wie wordt dat gecontroleerd of daar werkelijk aan voldaan wordt?

Door mijzelf natuurlijk wordt er gekeken of iedereen daar aan voldoet. Vanaf volgend jaar ook aan de zorgverzekeraar aantonen dat diploma's of certificaten worden overgedragen aan hun. Om te laten zien dat je dat bent.

40. Dus geen inspectie van buiten af die langs komt en kijkt?

De HKZ toetsing. Maar dat gaat in op processen of dat allemaal klopt of die goed worden nagevolgd zoals die zijn opgericht. De verplichting van het karakter op dit specifieke terrein die wordt opgelegd door zorgverzekeraars sinds kort en door ons zelf. Dat is iets wat we zelf moeten bewaken. Zo gauw je iemand aanneemt in het Wond Expertise Centrum dan ben je als leidinggevende verantwoordelijk om te toetsen of iemand BIG-geregistreerd is, of iemand een verklaring van goed gedrag kan over dragen en als ze dan in een Wond Expertise Centrum willen werken moeten zij ook of een verpleegkundige specialisten opleiding hebben of een Erasmus hebben. Daar is de manager zelf verantwoordelijk voor.

Bijlage 8: Interview Excen

Interview Excen op 12-04-2016 om 14:00.

1. Welke wonden nemen jullie mee? Sluiten jullie ook wonden uit?

Nee. Alle wonden. Diabetische voet, echt alles. Alles doen wij. Decubitus. Alles. Alle typen wonden die er zijn.

2. Jullie verkopen jullie concept aan andere instellingen als ik het goed begrijp? Wij verkopen niks. Ze tekenen ook geen contract. Ze moeten geloven in het concept dat wij draaien, waarin wij ondersteunen en begeleiden. In die hoedanigheid hebben wij onze eigen thuiszorg organisatie gestart. Wij verkopen geen concept nee, maar geloven in dit concept. En doordat wij dat uitleggen zeg maar op management niveau in ziekenhuizen gaan die met ons in zee waarin wij hun kunnen ondersteunen en begeleiden in het opzetten van een Wond Expertise Centrum. En in die hoedanigheid draaien we de cirkel rond naar anderhalf lijn zorg met de huisartsen. En hebben wij uiteindelijk vier jaar geleden ons eigen thuiszorg organisatie gestart.

3. Wat is jullie definitie van complexe wonden?

Moet ik hem zo letterlijk op ratelen? Dan zou ik echt even moeten kijken in mijn computer. Dat is eigenlijk ja, ik vind eigenlijk dat iedere wond complex is. Omdat er vaak veel meer achterliggend lijden is dan dat men denkt. Een wond is niet zomaar een wond. Tenzij je mogelijk jezelf stoot, maar dan nog is het de vraag of die niet wil genezen, dan zit er iets achter. Want een normaal mens met een gewoon en goede gezondheid, als die zich stoot en er komt een wondje, dan geneest het gewoon binnen een paar dagen en is het klaar. Normaal dat er een hapering in zit en het langer duurt dan de gestelde, nou ja twee weken volgens de normen van zorgverzekeraars, dan heb je het over een complexe wond en dan is er veel meer aan de hand. De complexe wond, het woord zegt het al, is complex. Dat maakt dat je veel verder moet kijken dan alleen de wond.

4. Hebben jullie een kliniek. Hoe is het georganiseerd?

Nou doordat er bij ons zeg maar meer ziekenhuizen aangesloten zijn, die ondersteunen wij en helpen wij met het opzetten van een Wond Expertise Centrum, zijn wij er gaande weg achter gekomen dat de zorg thuis nogal wat hapert. Niet dat de mensen in de thuissituatie niet welwillend zijn, want ze doen hun uiterste stinkende best om de zorg zo goed mogelijk te leveren. Maar het ontbreekt hun uiteindelijk ook aan de juiste kennis om onder andere ook te kunnen klinisch redeneren als je kijkt naar een wond. Je kan niet alleen maar kijken naar de kleur van WCS, rood, geel of zwart. Of naar ALTIS of naar TIME of naar wat dan ook. Dat heeft geen zin. Je moet veel breder naar een wond kijken. Binnen dat concept hebben wij zelf een Patdoc gebouwd, een patiënten documentatiesysteem ge-ent op de wond. Ze hebben een eigen digitaal registratie systeem waar alles in staat met betrekking tot de wond. En hoe we de klanten dan ook kunnen registreren. Doordat we dus merken dat in de thuissituatie dus echte hiaten ontstond, zie je dat er geen doorstroom mogelijkheid is rondom een Wond Expertise Centrum. Dan blijven die mensen maar te frequent terug komen naar de poli, omdat ze die frequent willen blijven zien, omdat ze merken dat de zorg thuis niet optimaal aansluit en ze erger willen voorkomen. En laten ze die mensen steeds terugkomen en de poli eigenlijk volop vaste klanten laten komen die een probleem hebben bij een complexe wond. Met als gevolg dat als het thuis beter zou zijn is er meer ruimte op de poli voor nieuwe klanten en kun je veel meer nieuwe mensen behandelen. Op die manier kun je dit soort dingen ook commercieel maken. En commercieel tussen aanhalingstekens. Maar dat maakt wel dat je in die cirkel ook in het ziekenhuis valt er aan te verdienen. Omdat je meer nieuwe mensen kunt aannemen. Dat start eigenlijk al bij de huisarts. Want de huisarts heeft geen idee hoeveel mensen met wonden hij ziet, het zijn er veel meer, want als ze echt zouden gaan registreren, dan zien ze pas hoeveel wonden ze zien.

En nu is het meer een beetje natte vinger werk en een gevoelsmatig werk van zoveel wonden zie ik. Maar nu we ook met meerdere huisartsen een traject gestart zijn met anderhalf lijn zorg, maakt ook dat we nu pas inzien hoeveel wonden ze eigenlijk ook op de huisartsenpraktijk zien. En daar stagneert het natuurlijk ook wel vaker. Het is natuurlijk van belang dat mensen juist doorgestuurd worden en sneller doorgestuurd worden. Dat de wond ook eerder sluit.

5. Dus eigenlijk werken jullie vooral in de thuiszorg. Dus mensen die uit het ziekenhuis komen gaan jullie begeleiden in de thuiszorg?

Nou wij ondersteunen ziekenhuizen met het opzetten van een Wond Expertise Centrum en dat gaat ook heel ver. Want ik heb zelf ook in meerdere ziekenhuizen meegewerkt om te ondersteunen om zoiets op te zetten. En contact met de artsen te leggen en het laagdrempelig te leggen. Een eenduidig beleid te voeren. Een duidelijk protocol te creëren. Te kijken naar de producten die ze gebruiken. Dus eigenlijk allemaal kosten effectief ook bezig te zijn. En daarnaast draait het natuurlijk om de thuisorganisatie. Je kan van onze thuiszorg Quality zorg alleen maar gebruik maken op het moment dat je ook een Wond Expertise Centrum bent die bij ons aangesloten is. Niet aangesloten middels een contract, niet aangesloten middels een bedrag dat ze daarvoor moeten betalen, nee dat is helemaal vrij. Je kan meewerken in ons beleid als wij denken dat de zorg BIG gereguleerd kan worden. En dan gaan we je daar in helpen.

6. Je hebt het dus over anderhalvelijnszorg. Hoe moet ik dat voor me zien?

Ik heb verpleegkundig specialisten in dienst en die stal ik zeg maar een dag of een dagdeel bij een huisartsenpraktijk. En die ziet daar de patiënt daar dan zeg maar met wonden. Zij kan dan meteen ook zeg maar diagnostiek verrichten. Ze kan bij de huisarts al enkel arm index teen druk, dat soort dingen doen. En zij kan op basis van haar expertise op het gebied van wonden meteen zien van hé die kan ik binnen de huisartsenpraktijk houden en die kan ervoor zorgen dat die dicht komt en ik stel een beleid op. Of dit is dusdanig complex dat die ingestuurd moet worden en er een interventie moet plaatsvinden door een chirurg, vaatchirurg, dermatoloog of wat dan ook. En dan kan zij, als verpleegkundig specialist, ook meteen doorsturen naar het ziekenhuis, waardoor de koppeling ook veel sneller zijn.

7. Zit er altijd bij de huisartsenpraktijk een verpleegkundig specialist? Of is dat af en toe? Ja.

8. Altijd?

Nou ik heb in meerdere regio's heb ik bij verschillende huisartsen vanuit ons een verpleegkundig specialist die op deze manier de zorg daar doet.

9. En die bepaald dan waar de patiënt heen gaat en welk traject die ingaat?

Die krijgt vanuit de huisarts natuurlijk de patiënten doorgestuurd. Van daaruit in overleg bepaald zij het beleid hoe het dan gebeurd. Of die mensen doorgestuurd moeten worden of niet. Dat doet ze naar aanleiding van lichamelijk onderzoek. Lokale onderzoeken kan ze inzetten, zoals de enkel-arm index en de teendruk meting. En op basis van het hele plaatje die ze maakt, de hele anamnese die ze afneemt, kan zij bedenken van dit moeten we gaan doen bij die patiënt. En dat legt ze natuurlijk ook voor aan de huisarts. Want die is op dat moment natuurlijk ook eindverantwoordelijk. Maar zij is als verpleegkundig specialist natuurlijk ook eindverantwoordelijk. Zij mag mensen voor onderzoeken doorverwijzen. Zij is natuurlijk helemaal gespecialiseerd op het gebied van wondzorg.

10. En stel zo iemand gaat weer naar huis en die heeft dan thuiszorg nodig. Leveren jullie dan die wondzorg?

Het zou kunnen dat wij die thuiszorg leveren. Het gebeurt ook dat de verpleegkundig specialist het zelf gaat doen, ook het uitvoeren. Het is ook zo dat ze lokaal de mensen opleidt omdat te doen. Dus of een praktijkondersteuner van het ziekenhuis en soms doet ze het inderdaad ook bij doktersassistentes.

11. Kan het ook zijn dat jullie het aan de verpleegkundige van de thuiszorg leren hoe zij die wond moeten behandelen en zij dat uiteindelijk zelf weer gaan doen? Of blijven jullie zelf die wonden verzorgen?

Het ligt er een beetje aan. In principe toen we starten met het opzetten van en het begeleiden van het Wond Expertise Centra, hadden we het idee dat het verstandig zou zijn als je kijkt naar de groep dermatologie of mensen met vaatproblematiek, dat het heel belangrijk is dat de wond op een goede manier ambulante compressie therapie wordt gegeven. Dat maakt ook dat vanuit die tak een hele scholing hebben ontwikkeld om er voor te zorgen dat de thuiszorgorganisaties ook op een adequate manier ambulante compressietherapie kunnen geven. En dan zie je als ik kijk naar de omgeving van Zwolle inderdaad, daar hebben heel veel thuiszorgorganisaties gebruik van gemaakt. Dan heb ik het over een aantal mensen uit de thuiszorg die die scholing keurig gevolgd hebben, ieder jaar weer. Ook herhalingen ervan. Maar het fluctueert zo erg in personeel en het fluctueert ook heel er in de toepassing van ambulante compressie therapie dat dat toch op de een of andere manier verwaterd of niet meer op een adequate manier wordt gebruikt. Als ik kijk in onze eigen thuiszorgorganisaties, dat zijn allemaal wondverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, die krijgen drie tot vier keer per jaar, ondanks dat ze al heel goed weten hoe ze moeten zwachtelen, nog steeds scholing over ambulante compressietherapie. Want het is een heel belangrijk onderdeel van wondzorg. Soms omdat het weinig voorkomt, soms omdat het heel veel voorkomt. Het wisselt heel erg in de gewone thuiszorgorganisaties.

12. En de mensen van de thuiszorgorganisaties, krijgen die jaarlijks zo'n scholing of is dat eenmalig en daarna niet meer?

Nee. Het is iedere keer herhaling. Ze krijgen iedere keer weer nascholing.

13. Hoe kan het dan dat de medewerkers in de thuiszorg daar op den duur niet meer bekwaam in zijn?

Omdat niet die hele groep hetzelfde blijft. Die wisselt qua personeel. En daarnaast is het ook zo dat niet die hele groep altijd voor die herhaling komt. Want dan denken ze, ik heb die scholing gehad, nu kan ik het. Het is niet negatief bedoeld, maar dat is wel de eigenschap van verpleegkundigen ook. Dat ze altijd denken dat ze het weten. Als je alleen al een verpleegkundige vraagt, weet jij iets over wondzorg. Dan denken ze allemaal, zeker chirurgische verpleegkundigen, dat ze heel veel weten. Maar daar zit natuurlijk een discrepantie in, want natuurlijk weten ze wel iets over wonden, maar over het algemeen gewoon chirurgische gesloten wonden. Maar je hebt natuurlijk veel meer dan chirurgische gesloten wonden. Dat maakt wel dat er echt een hiaat ligt. Ik bedoel wil je echt goede wondzorg leveren dan moet je veel meer weten dan dat.

14. Hoeveel disciplines werken er?

Alles wat nodig is. Dat kunnen verschillende zijn. Dat kunnen vaatchirurgen, dat kan een internist zijn, dat kan een nefroloog zijn, dat kan iemand zijn die nierfalen heeft, wat ook een belangrijk onderdeel is. Dat kan een gipsmeester. Dat kan een diëtiste zijn, omdat er iets met voeding speelt. Het kan zijn de podoloog die een rol speelt. Dus dat wat nodig is speelt een rol op dat Wond Expertise Centrum. Dus ook in de thuis situatie.

15. Hoe moet ik het zien als een patiënt binnen komt bij jullie. Hoe werkt dat dan? Bij wie komen ze langs? Hoe wordt het in gang gezet? Hoe gaan die verwijzingen?

Bedoel je vanuit de huisarts of vanuit het Wond Expertise Centrum?

15. Beide bedoel ik. Een patiënt heeft een wond, hoe gaat het dan verder?

Je hebt natuurlijk mensen die zich meteen melden bij het ziekenhuis die via de huisarts aangemeld worden. Maar in principe is het als je uitgaat vanuit waar we eigenlijk moeten starten, als ik een wond zou hebben, dan ga ik naar mijn huisarts. En ga je niet meteen naar het ziekenhuis. Dan ga je naar je huisarts en zeg je dat je een wond hebt. Daar waar bij ons een verpleegkundig specialist zit, betekent dat dat de verpleegkundig specialist je zou zien en je ook onderzoekt inderdaad. Op die manier gaat ze kijken of ze tot een diagnose kan komen. Of ze kan achterhalen wat voor wond het is, hoe het ontstaan is en of die op een normale manier zou kunnen genezen. Wanneer ze enigszins twijfel heeft of die op een normale manier zou kunnen genezen, omdat ze erachter komt dat de enkel-arm index afwijkt of omdat ze erachter komt dat ik diabeet ben of what ever wat mee kan spelen, dan kan het zijn dat ze me adviseert om toch naar het ziekenhuis te gaan. Dan kom je in eerste instantie altijd op de wondpoli. Op de wondpoli werken natuurlijk wondverpleegkundigen en wondconsulenten die in eerste instantie gewoon de intake doen. Ze krijgen wel een overdracht mee vanuit de huisarts waarom iemand ingestuurd is en waar de verdenking is op. Vaak heeft de verpleegkundig specialist onderzoeken aangevraagd. Omdat ze in een bepaalde richting denkt wat er mis zou kunnen zijn. En vanuit het ziekenhuis krijg je de juiste specialist erbij. En als de juiste interventie gedaan is en de wond is er dan nog. Want de wond is natuurlijk niet in een keer weg. Dan gaan de mensen vanuit het Wond Expertise Centrum naar huis en wordt de Quality Zorg ingeschakeld. Onze thuiszorg organisatie. En die zorgen ervoor dat de mensen thuis ook de juiste wondzorg krijgen. Daarom heen draait helemaal het Patdoc systeem. Het patiënten documentatiesysteem wordt bij de huisarts al gestart, daar wordt alles al ingevoerd. Dat is inzichtelijk in het ziekenhuis en ook inzichtelijk voor de thuiszorg medewerkers. Die werken allemaal met een iPad waarin het Paddock systeem in staat. De huisarts kan het doen op een iPad maar ook op een Desktop versie. In het ziekenhuis doen ze het eigenlijk allemaal op de desktop versie. Dat is een registratiesysteem waar alles instaat op het gebied van wonden, er staan ook onderzoeken is zoals een enkel-arm index met de uitslagen, een scan, wat er dan ook gedaan is, of er een kweek gedaan is. Alles staat in dat systeem. Bij de thuissituatie registreren ze sowieso hoe het gaat met de wond, het wordt opgemeten en alle bijzonderheden er om heen. En vanuit het ziekenhuis, maar ook de huisarts, kunnen zich achterin dit systeem inloggen om mee te kunnen kijken met de wond hoe het gaat. Binnen het systeem zit ook alerts ingebouwd, dus dit betekent dat de alert wordt afgesproken wanneer iemand een alert zou willen ontvangen. Een voorbeeld is: de wond wordt groter dan zoveel procent. Dan komt er meteen een mailtje in de mailbox van een vaatchirurg. Die kan het openen, die kan inloggen op het systeem en dan ziet hij dat de wond zoveel procent groter is geworden. En dan kan die meteen actie ondernemen. Zo van ik wil hem terug zien op de poli of we moeten dit of dat doen. Iemand komt boven een bepaalde hoeveelheid kosten uit qua materialen of iemand is al zoveel langer bezig in weken in zorg of iemand wond is al twee weken dezelfde afmeting. Dan kun je al een alert krijgen waarbij er een alert wordt gemaakt op het feit dat die wond niet goed gaat. En wat er inmiddels in een aantal ziekenhuizen is gebeurd is dat er een Multidisciplinair overleg draaien aan de hand van die alerts. Dus tijdens het overleg gaan die alerts af en de patiënten waarbij een probleem bij geconstateerd is vanuit het systeem en dan gaan ze kijken welke actie ondernomen moet worden.

16. En hoe heet dat systeem? Heeft dat een naam?

Patdoc systeem. Patiënten documentatie, een afkorting daarvan. Daarvandaan kunnen ontzettend veel cijfers gegenereerd worden, dat maakt ook dat het daardoor aannemelijk kunnen maken dat als je op deze manier werkt, je heel veel kosten kunt besparen. Niet alleen in zorg, dus de handjes thuis, want die zijn uiteindelijk het duurste. Maar ook in materialen die de mensen gebruiken. Terwijl dat nog niet eens het grootste stuk is. Vooral de handjes thuis, die gewoon ellenlang door gaan met die wondzorg, omdat ze het opgedragen hebben gekregen, dat kost gewoon heel veel geld.

17. En al die mensen, van de thuiszorg en het ziekenhuis, werken allemaal met hetzelfde systeem?

Ja.

18. Is dat dan thuiszorg die voornamelijk, voordat jullie kwamen, alleen met de wond heeft bemoeit of is dat ook algemene thuiszorg die dan met datzelfde systeem werkt?

Ik weet niet waar alle thuiszorgorganisaties mee werken. Ik heb nog nooit ergens een thuiszorgorganisatie meegemaakt die middels zon systeem werken als wat wij doen. Ik weet dat Buurtzorg, ook een wondregistratiesysteem heeft digitaal en er zullen er ongetwijfeld meer zijn. Onze ervaring is over het algemeen dat toch beperkter is dan zoals wij het doen bij dingen registreren en wat er nog meer achter hangt zoals bij ons. Wat we natuurlijk wel ervaren is dat sommige thuiszorgorganisaties toch altijd een beetje boos worden omdat ze zien dat wij de zorg opnemen omdat wij het natuurlijk op een bepaalde manier doen. Als we dat inzichtelijk maken, want we nodigen ze altijd uit om mee te kijken en te laten zien wat wij doen. Wij geven natuurlijk niet alleen wondzorg, wij declareren de wonden thuis ook. Omdat het natuurlijk allemaal wondverpleegkundigen zijn doen we het natuurlijk met een curette, schaar en pincet en dat zijn verpleegtechnische handelingen die niet alle wijkverpleegkundigen mogen maar die wel van essentieel belang zijn om een wond goed te laten genezen. En dan hebben ze ook altijd zo iets van jeetje, dat doen wij ook inderdaad niet, fijn dat we mochten mee kijken. Ik krijg vaker sollicitanten vanuit de thuissituatie die hebben gezien hoe wij werken en die hebben zo iets van dat heeft me zo enthousiast gemaakt dat wil ik ook heel erg graag.

19. Hebben jullie inzicht in de dossiers van de thuiszorg?

Nou sowieso als er meerdere organisaties zijn, want wij zijn natuurlijk een thema gerichte thuiszorg. Wij doen echt alleen maar wond en stomazorg. Dat maakt ook dat bij sommige mensen een andere thuiszorgorganisatie is. Voor het douchen of wassen, hulp bij de ADL en dat maakt ook dat beide dossiers bij de klant ligt en natuurlijk ook op die manier tussen elkaar communiceren. Want het gebeurt ook regelmatig dat we telefonisch contact hebben met thuiszorgorganisatie omdat we iets willen plannen of omdat de patiënt gedoucht wordt en dat het handig is dat wij daarna meteen de wondzorg doen of omdat ze een keer mee willen kijken. Dat gebeurt natuurlijk ook met de verpleeghuisarts die mee wil kijken. Dus altijd proberen we qua communicatie zo optimaal mogelijk te houden. Om in ieder geval duidelijk te hebben wie wat doet en dat voor de patiënt zo efficiënt mogelijk te doen.

20. Want eigenlijk zijn het twee verschillende systemen als de thuiszorg een andere gebruikt?

Ja.

21. En dan communiceren jullie met de telefoon of kan dat ook anders?

Soms telefonisch, soms ook in het dossier van de andere organisatie. Op die manier op papier ook zeg maar dingen doen. Maar ook telefonisch inderdaad. De planning wordt gewoon gedeeld met de planning hier.

22. Hoe verloopt de samenwerking met de thuiszorg? Gaat dat goed?
Met welke thuiszorg? Met de andere thuiszorg of onze eigen thuiszorg?

22 vervolg. Met de andere thuiszorg

Dat is wat ik je net vertel eigenlijk. Daar proberen we zo optimaal mee samen te werken. Dat we niet in elkaars vaarwater zitten en dat we proberen uit te leggen als er een vraag komt dat ze met ons mee kunnen kijken hoe wij werken en dat we proberen om samen te werken. In die zin als er een samenwerking is qua douchen en wond verbinden, dat we op die manier met elkaar kunnen afstemmen met de klant.

23. Leren jullie die andere thuiszorg ook dingen aan?

Nee. In principe niet. En dat komt omdat wij komen voor de wondzorg en zij uitvoering hebben voor andere handelingen. Wij zijn verantwoordelijk en in charge voor de wondverzorging. Als er bij de klant iets wond gerelateerd is, bijvoorbeeld als de wond doorlekt of dat een VAQ-pomp gaat piepen of wat dan ook dan belt de klant ons, dan komen wij.

24. Jullie doen de wondzorg en dat blijft bij jullie. Dat is jullie terrein dus?

Ja.

25. Wat voor protocollen en standaarden gebruiken jullie?

Sowieso hebben de meeste WEC's wel een redelijk standaard protocol. In die zin met welke producten ze gebruiken. En dat is natuurlijk ook wat ze veelvuldig voorschrijven bij de patiënten die natuurlijk naar huis gaan. Dat zien de medewerkers in de thuissituatie natuurlijk ook. Dat die producten het meeste worden gebruikt in die regio. En dat wisselt per regio. Maar je probeert juist het protocol zo klein mogelijk te houden, maar ze hebben bijna allemaal een protocol over maden therapie, over negatieve druk therapie. Er zijn natuurlijk altijd een aantal standaard protocollen, skintears dat soort dingen. Daarnaast andere wonden, zoals een diabetische voet is allemaal landelijk. De problemen die die wond geeft zeg maar.

26. Die protocollen nemen jullie over?

Ja. Wij zijn eigenlijk alleen maar uitvoerend. Wij krijgen de opdracht voor onze thuiszorgorganisatie vanuit het ziekenhuis, die bepalen het beleid. Wij zijn uitvoerend. In de thuissituatie hebben wij natuurlijk een signalerende functie. En dat ligt vast in ons Patdoc systeem, maar daarnaast als we bij de klant komen en we merken echt dat het niet oké is hebben we rechtstreeks nummer met het Wond Expertise Centrum, dat we de mensen direct kunnen insturen. Als wij thuis signaleren dat iets niet goed gaat, hebben wij een rechtstreeks nummer van het Wond Expertise Centrum en kunnen we direct bellen om te overleggen welke actie we moeten ondernemen.

27. Zit de Wond Expertise Centrum in het ziekenhuis?

Ja. Die zit in het ziekenhuis. En het is ook zo dat er een aantal regio's is het zelfs zo dat de wondverpleegkundige van het Wond Expertise Centrum in het ziekenhuis ook een dag of een dagdeel in de week als thuiszorgorganisatie werken. Op die manier kunnen ze ook zelfs thuis bij de mensen kijken. Waar daar ligt natuurlijk ook een groot hiaat. Kijk de meeste mensen komen keurig gedoucht en opgedirkt bij de dokter in het ziekenhuis, maar op het moment dat je bij de mensen thuis komt zijn er veel meer factoren die meespelen waarom een wond soms niet wil genezen. Dan heb ik het niet alleen over roken en hygiëne, maar er zijn echt meerdere factoren die meespelen waarom een wond maar niet wil genezen. Dat kun je niet altijd in een ziekenhuis achterhalen.

28. Dan gaan ze ook kijken hoe het gaat?

Ja.

29. Hoe wordt dit alles gefinancierd?

Hoe wordt het gefinancierd? Nou dat verloopt via de zorgverzekeraar. Kijk het Wond Expertise Centra is iets wat vanuit het ziekenhuis wordt gedaan en het ziekenhuis ontvangt geld vanuit de zorgverzekeraar. Op het moment dat mensen met een wond naar huis gaan dan heb je het over ziekenhuis verplaatste zorg, MSVT zorg. Wij als thuiszorgorganisatie hebben contracten met de zorgverzekeraars en kunnen rechtstreeks declareren.

30. Werken jullie met een meerjarenbeleid?

Natuurlijk.

31. Wat voor doelen hebben jullie voor de toekomst?

Nou als thuiszorgorganisatie wil je natuurlijk transparant zijn en een goede samenwerking hebben. Dus dat maakt ook dat je met de WEC's waarmee je samen werkt, dat je sowieso ook overleg met mekaar hebt, drie keer per jaar. Dat je ook vanuit dat web scholing opzet voor de medewerkers uit de regio. En dat kan zijn over negatieve druk therapie maar soms ook over de producten die gebruikt worden, sowieso de ambulante compressie therapie. Dat is meer een scholing die opgezet wordt tussen het WEC en de thuiszorgorganisaties. En ook met onze thuiszorgorganisatie. En daarnaast inderdaad heb ik als medisch manager ook wel vaak overleg met het Wond Expertise Centrum maar ook met de leidinggevende. En ook met het transferbureau van het ziekenhuis.

32. Doen jullie ook onderzoek?

Wij doen ook onderzoek en wij doen ook mee aan onderzoek. Als een ziekenhuis of een WEC een onderzoek start en in dit geval loopt er toevallig in Iswa een onderzoek over diabetische voet. Dat gaat over een groep van 100 patiënten die ze willen volgen. Ze willen die met een bepaald goede behandelen. Ze moeten twee weken lang dagelijks zorg ontvangen. En dan draaien wij een mening-pilot.

33. Dat moet nog gebeuren?

Ja, daar moeten we nog mee starten. Het staat allemaal op papier maar we moeten nog los. De patiënt zal er al zijn maar die is er nog niet. Maar daar gaat die wel in mee draaien. En daarnaast is er sowieso alle gegevens die wij kunnen genereren vanuit het systeem, daarmee kun je een heleboel aannemelijk mee maken. Daarmee hebben we al lang inzichtelijk kunnen maken dat een standaard waarmee je een wond dicht moet krijgen bij ons eigenlijk veel lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

34. Dat het veel beter gaat en sneller?

Ja en ook qua financiën. En dat is natuurlijk ook waar het in veel situaties toch om draait. Ook al is het ziekenhuis niet commercieel, het is wel van belang dat ze ook inzichtelijk maken wat de kosten zijn. En dat is ook wat de zorgverzekeraar nu begint te zien. Want we draaien nu ook met meerdere zorgverzekeraars verschillende pilots inderdaad met de manier van zorg zoals wij die geven.

35. Nog een vraag over de taakverdeling tussen die verschillende disciplines. Er zijn heel veel disciplines betrokken, hoe wordt dat georganiseerd? Wie heeft daar de leiding in?

De hoofdleiding ligt altijd in het Wond Expertise Centrum binnen het ziekenhuis. En vanuit de thuissituatie is dat dan toch de huisarts, tenzij iemand doorgestuurd wordt naar het Wond Expertise Centrum. Dan is daar degene die het Wond Expertise Centrum leidt, dat is degene die alles coördineert, zorgt dat alle betrokken mensen geïnformeerd zijn en als ze nodig zijn dat ze ook betrokken worden. Dat ze in consult gevraagd worden. Maar er is altijd een iemand op het Wond Expertise Centrum die coördineert, een of twee personen.

36. Blijft de huisarts eindverantwoordelijk of ligt dat bij het Wond Expertise Centrum.

Als de patiënt echt door een dokter in het ziekenhuis behandeld wordt dan is de dokter eindverantwoordelijk. En zal de huisarts zeker geïnformeerd worden met wat er gedaan is. Blijft de patiënt in de thuissituatie, dan is het altijd de huisarts. En zit de patiënt in de verpleeghuis dan is het de verpleeghuisarts. Maar zodra een patiënt ingestuurd wordt naar het ziekenhuis en daar door een arts behandeld wordt is die verantwoordelijk voor het traject die die in gaat met de patiënt.

37. Er worden een aantal patiënten dan in de thuiszorg behandeld maar ook een aantal echt poliklinisch?

De meeste mensen worden via het Wond Expertise Centrum ingestuurd en worden via sowieso poliklinisch behandeld als dat mogelijk is. Vaak kan een interventie ook poliklinisch behandeld worden, middels een dag opname. Je hebt natuurlijk ook mensen die echt opgenomen moeten worden. Wordt de patiënt echt vanuit de anderhalf lijn zorg door de huisarts voor het eerst gezien dan wordt daar ter plekke bepaald of hij door de huisartspraktijk gewoon onder behandeling kan blijven of toch ingestuurd moeten worden naar het ziekenhuis.

38. Het was mij nog niet helemaal duidelijk wie de gene is die het wondbehandelplan opstelt?

Dat doet ieder Wond Expertise Centrum zelf. Bij de huisarts is het de verpleegkundig specialist.

39. Binnen het Wond Expertise Centrum is dat een bepaalde discipline die dat doet of heeft iedereen die bevoegdheid?

Nee, niet iedereen heeft die bevoegdheid. Alleen de mensen die daarvoor zijn opgeleid om dat te mogen doen. In dit geval is dat de wondconsulent die daar zit of de wondverpleegkundige, die kunnen een indicatie geven van wat voor materialen nodig zijn, daar weten zij veel van. Maar de behandelend arts is degene die bepaalt welke interventie moet plaatsvinden. Of er moet een verpleegkundig specialist op het Wond Expertise Centrum zitten, die kan zelf bepaalde geïndiceerde onderzoeken aanvragen, maar zal dit ook over het algemeen in overleg doen met de arts.

40. Een Wond Expertise Centrum moet voldoen aan bepaalde criteria, is er ook iemand die bij jullie inspecteert of jullie daar aan voldoen of doen jullie dit zelf?

Nou daar is een Wond Expertise Centrum natuurlijk zelf verantwoordelijk voor. Wij zijn degene die ze ondersteunen bij het opzetten daarvan en kunnen ze ook heel ver helpen, maar uiteindelijk zullen ze het toch zelf moeten doen. Dat mogen wij ook niet eens. Wij kunnen alleen maar ondersteunen daarin. Dus ik help ze ook wel bijvoorbeeld bij het opstellen van een meerjarenplan of een beleidsnota of een jaarverslag. Zodat ze aannemelijk maken wat ze doen en inzichtelijk maken wat ze doen. En wat ze dus ook opleveren voor het ziekenhuis. Daar kan is ze bij helpen inderdaad. Maar het uitrollen moeten ze toch zelf doen.

41. Wat ik nog niet helemaal snap is of Excen alleen helpt bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum of heeft hij zelf ook een?

Nee. Excen is begonnen ooit bij de start bij het leveren van verbandmaterialen. Dus de link die daarmee gelinieerd is, het idee bij het opzetten van een Wond Expertise Centrum is iets wat mijn baas zon twaalf jaar geleden in zijn hoofd had. Hij werkte toen nog bij Colobos. Dat is een firma die stoma- en wondmaterialen maakt. Maar hij had ook al zoiets, als je dit wil opzetten kunnen die patiënten niet alleen Colobos producten gebruiken. Dus dat maakt ook dat hij dat concept niet via Colobos verder kon uitrollen. Hij heeft dat concept uiteindelijk voor zichzelf meegenomen en is voor zichzelf begonnen. En is toen gestart bij ziekenhuizen met het opmaken van een beleidsnota voor hun, om inzichtelijk te maken dat ze de wondzorg beter kunnen begeleiden middels het opzetten van een Wond Expertise Centrum. Dus heeft hij gestart op hoog niveau. Dan kwam hij ook echt bij het raad van Bestuur, bij de artsen en uiteindelijk gaan de verpleegkundigen bij de artsen samen een Wond Expertise Centrum starten. Maar daar moeten natuurlijk wel het beleid van het ziekenhuis op geënt zijn dat dat ook kan. Dat iedereen ook op die manier wel wil gaan werken. Dus dat betekent ook dat alle WEC's die bij ons verbonden zijn, en verbonden niet in de zin van een contract, maar wel in de zin van dat ze werken volgens dat plan. De een doet het natuurlijk wat beter dan de andere. De een noemt zich een Wond Expertise Centrum maar in mijn beleving is die dat nog niet. Omdat ze nog niet helemaal werken conform de regels zoals het zou moeten. Dat valt ook niet mee. Het is niet zo dat je van de een op de andere dag een Wond Expertise Centrum bent. Daar gaat echt wel een hele tijd overeen voordat iedereen op die manier in het ziekenhuis daarmee werkt. Het is heel makkelijk om klein te beginnen, bijvoorbeeld alleen op de afdeling Dermatologie, of alleen op de afdeling Chirurgie. Of alleen met de plastisch chirurgen. Maar uiteindelijk wil je echt een Wond Expertise Centrum hebben, dan zou je eigenlijk alle overkoepelende specialisaties binnen dat WEC moeten draaien.

42. Op het moment dat iemand zegt geïnteresseerd te zijn in jullie concept en die gene wil daar mee gaan werken als instelling of ziekenhuis, wat doen jullie dan op dat moment. Begeleiden jullie die instelling daarbij?

Ja, die begeleiden wij. Die helpen we met het opzetten van een protocol, die helpen we met het inzichtelijk maken hoe groot de patiëntencategorie in de omgeving is. Dus hoeveel wonden er ongeveer in hun omgeving zijn. Dat kun je berekenen binnen Nederland. En dat je kunt kijken wat je ook naar binnen kunt halen. Natuurlijk loont het voor het ziekenhuis ook als er minder polibezoeken nodig zijn en als ze meer nieuwe patiënten binnen kunnen halen.

43. Wanneer is voor jullie dat proces ten einde, wanneer is jullie taak daarin voldaan?

Dat stopt eigenlijk nooit. Het is een never ending story. En die begeleiding wisselt al na gelang het nodig hebben ook en de wat de vraag is. Dat kan soms zijn van sponsering van een congres dat ze organiseren tot uiteindelijk, ze blijven natuurlijk de producten van ons bestellen. Dat is binnen Excen ook een stukje van die model. Maar wij doen ook heel veel op ICT niveau, waarmee wij geld kunnen genereren. Wij blijven een commerciële instelling. Niemand heeft bij ons een contract of zit vast aan ons.

44. Als ze dat opvolgingssysteem willen gebruiken dan betalen zij aan jullie?

Nee. Als ze volgens ons concept gaan draaien en dus ook gebruik maken van het Patdoc systeem, dan kost ze dat verder niks. Wie niet op die manier aan ons verbonden is maar wel gebruik wil maken van ons Patdoc systeem, wat ook gebeurt, dat verhuren wij als het ware. En betalen ze een maandelijkse toelage.

45. En als ze helemaal volgens jullie willen werken dan betalen ze een bepaald bedrag?

Nee. Helemaal niks. Maar ze bestellen wel hun materialen voor hun patiënten bij ons.

46. Als ze dus het voor altijd willen gebruiken kost het niks, maar als ze tijdelijk het willen gebruiken dan moeten ze wel een maandelijks bedrag betalen? Ik begrijp het niet helemaal. Nee. Dat gebeurt alleen op het moment dat ze alleen ons Patdoc systeem willen gebruiken. Er zijn organisaties die al helemaal draaien maar geen wondregistratie systeem hebben. Die willen dan eigenlijk alleen maar wondregistratiesysteem hebben. Die kunnen ze van ons huren dan.

47. Is er iets waarvan je zegt, dat missen we nog of dat hebben we niet gevraagd maar wel belangrijk?

Nou de volgende stap waar we nu mee bezig zijn is de integrale zorg. Dat betekent dat de zorgverzekeraar ons een pot geld geeft en dat wij daarvoor moeten zorgen dat de patiënt gezien wordt bij de huisarts, gediagnosticeerd wordt, de behandeling door de vaatchirurg uitgevoerd wordt en uiteindelijk thuiszorg krijgt. En dan moeten wij zorgen dat wij de huisarts betalen, de vaatchirurg betalen, de opname in het ziekenhuis betalen, de thuiszorg betalen en dat doen we allemaal van dat integrale tarief wat we vanuit de zorgverzekeraar ontvangen. Wij zijn van mening dat volgens een bepaald concept met de juiste mensen werkt dat je over algemeen genomen de meeste mensen heel snel resultaat kunt behalen. En je houdt altijd 15 tot 20 procent van de patiënten met wonden die niet dicht gaan. Dat hou je altijd. Er zijn altijd wonden die nooit dicht zullen gaan. Daar ontkom je niet aan. Die zijn er. Het is niet realistisch. Maar de grootste groep, als je op tijd diagnosticeert, snel doorstuurt en adequaat behandeld heb je hem snel dicht.

48. Doen jullie ook iets dat je ervoor zorgt dat mensen sneller aan de bel gaan trekken? Dat je mensen meer bewust maakt voor de gevolgen als je pas laat naar de huisarts gaat?

Het is heel lastig om de mensen in de thuissituatie daar op te bereiken. Het is wel zo dat op het moment dat de mensen komen met een wond, dat je ze wel snel bewust kan maken over een aantal dingen. Maar inmiddels weten we natuurlijk ook wel dat de categorie mensen die een wond krijgt, maakt ook wel dat door onderliggend lijden ze niet altijd op adequate manier daarmee om kunnen gaan. Als ik nou een klein voorbeeld neem van een diabetische patiënt die ook neuropathie heeft en daardoor niet voelt dat zijn schoen klemt en dus een wond krijgt. Mensen controleren hun voeten ook niet. Daar kan jij als diabetes verpleegkundige en als wondverpleegkundige nog zo vaak zeggen je heb niet dit en dit en dat is heel belangrijk. Dat heb je met leefregels met mensen die roken en met mensen met overgewicht. Dat blijft een vicieuze cirkel waarbij je mensen wel aannemelijk kan maken dat ze er wel op moeten letten, of dat ze niet meer moeten roken, of dat ze gaan afvallen of dat het beter is dat ze een gereguleerde diabeet zijn, maar zo werkt het in de praktijk niet. Het is altijd iets wat altijd meespeelt, wat je altijd meeneemt. Dat je ze altijd bewust wil maken van het feit dat ze het hebben, dat ze alert moeten zijn. Je kan het ze niet opleggen, ze moeten het zelf doen. Als ze het zelf niet doen dan is dat soms natuurlijk ook moeilijk voor de verpleegkundige die thuis komt, want je wil zo graag dat een patiënt therapietrouw is. Maar dat zijn ze niet allemaal. En doe jij natuurlijk als verpleegkundige je stinkende best om het beter te maken maar die patiënt doet er aan jouw beleving helemaal niks aan. Het is best wel eens lastig, en daar ontkom je niet aan. Dat is het proces van mensen met wonden.

Bijlage 8: Safe Assignment


View SafeAssignment

You have already completed this SafeAssignment. Below are your results.

Assignment Information

Name	Description
Afstudeeronderzoek(Draft)	Safeassignment voor afstudeeronderzoek U3

Submitted Work

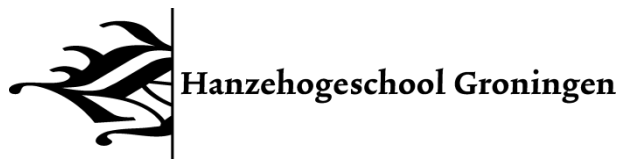
Student ID	Student Name	Text	File	Matching	SA Report	Date Submitted
	Lisanne Berg L van den					di, mei 31, 2016, 12:01 AM

View Grade

Grade	Points Possible	Weight
	0	0.0

Instructor's Feedback

Bijlage 9: Anti-plagiaat verklaring

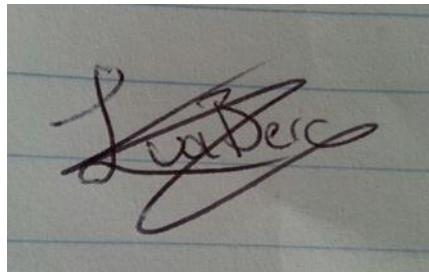


Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen, 01-04-2015

Naam student 1:
Lisanne van den Berg

Handtekening student 1:



Naam student 2:
Sharronne Postema

Handtekening student 2:

