

# **Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland**

**Verenig de expertise ten behoeve van de patiënt**

## **INITIATIEF**

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde  
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie  
Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgie  
Wondplatform Nederland

## **IN SAMENWERKING MET**

Huidpatiënten Nederland  
Nederlands Huisartsen Genootschap  
Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten  
Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Wondexpertise  
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten  
WCS Kenniscentrum Wondzorg  
Patiëntenfederatie Nederland

## **MET ONDERSTEUNING VAN**

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## **FINANCIERING**

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en door het Zorginstituut Nederland.

## Colofon

KWALITEITSSTANDAARD ORGANISATIE VAN WONDZORG IN NEDERLAND  
©2018

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL UTRECHT  
030 282 33 27  
[www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl)  
[nvvh@heelkunde.nl](mailto:nvvh@heelkunde.nl)

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL UTRECHT  
030 200 68 00  
[www.nvdv.nl](http://www.nvdv.nl)  
[secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl)

Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgie  
Orteliuslaan 1, 3528 BA UTRECHT  
030 767 04 84  
[www.nvpc.nl](http://www.nvpc.nl)  
[bureau@nvpc.nl](mailto:bureau@nvpc.nl)

Wondplatform Nederland  
Postbus 145, 5600 AC EINDHOVEN  
[www.wondplatform.nl](http://www.wondplatform.nl)  
[info@wondplatform.nl](mailto:info@wondplatform.nl)

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

## Inhoudsopgave

<b>Samenstelling van de werkgroep</b> .....	<b>4</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>5</b>
<b>Inleiding in wondzorg</b> .....	<b>10</b>
<b>Module 1 Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden</b> .....	<b>19</b>
Bijlage bij module 1.....	25
<b>Module 2 Indeling van wondzorg</b> .....	<b>26</b>
Bijlage bij module 2.....	31
<b>Module 3 Basiswondzorg</b> .....	<b>32</b>
Bijlage bij module 3.....	36
<b>Module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg</b> .....	<b>37</b>
Bijlage bij module 4.....	49
<b>Module 5 Competenties, opleiding en (na)scholing</b> .....	<b>50</b>
Bijlage bij module 5.....	55
<b>Module 6 Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg</b> .....	<b>56</b>
Bijlage bij module 6.....	61
<b>Module 7 Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg</b> .....	<b>62</b>
Bijlage bij module 7.....	65
<b>Bijlage 1 Verslag Invitational Conference 31 maart 2015</b> .....	<b>66</b>
<b>Bijlage 2 Implementatieplan</b> .....	<b>71</b>
<b>Bijlage 3 Begrippenlijst</b> .....	<b>79</b>
<b>Bijlage 4 Afkortingenlijst</b> .....	<b>81</b>
<b>Bijlage 5 Oriënterende search</b> .....	<b>82</b>
<b>Bijlage 6 Format kwaliteitsstatuut multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg</b> .....	<b>84</b>

## Samenstelling van de werkgroep

### Werkgroep

- Dr. R. Meerwaldt, Vaatchirurg, Medisch Spectrum Twente, Enschede, voorzitter, NVvH
- mevrouw F. Das, Patiëntvertegenwoordiger, Huidpatiënten Nederland, Nieuwegein
- mevrouw J. Fentener van Vlissingen, Huid- en oedeemtherapeut, Huidtherapie Heuvelrug, Driebergen, NVH
- mevrouw E. de Lange, Huidtherapeut, CosMed Kliniek, Bosch en Duin, NVH
- Dr. M.B. Maessen-Visch, Dermatoloog, Rijnstate, Arnhem, NVDV
- Dr. C. van Montfrans, Dermatoloog, Erasmus MC, Rotterdam, NVDV
- Dr. J. Oskam, Vaatchirurg, Isala Klinieken, Zwolle, NVvH
- de heer P. Quataert MSc, Verpleegkundig specialist, ZorgSaam, Terneuzen, V&VN
- Dr. K.F. Reiding, Huisarts, IJmuiden, NHG
- mevrouw L. Stoeldraaijers, Diabetespodotherapeut, Podotherapie Valkenswaard, NVvDP
- mevrouw K.C. Timm MA ANP, Verpleegkundig specialist, Allergologie, Woerden, WCS Kenniscentrum Wondzorg
- Prof. dr. P.P.M. van Zuijlen, Plastisch chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk, NVPC
  
- *Met ondersteuning van:*
- Ir. T.A. van Barneveld, Directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht
- Drs. E.E.M. Kolsteren, Adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht
- Drs. L. Niesink-Boerboom, Literatuurspecialist, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht
  
- *Met dank aan:*
- mevrouw R. Lammers, Beleidsmedewerker, Patiëntenfederatie Nederland, Utrecht
- mevrouw C. van Batenburg, Beleidsmedewerker, Stomavereniging Nederland, Houten
- de heer H. Blaauwbroek, Beleidsadviseur, Huidpatiënten Nederland, Nieuwegein
- mevrouw D. Coffie, Beleidsadviseur, Diabetesvereniging Nederland, Houten
- de heer J. Dekkers, Voorzitter Dwarslaesie Organisatie Nederland, Utrecht
- de heer K. Hoogewerf, Beleidsadviseur, Nederlandse Brandwonden Stichting, Beverwijk
- mevrouw H. Verhoef, Secretaris, Debra Nederland
- Mr. E. van Zadel, Voorzitter, Hidradenitis Patiëntenvereniging, Nieuwegein

## Samenvatting

### Module 1

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

### Module 2

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

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

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

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

### Module 3

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

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

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

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

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

### Module 4

Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.

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

Het expertteam dient te voldoen aan de volgende eisen:

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

De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken:

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

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

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

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

## Module 5

### *Competenties regiebehandelaar*

Waarborg dat de regiebehandelaar aan de volgende eisen voldoet:

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

### *Competenties expertteam*

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

### *Bij- en nascholingen*

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

## Module 6

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

- bespreken met de patiënt en vastleggen wensen van de patiënt (qua behandeling en behandelaar) als ook het doel van de behandeling;
- na drie weken (of eerder volgens verwachting) basiswondzorg verwijst of overlegt de huisarts met het expertteam indien de wond onvoldoende aantoonbare genezingstendens vertoont;
- regionaal of lokaal vastgesteld expertteam met een regiebehandelaar (volgens de definities uit de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg);
- afspraken van expertteam, de eerste lijn en het ziekenhuis zijn vastgelegd;
- taken en competenties van zowel (leden van) het expertteam en de regiebehandelaar zijn beschreven en bekend binnen de ketenzorg;

- implementatie van de classificatie van wondzorg conform module 3 'Indeling van wondzorg';
- vastgelegde waarschijnlijkheidsdiagnose(n) in de eerste drie weken en na deze periode een werkelijke diagnose(n) gesteld en vastgelegd waarom de wond niet geneest volgens de daarvoor geldende richtlijnen;
- volgen van de genezing van de wond en het optreden van complicaties middels een (waar mogelijk) transmuraal elektronisch patiëntendossier;
- meten van pijn.

Uitkomstindicatoren:

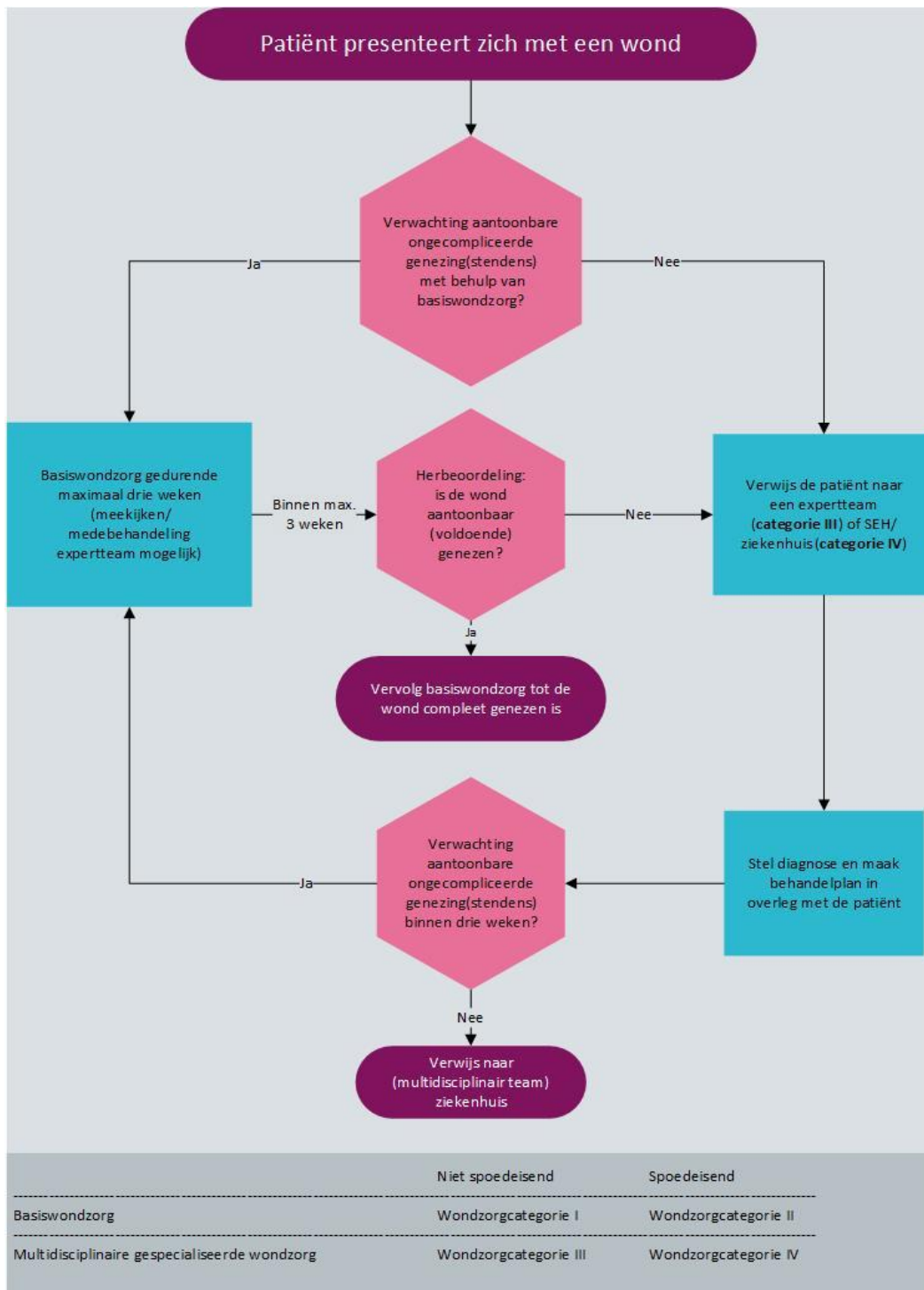
- duur tot behalen van het behandeldoel (ongeacht wat het doel van de individuele patiënt is);
- percentage recidief wond(en) binnen een jaar;
- percentage complicaties per onderliggende diagnose (bijvoorbeeld infectie)
- percentage tijdig verwezen wonden van 'basiswondzorg' naar 'multidisciplinaire,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

Sluit aan bij bestaande landelijke kwaliteitsregistraties van onderliggende diagnoses.

## Module 7

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





Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

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

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.



Ontwikkeld i.s.m. het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, ©2018  
Versie 1 (30-04-2018)

## Inleiding in wondzorg

### De patiënt met een wond

Patiënten met slecht of niet-genezende wonden blijven vaak te lang onvoldoende behandeld (Capgemini Consulting, 2014; Gottrup, 2001).

*Patiënt: “Ik ben geopereerd maar de wond moest genezen zonder hechtingen. Goed spoelen en verband om het te beschermen. Heeft wel een half jaar geduurd voordat het volledig geheeld was. Ik hoor nu pas dat er ook wondconsulenten zijn die je praktisch op weg kunnen helpen met passende verbandmiddelen.”*

*Patiënt: “Het was mei 2015. Ik had last van een dik rechterbeen. De huisarts ontdekte dat ik een wondje onder mijn rechtervoet had. Ik kreeg antibiotica en kreeg drie keer per week thuiszorg om mijn voet te laten verzorgen. Na zes weken was het nog niet over en moest ik naar de wondpoli in een ziekenhuis. Daar kreeg ik te horen dat wonden bij suikerziekte slecht genezen en dat ik zelfs kans liep op een amputatie. Met de hulp van het diabetisch voetenteam genas mijn wond gelukkig snel.”*

*Patiënt: “Een aantal weken geleden kreeg ik een wond aan mijn voet. Mijn huisarts stuurde mij snel naar het ziekenhuis omdat ik bekend ben met hart- en vaatziekten. Een wondteam in het ziekenhuis gaf gelukkig snel een advies hoe de wond te behandelen en dat ik waarschijnlijk een bloedvatoperatie nodig zou hebben. Thuis kreeg ik zorg via de thuiszorg, maar zij gaven mij andere adviezen en twijfelden ook over het nut van een operatie gezien mijn beperkte conditie. Ik heb niet het gevoel dat de behandeling tussen alle zorgverleners die mij helpen goed is afgestemd. Ik maak mij zorgen of het zo wel goed komt en of ik niet risico loop op een amputatie van mijn been zoals mijn moeder vroeger heeft gehad. “*

Patiënten met een wond die niet geneest, kunnen last hebben van pijn, een nare geur, fysiek onwelbevinden, beperkingen in mobiliteit, beperkingen op het gebied van sociale contacten en functioneren en psychologische problemen (Augustin, 2012). Daarnaast kan deelname aan het arbeidsproces beperkt of onmogelijk zijn of kan men zelfs niet meer in staat zijn zelf in de algemene dagelijkse levensbehoeften te voorzien. Soms is een ingrijpende behandeling nodig om een wond te laten genezen, zoals een operatie of een langdurige behandeling met frequente bezoeken van en aan (verschillende) zorgverleners. Kortom, wonden kunnen een behoorlijk negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven en andere dimensies die het gezondheidswelzijn van de patiënt bepalen (Huber, 2016). Niet enkel de (genezing) van de wond dient daarom centraal te staan in de zorg voor patiënten met een wond, maar de patiënt in zijn geheel.

Wondgenezing is een proces waarbij verschillende fasen worden doorlopen, te weten hemostase en inflammatie, proliferatie en remodellering van weefsel (Leaper & Harding, 1998; Hutchinson, 1992). Bij ongecompliceerde wondgenezing wordt verondersteld dat de verschillende fasen van normale wondgenezing probleemloos in volgorde en qua duur worden doorlopen, de wond (afhankelijk van omvang en diepte) binnen een bepaalde tijd

(twee tot vier weken) geneest en de anatomische en functionele integriteit van het weefsel hierbij herstelt (Leaper & Harding, 1998; Hutchinson, 1992). Als de wond onvoldoende genezingstendens laat zien, moet men op zoek naar de belemmerende factoren. Hier wordt al snel gesproken van een chronische of complexe wond. Echter, een wond zelf is niet complex maar de situatie kan complex worden doordat geen of onvoldoende genezing optreedt. Een accuratere beschrijving is een wond met een complexe genezing. Kortom, de complexe wond bestaat niet en doet geen recht aan een patiënt met een gecompliceerde wondgenezing.

Een wond (met onvoldoende genezing), kan vele oorzaken hebben zoals veneuze of arteriële insufficiëntie, diabetes mellitus, of een trauma, maar ook een maligniteit, infectie, automutilatie of druk op de huid waardoor decubitus ontstaat, kan hieraan ten grondslag liggen. Een wond is een beschrijving van een situatie en is een bevinding bij het lichamelijk onderzoek van een patiënt. Een wond is op zichzelf geen diagnose. Altijd dienen de oorzaak van de wond en de belemmerende factoren bij uitblijven van genezing achterhaald te worden.

De oorzaken zijn onder te verdelen in patiënt specifieke factoren (zoals leefstijl, leeftijd, (non-)compliance, co-morbiditeit, medicatie, maar ook wensen en mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving) en lokale factoren in en rondom de wond (zoals grootte, necrose, oedeem, doorbloeding of druk). Het stellen van een adequate diagnose in een vroeg stadium na het ontstaan van een wond is van groot belang, daar een juiste behandeling gericht op de onderliggende oorzaak en de belemmerende factoren leidt tot een snellere genezing en/of behoud van een betere kwaliteit van leven. Voor de benodigde diagnostiek en behandeling(en) van specifieke wonden wordt verwezen naar de bijbehorende medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden (zie module 1 Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden).

Knelpunten op het gebied van wondzorg doen zich niet alleen voor op het niveau van de wond of de patiënt, maar ook op het niveau van de organisatie van zorg zoals die in Nederland geleverd wordt. Vraagstukken als 'op welk moment moet een patiënt verwezen worden?', 'wat is voor hem of haar het juiste adres om een wond goed te behandelen?' en 'hoe vindt de overdracht van zorg plaats?' zijn hier voorbeelden van. Met de kwaliteitsstandaard wordt geprobeerd op deze vraagstukken een antwoord te geven. Het uitgangspunt van deze kwaliteitsstandaard is de wondzorg voor patiënten met een complexe wondgenezing waarvoor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg nodig is. De complexe wond op zichzelf bestaat immers niet.

### **Wondzorg in Nederland**

Naar schatting zijn er in Nederland per jaar circa 500.000 patiënten met wonden met een complexe genezing, waaronder 350.000 extramuraal (Rapport Innovatie van complexe wondzorg, 2014). Met de toenemende vergrijzing betreft het hier een probleem van groeiende omvang. Naar schatting zal het aantal ouderen (65-plussers) in 2020 toegenomen zijn tot een populatie van 3,4 miljoen. Ten opzichte van 2012 is dit een stijging van 26%. Het aantal 80-plussers binnen deze groep zal stijgen van 686.000 in 2012 tot circa 900.000 in 2020 (In voor zorg, 2015). Door een gezonde(re) leefstijl, betere

preventie en betere zorg zal ook de leeftijdsverwachting toenemen: op 65-jarige leeftijd in 2020 voor mannen wordt een levensverwachting van 20 jaar verwacht, en voor vrouwen 23 jaar. Dit is een toename van twee jaar ten opzichte van 2012 (In voor zorg, 2015). Het is dan ook de verwachting dat de groep patiënten met een complexe genezing in de toekomst alleen maar zal toenemen.

Voor complexe wondgenezing, en ook voor de steeds oudere en kwetsbare doelgroep, is multidisciplinaire, gespecialiseerde zorg noodzakelijk die geleverd wordt door zorgverleners met expertise op het gebied van wondgenezing (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wondzorg). Een Deense studie toonde in 2001 al aan dat een multidisciplinair expertiseteam voor wondzorg, georganiseerd vanuit het ziekenhuis, leidt tot snellere wondgenezing, minder amputaties en minder opnames in ziekenhuizen (Gottrup, 2001). Ook Nederlands promotieonderzoek toont het effect aan van het tijdig verwijzen van patiënten met wonden die onvoldoende genezen naar een wondexpertisecentrum, wat zelfs kan leiden tot een kostenbesparing van 2500 euro per patiënt per jaar (Rondas et al., 2015).

In het rapport Verkenning Wondbehandeling in Nederland van het Zorginstituut Nederland (destijds College Voor Zorgverzekeringen) werd een aantal knelpunten op het gebied van zowel de expertise als de organisatie van wondzorg genoemd (van Mierlo, 2012). Enkele knelpunten worden hieronder uitgelicht waarna hier in de kwaliteitsstandaard dieper op in wordt gegaan:

- 1 Het diagnosticeren van de onderliggende oorzaak die leidt tot een slecht genezende wond gebeurt vaak pas in een laat stadium (module 1 Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden en module 2 Indeling van wondzorg).
- 2 De zorg wordt fragmentarisch aangeboden (zowel binnen als tussen zorgchelon) en het overzicht ontbreekt wie, wat, wanneer doet, voor én met een patiënt met een wond. Het resultaat is dat het lang kan duren voordat adequate diagnostiek wordt ingezet en gerichte therapie gestart kan worden (module 3 Basiswondzorg en module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).
- 3 De opleiding van hulpverleners betrokken bij wondzorg is niet altijd voldoende om adequate wondzorg en compressietherapie te bieden. Ook blijkt in de praktijk dat het hen ontbreekt aan 'tools' om de onderliggende pathologie die de wondgenezing belemmert, te diagnosticeren en aan kennis en expertise om uitkomsten daarvan te duiden (module 5 Competenties, opleiding en (na)scholing).
- 4 Registratie van uitkomsten van wondzorg zoals duur tot genezing of complicaties, vindt beperkt plaats en eventuele resultaten worden slechts beperkt geanalyseerd (module 6 Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).
- 5 De financiering van de wondzorg is fragmentarisch. Behandeling en ondersteuning van de patiënt met een wond vindt plaats vanuit het budget eerstelijnszorg, budget medisch specialistische zorg, budget langdurige zorg en budget gemeente. Ook vindt de financiering plaats op basis van verrichtingen die het 'vasthouden' van een patiënt bij een bepaalde zorgverlener kan stimuleren. Bekostiging op basis van uitkomst van zorg vindt (nog) niet plaats. Dit maakt dat over de kosten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg tot in detail weinig bekend is. Dit leidt tot een gebrek aan inzicht in de waarde van zorg (module 7 Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).

- 6 De kosten van wondzorg zijn hoog, met name vanwege de vaak langdurige inzet van zorgverleners en daarnaast het gebruik van geneesmiddelen en verbandmiddelen. De totale kosten voor (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg wordt in Nederland geschat op ongeveer 3,2 miljard euro (Ministerie van VWS, 2013), maar exacte getallen zijn niet bekend.

In het rapport *Analyse Complexe Wondzorg* van het Zorginstituut Nederland uit 2013 wordt aanbevolen om voor verschillende typen wonden aparte kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. De werkgroep ziet in eerste instantie een knelpunt in de organisatie van wondzorg waarbij duidelijk beschreven dient te worden op welke manier een juiste diagnose gesteld kan worden zodat de juiste zorg geboden kan worden. Met deze kwaliteitsstandaard is een document ontwikkeld dat de multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg overkoepeld. De patiënt met een wond die zich presenteert met een zorgvraag staat hierin centraal.

### **Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland**

#### *Doel*

Het doel van het ontwikkelen en implementeren van de kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland is de patiënt met een wond zo snel als mogelijk de regie over zijn of haar leven terug te geven, kwaliteit van leven te verbeteren en de lijdensdruk te verminderen. Hiertoe is het essentieel de expertise rondom wondzorg te verenigen en een optimale organisatie van wondzorg in de keten te realiseren. De kwaliteitsstandaard richt zich daarvoor op alle zorgverleners betrokken bij wondzorg, in alle bijbehorende locaties.

De kwaliteitsstandaard heeft nadrukkelijk niet tot doel het geven van een beschrijving hoe de wondzorg er medisch-inhoudelijk uit hoort te zien. Hiervoor wordt verwezen naar de medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden.

#### *Initiatief*

Op initiatief van het Wondplatform Nederland (WPN) heeft een werkgroep onder leiding van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) de kwaliteitsstandaard geschreven. De kwaliteitsstandaard is ontwikkeld onder begeleiding van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en de financiering werd verstrekt door het Zorginstituut Nederland en de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Patiëntenparticipatie bij deze kwaliteitsstandaard werd mede gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) binnen het programma Kwaliteit, Inzicht en Doelmatigheid in de medisch specialistische Zorg (KIDZ).

#### *Samenstelling werkgroep*

Voor het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaard is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep).

### Belangenverklaringen

De KNMG-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstreming is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatie management, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met evt. belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Wergroepid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Barneveld, van	Directeur Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten	Voorzitter richtlijn advies en autorisatiecommissie in de jeugd en gezondheidszorg Gezondheidsraadcommissie (Medicalisering) Lid van Raad van Advies Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratoriumdiagnostiek (SKML) Lid van Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden (AQUA), van het Zorginstituut Nederland	Geen	Geen
Das	Penningmeester Huidpatiënten Nederland (HPN) Penningmeester Hidradenitis Vereniging Nederland (HPV) Raad van Advies Vereniging Huidtherapeuten	HPN: reis- en onkostenvergoeding HPV: reis- en onkostenvergoeding	Geen	Geen
Fentener van Vlissingen	Eigenaar/ huid- en oedeemtherapeut bij Huidtherapie Heuvelrug	Directie en uitvoering behandelingen die gebruikelijk zijn voor het voeren van een eigen onderneming. Betaald: winst uit eigen onderneming	Geen	Geen
Kolsteren	Junior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten	Kwaliteitsbeleidsadviseur Kwaliteit Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)	Geen	Geen
Lammers	Beleidsadviseur Patiëntenfederatie Nederland	Geen	Geen	Geen
Lange, de	Huidtherapeut	Opstellen kwaliteitsstandaard ter optimalisering en standaardisering van de multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg	Geen	Geen
Maessen-Visch	Dermatoloog	Voorzitter richtlijn ulcus cruris venosum: onbetaald Lid bestuur NVDV: penningmeester, onbetaald	Geen	Geen

		Opleider (perifeer) dermatoloog: onbetaald Domeingroep lid Domeingroep vaten NVDV		
Meerwaldt	Voorzitter werkgroep	Secretaris WPN (onbetaald) Vicevoorzitter Beroepsbelangen NVvH (onbetaald) per mei 2016 voorzitter Beroepsbelangenvereniging (BBV) en penningmeester NVvH (betaald) METC Twente (onbetaald) Lid werkgroep ketenzorg complexe wonden Twente (onbetaald)	Geen	Geen
Montfrans	Dermatoloog ErasmusMC	Board member European Academy of Dermatology and Venereology, onbetaald member scientific programming committee, onbetaald Domeingroep lid domeingroep vaten NVDV	Geen	Geen
Oskam	Chirurg	Tot 1-1-2015 minderheidsbelang aandelen Qualityzorg BV, thuiszorgorganisatie Zwanenburg Minderheidsbelang aandelen Keizerkliniek Assen, ZBC voor onder andere Vaat-Wondzorg	Geen	Geen
Quataert	Verpleegkundig Specialist Intensieve zorg	Secretaris/penningmeester V&VN Wondexpertise (onbetaald) Voorzitter WCS decubituscommissie (vrijwilligersvergoeding) Lid WPN (onbetaald)	Geen	Geen
Reiding	Huisarts	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Stip Cursus wondbehandeling (docent + ontwikkelaar) (betaald per gegeven cursus) Lid wondplatform namens het NHG vacatiegeld	Geen	Geen
Stoeldraaijers	Diabetespodotherapeut	Bestuurslid Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten (NVvDP), betaling vacatiegelden bestuursvergaderingen	Geen	Geen
Timm	Verpleegkundig specialist Allergologie	Bestuurslid WCS Kenniscentrum Wondzorg (vrijwilligersvergoeding) Vicevoorzitter Wondplatform Nederland (WPN) (onbetaald) Tot dec 2016 lid ledenraad Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (onbetaald)	Geen	Geen

		Tot dec 2016 eindredacteur WCS Nieuws (vrijwilligersvergoeding) Eigenaar Cutis Cura – Vakblad dermatologieprofessionals Beroepsblad Regionaal Tuchtcollege Den Haag (betaald) Presentaties aan verschillende verenigingen over dermatologie, wonden en verpleegkundig leiderschap (betaald)		
Zuijlen, van	Plastisch chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk Bijzonder hoogleraar brandwondengeneeskunde VUmc Amsterdam	Expert in advieskamer van TRIP. Werzaamheden: adviserend lid, betaald: nee Medical Resonance Board (MRB) of the EU- FP7 Collaborative Project Fullphase. Werzaamheden: adviserend lid (onbetaald)	Geen	Geen

De kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland is, zoals eerder al genoemd, ontwikkeld met als doel de organisatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in Nederland te beschrijven op een dusdanige manier dat de patiënt met een wond zo snel als mogelijk de regie over zijn of haar leven (terug) kan nemen, kwaliteit van leven verbetert en de lijdensdruk vermindert. Goede diagnostiek en behandeling, in samenspraak met betrokken zorgverleners en de patiënt, zijn essentiële onderdelen om een optimale organisatie van wondzorg in de keten te realiseren. De kwaliteitsstandaard vormt daarmee een overkoepelend document over organisatie van zorg, waar medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden op het gebied van wondzorg onder kunnen vallen. In module 1 Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden wordt hier dieper op in gegaan.

Met aandacht voor de volgende punten hoopt de werkgroep bovenstaand doel met alle zorgverleners en zorgaanbieders in Nederland die zich met wonden bezighouden te bereiken:

1. in een vroeg stadium stellen van de diagnose;
2. eenduidig aanbieden van (wond)zorg met duidelijke (terug)verwijscriteria;
3. samenwerkingsafspraken maken over de behandeling(en);
4. registratie van wonden;
5. functieomschrijving van hulpverleners;
6. multidisciplinaire werkwijze.

### **Patiëntenperspectief**

In de kwaliteitsstandaard is het patiëntenperspectief het uitgangspunt van waaruit de multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt vormgegeven. Dit perspectief is bewaakt tijdens werkgroepvergaderingen door de patiëntvertegenwoordiger van Huidpatiënten Nederland en de Patiëntenfederatie Nederland welke beiden zitting hadden in de werkgroep, en tevens is het patiëntenperspectief besproken tijdens de



Invitational conference met het veld die plaats vond in maart 2015. Daarnaast is er in september 2015 een aparte bijeenkomst voor de patiënten(vertegenwoordigers) georganiseerd in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland. De volgende verenigingen waren hierbij aanwezig:

- Nederlandse Brandwonden Stichting/Vereniging van Mensen met Brandwonden;
- Debra Nederland;
- Diabetesvereniging Nederland;
- Dwarslaesie Organisatie Nederland;
- Huidpatiënten Nederland;
- Hidradenitis Patiëntenvereniging.

Het doel van deze bijeenkomst met patiëntverenigingen was het inbrengen van onderwerpen/(knel)punten die van belang zijn voor de patiënt op het gebied van wondzorg, naast het bespreken van de knelpunten die tijdens de Invitational conference met het veld benoemd waren. Hieruit bleek dat onderwerpen die voor de patiënt van belang zijn, grotendeels ook door andere stakeholders werden genoemd. Deze knelpunten omvatten onder andere het tijdig verwijzen, het organiseren van een regionale aanpak van wondzorg, bekostiging, goede (schriftelijke) voorlichting, communicatie, behalen van het behandeldoel en het meten van geschikte uitkomstmaten (waaronder patiëntgerapporteerde uitkomsten).

Een tweede bijeenkomst voor de patiëntverenigingen werd een jaar later georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst werden de inmiddels geschreven conceptmodulen van de kwaliteitsstandaard aan de patiëntverenigingen voorgelegd en bediscussieerd. Tevens is de kwaliteitsstandaard zowel voorafgaand als tijdens de algemene commentaarronde in zijn geheel voorgelegd aan de Patiëntenfederatie en de diverse patiëntverenigingen.

#### *Afbakening kwaliteitsstandaard*

Zoals eerder genoemd vond in maart 2015 een brede Invitational conference plaats waar medisch specialisten, verpleegkundigen, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en andere betrokkenen zich bogen over de onderwerpen die in de kwaliteitsstandaard thuishoren en de prioritering hiervan. In diverse medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden staat veel over diagnostiek en behandeling van wonden maar het veld heeft duidelijk aangegeven behoefte te hebben aan een overkoepelend document. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling bestaande richtlijnen te herschrijven. In bijlage 1 is het verslag van de Invitational opgenomen, evenals de lijst met geprioriteerde onderwerpen.

Zowel patiënten als zorgverleners hebben aangegeven dat de kwaliteitsstandaard niet de plaats is voor het beschrijven van de keuze voor bepaalde hulpmiddelen zoals wondverbandmiddelen. Bestaande regionale protocollen en afspraken blijven leidend in de keuze voor bepaalde hulpmiddelen en de kwaliteitsstandaard geeft hiertoe de ruimte.

### **Oriënterende search**

Via Medline en Ovid werd een oriënterende search uitgevoerd naar (inter)nationale literatuur over de organisatie van (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg. Details van deze search zijn opgenomen in bijlage 5. Uit de gevonden literatuur bleek dat het beschrijven van de organisatie van (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg zich vaak beperkt tot een bestaande, gediagnosticeerde wond en veelal gedocumenteerd is in richtlijn(achtige) documenten of (regionale) protocollen. Het beschrijven van de organisatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg vanuit een overkoepelende visie, waarvoor deze kwaliteitsstandaard dient, maakt dat de gevonden documenten veelal niet geschikt werden geacht als onderbouwing en daarom niet zijn opgenomen in deze kwaliteitsstandaard. De werkgroep heeft de Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden geraadpleegd op het gebied van organisatie van wondzorg en baseert zich daarnaast voornamelijk op expert opinion en consensus. Enkele (inter)nationale richtlijnen, wondzorgdocumenten en -rapporten die buiten het bestek van de search vallen, dienden als inspiratie en werden waar mogelijk als onderbouwing toegepast. Tevens werd door de gehele kwaliteitsstandaard onderbouwende literatuur ter ondersteuning van de overwegingen en geformuleerde aanbevelingen toegepast.

### **Beoogde gebruikers van de kwaliteitsstandaard**

De kwaliteitsstandaard is gericht op alle disciplines die met wondzorg in aanraking komen. Daarnaast is het van belang dat ook andere zorgverleners in de keten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard. Voor patiënten en naasten is een patiëntenversie van de kwaliteitsstandaard ontwikkeld.

### **Definitie en toelichting van begrippen**

In bijlage 3 is een begrippenlijst opgenomen.

### **Literatuur**

- Augustin, et al. (2012). *Optimising wellbeing in people living with a wound*. Londen: Wounds International Enterprise House.
- Cappemini Consulting (2014). *Innovatie van complexe wondzorg. Onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen*. Referentienummer: 14.0209 G&H. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Gottrup, F., Holstein P., Jørgensen B., et al. (2001). *A new concept of a multidisciplinary wound healing center and a national expert function of wound healing*. Arch Surg. 2001;136(7):765-72.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., et al. (2016). *Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study*. BMJ Open 2016;6:e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091.
- Hutchinson, J. (1992). *The Wound Programme*. Centre for Medical Education, Dundee: 2.
- In voor Zorg (2015). *De langdurende zorg in 2020: trends cliënten*. Geraadpleegd op 15-03-2017 via <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-de-langdurende-zorg-in-2020-trends-clienten.html>. Utrecht: In voor Zorg.
- Leaper, D.J., Harding, K.G. (1998). *Wounds: Biology and Management*. Oxford University Press.
- Van Mierlo-van den Broek, P.A.H., de Laat, H.E.W. (2012). *Verkenning Wondbehandeling in Nederland*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Rondas, A.A.L.M., Schols, J.M.G., Halfens, R.J.G., et al. (2015). *Cost analysis of one of the first outpatient wound clinics in the Netherlands*. MAG Online Library Journal of Wound Care List of Issues; 24(9).

## Module 1 Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden

### Uitgangsvraag

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

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

### Inleiding

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

### Zoeken en selecteren

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

### Diagnostiek

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

Bij beschrijving van het lichamelijk onderzoek worden de observatie, ofwel het klinisch beeld, en het bepalen van factoren die de wondgenezing beïnvloeden, veelvuldig

beschreven. Daarnaast worden aandoeningsspecifieke factoren benoemd, bijvoorbeeld controle van het zitkussen, schoeisel of het matras bij preventie van decubitus, in relatie tot afwijkingen gevonden bij het lichamelijk onderzoek.

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

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

De benodigdheden voor het uitvoeren van deze veelgenoemde aanvullende onderzoeken dienen eenvoudig beschikbaar te zijn voor zorgverleners die betrokken zijn bij het diagnosticeren van wonden en onderliggende problematiek. Het gaat hierbij nadrukkelijk om het kunnen laten verrichten van aanvullend onderzoek en het kunnen duiden van de uitslag in relatie tot de wond. In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt hier dieper op in gegaan.

### **Behandeling**

De behandeling van wonden zoals beschreven in richtlijnen richt zich op het behandelen van de desbetreffende gediagnosticeerde wond en eventuele onderliggende oorzaak. Voor details over specifieke behandelingen wordt daarom naar de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden verwezen (zie tabel 1.1). Er wordt in deze richtlijnen geen overkoepelende aanpak voor de behandeling van wonden beschreven. De kwaliteitsstandaard heeft nadrukkelijk niet tot doel specifieke wond(behandelingen) te beschrijven daar deze in richtlijnen tot in detail worden toegelicht. Op specifieke behandelmethoden voor specifieke wonden wordt dan ook niet verder ingegaan maar telkens verwezen naar richtlijnen.

### **Nazorg en preventie**

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

communicatiestructuur dient daarom te worden gewaarborgd tussen de verschillende betrokken disciplines, op alle niveaus. Hierover dienen regionaal onderlinge afspraken te worden gemaakt.

### **Organisatie en implementatie van wondzorg**

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

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

Op hoe de specifieke wondzorg te implementeren is, wordt vaak niet in detail ingegaan. In de meer overkoepelende richtlijn Acute Wondzorg (NVVH, 2013) wordt een aantal knelpunten genoemd op het gebied van organisatie van zorg, zoals de vele verschillende betrokken disciplines, taakherschikking, onduidelijkheid over wie de verantwoordelijkheid heeft voor wondbehandeling, onduidelijkheden over ketenzorg, verschillende wijzen van communicatie en overdracht met de thuiszorg en tegenstrijdige adviezen (Feiter, 2012). In de richtlijn Veneuze pathologie (NVDV, NVVH, 2014) waarin de vier richtlijnen varices, diep veneuze ziekte, ulcus cruris venosum en compressietherapie zijn ondergebracht, worden geen uitspraken gedaan over overkoepelende zorg bij deze aandoeningen en de organisatie daarvan, maar wordt benoemd dat meer ervaring moet worden opgedaan waarna regionale afspraken gemaakt kunnen worden. Dit geeft aan dat winst te behalen valt in het organiseren en beschrijven van een overkoepelende aanpak op het gebied van wondzorg.

### **Kennislacunes**

#### *Onderzoek*

Er is veel klinisch onderzoek beschikbaar op het gebied van diagnostiek en behandelmethoden betreffende wondzorg. Echter ontbreekt het aan wetenschappelijk onderzoek in de vorm van RCT's en systematische reviews, bijvoorbeeld over oorzaken waardoor wonden niet (voldoende) genezen en de effectiviteit van bepaalde verbandmiddelen. Andere kennislacunes die benoemd kunnen worden op het gebied van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg zijn het bestaan van specifieke kwaliteit-van-leven-vragenlijsten voor patiënten met wonden, welke vorm van compressietherapie het meest effectief is en hoe de compliance verhoogd kan worden, wat het effect is van leefstijladviezen, welke opleidingsstructuur/scholing zorgt voor de beste zorg dicht bij de patiënt en hoe de kwaliteit van de zorg gemeten dient te worden. Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de organisatie van (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg.

Het doel van het identificeren van kennislacunes en het gebrek aan onderzoek/bewijs is het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg waardoor de zorg kwalitatief beter wordt. Goede zorg is het

leveren van kwaliteit van zorg waardoor de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert en kosten dalen (Øvretveit, 2009).

### Richtlijnen

Ook zijn niet voor alle aandoeningen medisch-specialistische richtlijnen of standaarden beschikbaar die goede (wond)zorg beschrijven. De werkgroep benoemt hieronder twee voorbeelden:

- toxische epidermale necrolyse
- weke delenletsel

### Conclusies

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

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

- <b>GRADE</b>	Een duidelijke indeling van wondzorg ontbreekt.
-------------------	---

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

### Overwegingen

#### *Inventarisatie richtlijnen en standaarden*

Richtlijnen over wondzorg die zich richten op de volwassen patiënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd om inzicht te krijgen in (de organisatie van) wondzorg. Richtlijnen die vóór 2018 beschikbaar waren, zijn in deze analyse meegenomen en opgenomen in tabel 1.1. Tevens zijn in deze tabel richtlijnen opgenomen die (naar verwachting) in 2018 en uitkwamen zodat er een overzicht ontstaat van richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden voor details over wondzorg bij specifieke diagnoses/aandoeningen. Deze opsomming is niet uitputtend.

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

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

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

**Tabel 1.1** Overzicht richtlijnen wondzorg meegenomen in de inventarisatie

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

### Definities

Richtlijnen geven vaak definities van de specifieke aandoeningen die ze beschrijven. Er worden echter geen overkoepelende definities van wondzorg gegeven, behalve in de richtlijn Acute wondzorg van de NVVH (2013) waarin een 'complexe wond' wordt gedefinieerd als:

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

Dit zegt nog niets over (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg. Omdat voor het waarborgen van een uniforme, kwalitatief goede, multidisciplinaire werkwijze binnen wondzorg van belang is dat het eenduidig is wat er onder multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt verstaan en hoe dit zich verhoudt tot wondzorg in het algemeen, wordt hier in module 2 Indeling van wondzorg dieper op in gegaan.

### Aanbeveling

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

### Literatuur

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

\*Richtlijnen waarin andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, vormen hierop een uitzondering: Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Diabetische voet (NIV, 2017)

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



## Bijlage bij module 1

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
1	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 2 Indeling van wondzorg

### **Uitgangsvraag**

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

### **Inleiding**

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

De indeling in vier wondzorgcategorieën beschrijft de aan- of afwezigheid van een spoedeisend karakter en de mate van zorg die noodzakelijk is om de wond te laten genezen of de doelstelling met betrekking tot de genezing te behalen. De meeste wonden behoeven uiteraard geen spoedeisende behandeling en behoeven ook geen wondzorg door een multidisciplinair team; met adequate verzorging en de intrinsieke genezingstendens zullen veel wonden doorgaans vanzelf genezen binnen afzienbare tijd. Aan het andere uiterste van het spectrum bevinden zich wonden bij patiënten met complexe pathologie die ook spoedeisend zijn. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan een patiënt met sepsis op basis van een ernstige infectie bij een diabetisch voetulcus of uitgebreide brandwonden. Van groot belang is dat de patiënt in deze situatie direct op de juiste manier behandeld wordt.

### **Basiswondzorg**

In onderstaande tabel 2.1 is de indeling in vier wondzorgcategorieën weergegeven. Categorie I en II beschrijven de zorg die in de eerste lijn, op de spoedeisende hulp (SEH) of in de kliniek gegeven kan worden wanneer een nieuwe wond wordt geïdentificeerd. Deze zorg wordt aangeduid als basiswondzorg waarbij het gaat om vaak monodisciplinaire, lokale wondzorg en beperkt invasieve zorg zoals debridement, compressietherapie en drukontlasting. (beschreven in module 3 Basiswondzorg).

### **Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg**

Wondzorgcategorie III en IV omvatten complexere, multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg die geleverd wordt door een expertteam dat beschikt over de benodigde middelen om deze zorg te kunnen leveren. De zorg bij deze wondzorgcategorieën is complex omdat het om patiënten gaat die te maken hebben met co-morbiditeit, polyfarmacie, en slecht genezende wonden, waarbij categorie IV zich van categorie III onderscheidt vanwege het spoedeisende karakter. In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt dieper in gegaan op deze wondzorgcategorieën.

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

**Tabel 2.1 Indeling wondzorgcategorieën**

	Niet spoedeisend	Spoedeisend
<b>Basiswondzorg</b>	wondzorgcategorie I	wondzorgcategorie II
<b>Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg</b>	wondzorgcategorie III	wondzorgcategorie IV

#### *Wondzorgcategorie I*

Patiënten met een wond waarbij behandeling noodzakelijk maar niet spoedeisend is en met behulp van basiswondzorg moet kunnen genezen. In module 3 Basiswondzorg wordt hier dieper op ingegaan.

Voorbeeld: Traumatische onderbeenwond met een goede genezingstendens.

#### *Wondzorgcategorie II*

Patiënten met een wond waarvoor behandeling snel gestart dient te worden (spoedeisend) maar waarbij de wond binnen drie weken moet kunnen genezen met behulp van basiswondzorg (zie onderstaande paragraaf 'verwijstermijn' en module 3 Basiswondzorg). Voor behandeling en wondzorg dienen waar mogelijk bijbehorende (aandoeningsspecifieke) richtlijnen gevolgd te worden.

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

#### *Wondzorgcategorie III*

Patiënten met een wond (niet spoedeisend) die na drie weken, ondanks basiswondzorg (volgens geldende richtlijnen), onvoldoende genezing vertoont\*. Bij deze categorie volstaat basiswondzorg niet en is multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg nodig (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).

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

#### *Wondzorgcategorie IV*

Patiënten met een wond waarvoor behandeling spoedeisend is omdat de wond functie- of orgaanbedreigend is, of zelfs levensbedreigend. Doorgaans betreft het (traumatische) wonden waarbij diepere structuren dan de huid beschadigd kunnen zijn, of bestaande wonden met secundaire regionale of systemische infectieverschijnselen. Deze patiënten dienen direct gezien te worden op de SEH of door een expertteam (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).

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

## **Verwijstermijn**

Indien na maximaal drie weken\* geteld vanaf het moment dat de arts, waar mogelijk, bij de patiënt een diagnose heeft gesteld op basis waarvan de behandeling wordt gestart (basiswondzorg), de wond niet of onvoldoende aantoonbaar genezen is (de aantoonbare genezingstendens onvoldoende is), dient de arts te verwijzen naar een expertteam (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg). Een verwijstermijn van maximaal drie weken geldt alleen voor patiënten met een wond met een al dan niet acute zorgvraag, (dus met uitzondering van bijvoorbeeld kleine snijwondjes) die zich voor het eerst presenteren bij een zorgverlener, zonder bekend onderliggend lijden en waarbij de verwachting is dat de wond binnen enkele weken goed zal genezen met basiswondzorg. Het doel van het vastleggen van een maximale verwijstermijn is het voorkomen van additionele schade bij de patiënt door te laat verwijzen. De keuze voor de termijn van drie weken is moeilijk wetenschappelijk te onderbouwen en gebaseerd op expert opinion. Onderzoek toont echter aan dat de meeste ongecompliceerde wonden doorgaans binnen 2 tot 4 weken genezen of een normale genezingstendens vertonen (Augustin, 2012). De werkgroep krijgt namelijk signalen uit het veld dat er een patiënt- en professionalsdelay is voordat de patiënt met een wond gezien wordt door een arts. De werkgroep hecht eraan dat dit verder onderzocht wordt en roept in de tussentijd op de patiënt met een wond te verwijzen naar de arts. Bij verwijzing dient gekeken te worden naar de mogelijkheden voor de patiënt en waar nodig kunnen e-health-toepassingen ingezet worden.

Bij wondzorgcategorie I en II dient in de eerste periode basiswondzorg verleend te worden aangezien het in deze categorie gaat om een te verwachten ongecompliceerde wondgenezing binnen enkele weken (module 3 Basiswondzorg). Indien het gaat om een complexe of verergerende situatie kan de patiënt uiteraard eerder worden verwezen, of bij bekende aandoeningen waarbij andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, zoals bij diabetische voetulcera\*.

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

## **Verandering van wondzorgcategorie**

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

Indien niet spoedeisend behoort de wondzorg tot categorie I of III. Voor wondzorgcategorie III dient hierbij verwezen te worden naar een expertteam. In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt hier dieper op ingegaan. Het doel van verwijzing naar een expertteam is ervoor te zorgen dat de complicerende factoren (zoals bovenstaand beschreven) bij een patiënt met een wond zo snel mogelijk (verder) in

*\*Richtlijnen waarin andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, vormen hierop een uitzondering: Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Diabetische voet (NIV, 2017)*

beeld gebracht worden zodat een adequate behandeling, gericht op deze factoren, gestart kan worden. Hierbij dienen de specifieke richtlijn(en) gevolgd te worden. Bij sommige patiënten die voor wondzorgcategorie III of IV in aanmerking komen, gelden bovenstaande aanbevelingen voor verwijzen niet. Een voorbeeld hiervan is een terminale patiënt met een palliatief beleid. Het besluit om niet te verwijzen gaat in overleg met de patiënt, arts, familie, mantelzorger en eventueel andere betrokkenen. Uiteraard ontvangt de patiënt wel de benodigde basiswondzorg.

## **Overwegingen**

### *Indeling wondzorg*

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

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

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

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

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

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

gespecialiseerde wondzorg. Voor details over diagnostiek en behandeling van specifieke aandoeningen wordt verwezen naar de betreffende aandoeningsspecifieke richtlijnen.

### Aanbevelingen

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

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

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

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

### Literatuur

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

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

## Bijlage bij module 2

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
2	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 3 Basiswondzorg

### Uitgangsvraag

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

### Inleiding

Wanneer een patiënt met een wond zich presenteert bij een behandelaar zal deze moeten bepalen welke wondzorgcategorie bij de wond en de situatie van de patiënt past (zie module 2 Indeling van wondzorg). In deze module wordt ingegaan op basiswondzorg, ofwel de wondzorg voor patiënten die zich tot een zorgverlener wenden met een wond waarvan de zorgverlener de verwachting heeft dat de wond binnen maximaal drie weken zonder complicaties zal genezen, of in ieder geval aantoonbaar voldoende genezingstendens vertoont. Dit kan zich op verschillende plekken zich voordoen, bijvoorbeeld bij de huisarts, op de spoedeisende hulp, in een verpleeghuis of tijdens het verblijf in een ziekenhuis.

### Informatievoorziening

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

### Overwegingen

#### *Wondzorg in de eerste weken (basiswondzorg)*

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

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



verwachten genezing van de wond zijn de wond zelf, de omgeving van de wond en factoren op systemisch niveau.

De behandelaar dient een (intake)gesprek met de patiënt te voeren, inclusief anamnese en lichamelijk onderzoek, volgens geldende normen met aandacht voor de diverse richtlijnen. Het is belangrijk om samen met de patiënt een duidelijk behandeldoel op te stellen. In sommige situaties zal genezing van de wond niet het einddoel zijn. Het verzorgbaar houden van een wond en het beperken van extra leed, zoals pijn, kan bij patiënten met ernstige co-morbiditeit of in de palliatieve fase een goed behandeldoel zijn. In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt het expertteam dat multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg biedt, beschreven. Een behandelaar uit de eerste lijn kan ook hier informatie of advies inwinnen wanneer palliatie de beste behandeling is.

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

Er dient bepaald te worden of de wond met basiswondzorg in de daarop volgende periode van maximaal drie weken\* (voldoende) zal genezen. De wond dient hiertoe minstens één keer per week beoordeeld te worden onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De kenmerken van de wond (afmeting, kleur, hoeveelheid exsudaat, wondranden en omgeving) kunnen volgens ALTIS (aard, lokalisatie, tijd en tijdbeloop, intensiteit, samenhang) en TIME (tissue, infection, moisture, edge) beschreven en gedocumenteerd worden. In de loop van drie weken moet sprake zijn van een aantoonbare voldoende genezingstendens om de basiswondzorg te continueren voor het genezen van de wond. De genezingstendens moet aantoonbaar, meetbaar en reproduceerbaar zijn (bijvoorbeeld met behulp van foto's). Indien de genezingstendens onvoldoende is, dient direct verwezen te worden naar een expertteam (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg). Op dit moment verandert de wondzorg namelijk van categorie I of II naar categorie III (of IV): multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Voor specifieke diagnosen moet individueel bepaald worden of snellere verwijzing aanbevolen wordt, gebaseerd op betreffende specifieke richtlijn(en), zoals bij een diabetisch voetulcus.

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

behandelaars van de wond waarbij meetbare en reproduceerbare analyse van de genezingstendens essentieel is.

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

- de behandelaar op de hoogte is van de geldende richtlijnen voor zorg van de gediagnosticeerde wond;
- aantoonbaar sprake is van een wondgenezing(stendens);
- de behandelaar de patiënt verwijst naar een expertteam indien de wond onvoldoende geneest/genezen is conform het behandeldoel binnen deze drie weken;
- er een vast aanspreekpunt voor de patiënt is die voldoet aan de eisen gesteld in module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg.

### *Verwijzen*

De eerste fase wondzorg duurt maximaal drie weken waarin duidelijk moet zijn of de gestelde diagnose en het verloop van de wondgenezing in lijn zijn met elkaar. Er moet sprake zijn van een aantoonbare genezingstendens die goed gedocumenteerd dient te worden. Indien de wondgenezing anders verloopt dan verwacht, er bijkomende factoren zijn die de wondgenezing belemmeren, of twijfel bestaat over de diagnose zal de patiënt met de wond verwezen worden naar een expertteam (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg). Door het expertteam wordt aanvullende diagnostiek gedaan, de eerder gestelde diagnose wordt bevestigd of er wordt opnieuw een diagnose gesteld met een passende behandeling en bijbehorend behandelplan in overleg met de patiënt. Indien mogelijk wordt de patiënt met de wond in overleg daarna alsnog in de eerste lijn behandeld, maar in een aantal gevallen wordt verdere behandeling (tijdelijk) overgenomen door de tweede of derde lijn (wondzorgcategorie III of IV). In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt hier verder op in gegaan. In de eerste drie weken basiswondzorg is er dus nog geen sprake van een expertteam en regiebehandelaar.

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

### **Aanbevelingen**

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

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

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

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

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

## Bijlage bij module 3

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
3	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

### Uitgangsvraag

Hoe wordt multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg georganiseerd?

### Inleiding

Volgens de werkgroep kunnen de huidige knelpunten op het gebied van wondzorg zoals beschreven in de inleiding van deze kwaliteitsstandaard bij voorkeur aangepakt worden uitgaande van een ketenvisie. De wondzorgketen betreft primair medische aandoeningen en vraagt dus ook om medische inbreng en coördinatie. In module 3 Basiswondzorg is ingegaan op basiswondzorg voor wondzorgcategorieën I en II. Wondzorgcategorie III en IV beslaan de complexere, multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en worden in deze module verder toegelicht.

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

### Overwegingen

#### *Wondzorgcategorie III*

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

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

zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling, KNMG, 2010).

### Expertteam

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

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

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

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

- aanstellen van (een) regiebehandelaar(s);
- bestaande uit zorgverleners uit de eerste en tweede lijn waaronder minimaal een verpleegkundige en een arts uit de eerste lijn en een verpleegkundige en een arts uit de tweede lijn;
- heeft de mogelijkheden voor het stellen van een medische diagnose en indien nodig het herstellen van gestoorde perfusie;
- heeft de mogelijkheden tot het diagnosticeren van diepe infectie (zoals MRI, botbiopt) en chirurgische dan wel medicamenteuze behandelingen;

- heeft de mogelijkheden tot het verrichten van wondzorg, inclusief frequent (chirurgisch) debridement, met gebruik van wondproducten en -hulpmiddelen afhankelijk van de kenmerken van de wond en de patiënt;
- heeft de mogelijkheden tot behandeling van patiënten met afwijkende bloedwaarden, oedeem, cardiovasculaire en andere risicofactoren en comorbiditeit die van invloed zijn op de wondgenezing;
- mogelijkheden tot het kunnen verrichten van operaties, inclusief amputaties, die noodzakelijk zijn en met zo min mogelijk weefselverlies een zo groot mogelijke kans op genezing hebben;
- educatie van de patiënt, eventuele naasten en/of mantelzorger(s).

Een patiënt moet binnen enkele dagen bij het expertteam terecht kunnen voor een intake en het stellen van de juiste diagnose door een bevoegde en bekwame zorgverlener. De afspraken van het expertteam worden vastgelegd in een regionaal kwaliteitsstatuut. In bijlage 6 is hiervoor een format opgenomen, gebaseerd op het kwaliteitsstatuut van GGZ (GGZ Nederland, 2016).

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

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

#### Regiebehandelaar

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

- stellen van de diagnose;
- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;

- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
- coördineren van wondzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

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

De regiebehandelaar dient onder andere voldoende kennis en kunde te hebben passende bij het type wond en de wondzorg van de patiënt. Hierbij wordt verwezen naar de eerder gemaakte indeling in wondzorgcategorieën (module 2 Indeling van wondzorg). Continuïteit van regie is van groot belang. Echter, wanneer een patiënt een noodzakelijke behandeling ondergaat in het ziekenhuis, wordt in principe de regie overgedragen aan de hoofdbehandelaar binnen het ziekenhuis, tenzij deze daar anders in oordeelt. De aangewezen regiebehandelaar is er verantwoordelijk voor dat de patiënt door de keten heen een aanspreekpunt heeft en te allen tijde weet wie dat is (zie ook module 3 Basiswondzorg).

Het is belangrijk te benoemen dat iedere zorgverlener binnen de keten verantwoordelijk is voor het eigen handelen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen en het in stand houden en bewaken van de zorgketen, en neemt daarbij de verantwoordelijkheid over het bevoegd en bekwaam zijn van de zorgverleners in het expertteam. De omschrijving van een regiebehandelaar biedt de mogelijkheid dat hier regionaal verdere invulling aan gegeven kan worden door zorgverleners. De profielschets van de regiebehandelaar wordt beschreven in module 5 Competenties, opleiding en (na)scholing.

#### Na het stellen van de diagnose door een expertteam

Nadat de diagnose van het onderliggend lijden is gesteld door het expertteam, wordt de patiënt verwezen naar waar hij/zij de gewenste zorg kan ontvangen. Dit kan terug naar de eerste lijn zijn, of naar een specialist (aangesloten bij het expertteam), passend bij de diagnose (figuur 4.1). Te allen tijde, dus ook bij verwijzing naar de eerste lijn, dient de patiënt besproken te worden met de regiebehandelaar.

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



## Registratie

Registratie en ondersteuning van de gehele wondzorgketen dient te gebeuren met een toereikend Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en kennissysteem dat een werkwijze van zorgprofessionals buiten het ziekenhuis adequaat ondersteunt (Capgemini Consulting, 2014). Tevens kan hiermee een database van gegevens worden verkregen met evidence over multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. In module 6 Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt verder ingegaan op registratie.

### *Wondzorgcategorie IV*

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

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

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

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

- een vasculair bedreigd been zal door een vaatchirurg behandeld moeten worden;
- patiënten met een toxische epidermale necrolysis worden door de dermatoloog behandeld, bij ernstige vormen zal medebehandeling intensive care nodig zijn;
- de defecten na chirurgische excisie van necrotiserend fasciitis kunnen behandeld worden door centra met ervaring op het gebied van het behandelen van uitgebreide huiddefecten;
- een acuut groot wekedelen letsel zal op de spoedeisende hulp getrieerd worden. Na triage zal verdere (acute) chirurgische behandeling plaatsvinden afhankelijk van de aard van het letsel door een plastisch chirurg en/of traumachirurg. Afhangelijk

van de problematiek zullen ook andere specialismen betrokken worden bij de behandeling;

- uitgebreide brandwonden worden behandeld in een brandwondencentrum door een daarvoor ingericht multidisciplinair team. Hier kunnen ook andere grote wekedelen letsels behandeld worden.

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

#### *Organisatie van wondzorg*

In module 3 en 4 hebben we de organisatie van de wondzorg beschreven, onderverdeeld naar wondzorgcategorie en genezingstendens van de wond. Dit geheel wordt kort nog eens weer gegeven in figuur 4.1.

#### Patiëntreis

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

De patiënt die in aanmerking komt voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg kan op diverse plekken belanden. Dit is weergegeven in het stroomdiagram (figuur 4.1). Voor een adequate continuïteit van zorg is goede communicatie hierbij essentieel. Voor de behandeling van elke wondzorgcategorie kan de patiënt steeds vijf fasen door lopen. Dit wordt ook wel de patiëntreis genoemd. Deze fasen dienen helder te zijn voor de patiënt zodat hij of zij eigen regie en betrokkenheid kan realiseren. De fasen van de patiëntreis kunnen zich dus op verschillende plekken in de ketenzorg voor doen, binnen verschillende lijnen. Daarom wordt voornamelijk gesproken over 'zorgverlener'. Veel van onderstaande taken liggen bij de regiebehandelaar wanneer sprake is van wondzorgcategorie III (zie eerder in deze module). Onderstaand worden de verschillende fasen in de wondzorgketen toegelicht.

#### ***Fase 1 Voortraject bij verwijzer***

Wanneer een patiënt zich voor het eerst met een wond bij de huisarts of een andere zorgverlener (zoals de verpleeghuisarts, psychiater, AVG et cetera in de eerste lijn presenteert, is er vaak nog geen sprake van een voortraject. De huisarts is voor de meeste

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

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

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

### ***Fase 2 Intake bij het expertteam***

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

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

### ***Fase 3 Diagnostische fase***

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

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

in overleg met de patiënt en verwijzer besloten wie in het vervolgtraject het aanspreekpunt blijft voor de patiënt.

#### **Fase 4 Behandeling**

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

- de doelen met betrekking tot de wondzorg, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt;
- de wijze waarop de zorgverlener en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken. Het gaat hierbij om een wederzijdse inzet;
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen de diverse zorgverleners en wie de patiënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar). De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast nadat instemming van de patiënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.
- Daarnaast is het volgende essentieel:
- de verwijzer ontvangt een bericht van de regiebehandelaar zodra diagnostiek en behandelplan geformuleerd zijn;
- wanneer meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling, zeker in geval van meer onderliggende diagnoses die in het behandelplan opgenomen zijn, is multidisciplinaire samenwerking essentieel. Afspraken hierover worden, na instemming van de patiënt, vastgelegd in het behandelplan door de regiebehandelaar;
- de patiënt krijgt een kopie van het behandelplan;
- een essentieel onderdeel van het behandelplan is het maken van afspraken hoe te handelen bij verslechtering van de wondgenezing en wie de regiebehandelaar vervangt bij afwezigheid.

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

#### **Fase 5 Nazorg**

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

### Informatievoorziening

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

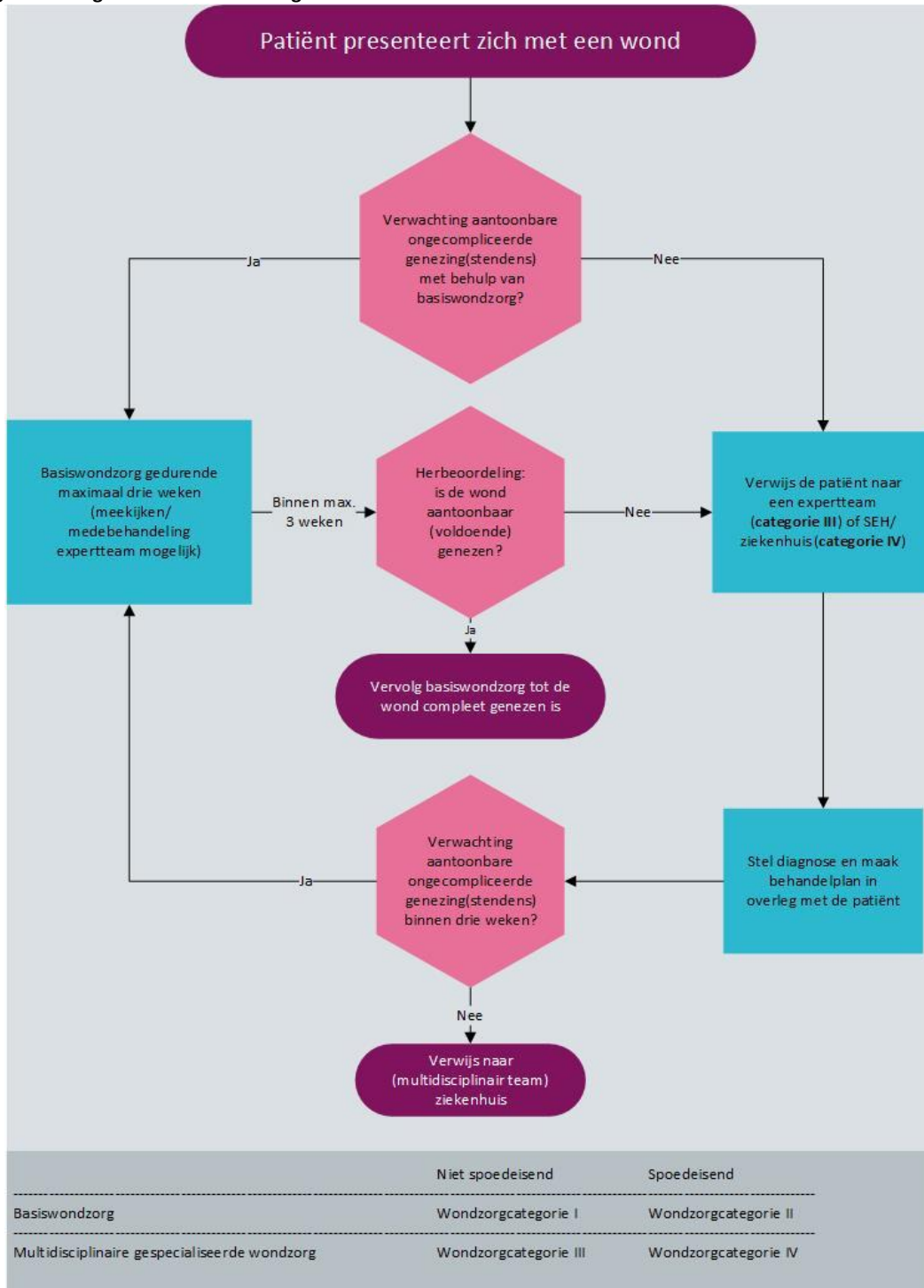
De effecten van een moderne ketenvisie en ketenorganisatie kunnen daarnaast alleen goed worden beoordeeld als ook duidelijke eindpunten en uitkomsten worden gedefinieerd met de patiënt (dit wordt besproken in module 6 Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg).

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

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

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

Figuur 4.1 Organisatie van wondzorg



Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

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

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.

Federatie Medisch Specialisten Kennisinstituut

Ontwikkeld i.s.m. het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, ©2018 Versie 1 (30-04-2018)

## Aanbevelingen

Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.

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

Het expertteam dient te voldoen aan de volgende eisen:

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

De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken:

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

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

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

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

### Literatuur

- Capgemini Consulting (2014). *Innovatie van complexe wondzorg. Onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen*. Referentienummer: 14.0209 G&H. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- GGZ Nederland (2016). *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Amersfoort; GGZ Nederland.
- KNMG (2010). *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG.
- Lindholm, C., Bergsten, A., Berglund, E. (1999). *Chronic Wounds and Nursing Care*. J Wound care;8:1,5-10.



## Bijlage bij module 4

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
4	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 5 Competenties, opleiding en (na)scholing

### Uitgangsvraag

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

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

### Inleiding

Behandeling van patiënten die multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg behoeven, vergt bepaalde competenties en scholing. Sinds een aantal jaren zijn opleidingen ontwikkeld waardoor zorgverleners zich kunnen specialiseren op het gebied van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. In deze module wordt toegelicht welke eisen gesteld worden aan de competenties van de zorgverlener, welke opleidingen er zijn en hoe de deskundigheid en competenties op het gebied van (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg geborgd kunnen worden. Ook de specifieke competenties die vereist zijn voor de regiebehandelaar en leden van het expertteam worden benoemd.

### Competenties

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

### De regiebehandelaar

In module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt toegelicht aan welke eisen de regiebehandelaarsfunctie dient te voldoen. In deze module wordt ingegaan op welke competenties hieraan ten grondslag liggen.

De profielschets van de regiebehandelaar is als volgt omschreven:

- is een zorgverlener betrokken in het zorgproces (zie competenties);
- is passend bij het type wondzorg en behandeling en de patiënt;
- heeft inhoudelijke relevante kennis en kunde:

- een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie;
  - geldige BIG-registratie;
  - relevante werkervaring en scholing in wondzorg;
  - doet aan intervisie en intercollegiale toetsing;
  - heeft algehele basiskennis op het gebied van specialistische wondzorg en waar dit wordt gegeven zodat de patiënt indien nodig juist verwezen kan worden.
- heeft een wezenlijk aandeel wat betreft de inhoudelijke behandeling.
- De voorkeur van de patiënt speelt ook een voorname rol in het toewijzen van de regiebehandelaar.

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

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

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

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

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

*Maatschappelijk handelen*: geeft op methodische wijze voorlichting, advies en instructie om de risico's ten gevolge van de wond en wondbehandeling bij de patiënt/cliënt zoveel mogelijk te beperken. Organiseert en coördineert gezondheidsvoorlichting en preventieve zorgprogramma's. Handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en treedt adequaat op bij incidenten in de (wond)zorg.

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

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

#### Expertteam

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

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

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

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

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

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

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

Professionaliteit: werkt volgens professionele standaarden en beroepsethiek.

#### Wondopleidingen en cursussen

Er zijn vele erkende opleidingen van de basisberoepen als artsen, verpleegkundigen, huidtherapeuten, verpleegkundig specialisten, podotherapeuten, et cetera. Momenteel loopt er een traject voor de CZO-erkenning voor de vervolgopleiding tot wondverpleegkundige en wondconsulent. Artsen met een medische specialisatie op het gebied van de dermatologie, plastische, vaat- en algemene chirurgie behandelen van

oudsher al bepaalde patiëntengroepen. Voor de lokale behandeling van de wond verwijzen zij de patiënt meestal naar een (gespecialiseerd) verpleegkundige (van Mierlo, 2012). De EWMA ontwikkelt opleidingseisen voor medici en verpleegkundigen. Volgens deze EWMA-curricula wondzorg (2014) zijn onderstaande competenties nodig voor een medisch specialist in opleiding om kwalitatief goede wondzorg te kunnen bieden:

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

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

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

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

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

### **Overwegingen**

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

Zoveel mogelijk moet voorkomen worden dat inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden aan verschillende zorgverleners zijn toebedeeld zonder dat één van hen het overzicht over het geheel heeft. Wie regiebehandelaar is, kan per regio verschillend worden ingevuld maar de verantwoordelijkheid moet expliciet zijn vastgelegd. Met de regiebehandelaar wordt in dit kader de zorgverlener bedoeld op wie de inhoudelijke verantwoordelijkheid rust (module 4 Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg). In de regionale situatie moet onderling worden afgesproken wie de regiebehandelaar is en dit dient te allen tijde voor de patiënt duidelijk te zijn. Het uitgangspunt dient te zijn: welke professional kan de meest gepaste zorg aan de individuele patiënt bieden op dat betreffende moment, met verwijzingsbevoegdheid naar een expertteam of ziekenhuis indien nodig.

## Aanbevelingen

### *Competenties regiebehandelaar*

Waarborg dat de regiebehandelaar aan de volgende eisen voldoet:

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

### *Competenties expertteam*

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

### *Bij- en nascholingen*

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

## Literatuur

Royal College of physicians and surgeons of Canada (2011). *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*. Geraadpleegd op 15-03-17 via: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>. Ottawa: Royal College of physicians and surgeons of Canada.

## Bijlage bij module 5

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
5	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 6 Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

### Uitgangsvraag

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

### Inleiding

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

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

### Zoeken en selecteren

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



## **Kwaliteitsindicatoren multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg**

### *Onderliggende diagnose*

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

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

### *Procesindicatoren*

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

- bespreken met de patiënt en vastleggen wensen van de patiënt (qua behandeling en behandelaar) als ook het doel van de behandeling;
- na drie weken (of eerder volgens geldende richtlijnen) basiswondzorg verwijst of overlegt de huisarts met het expertteam indien de wond onvoldoende aantoonbare genezing vertoont;
- regionaal of lokaal vastgesteld expertteam met een regiebehandelaar (volgens de definities uit de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg);
- afspraken van expertteam, de eerste lijn en het ziekenhuis zijn vastgelegd;
- taken en competenties van zowel (leden van) het expertteam en de regiebehandelaar zijn beschreven en bekend binnen de ketenzorg;
- implementatie van de classificatie van wondzorg conform module 2 Indeling van wondzorg;
- vastgelegde waarschijnlijkheidsdiagnose(n) in de eerste drie weken en na deze periode een diagnose(n) gesteld en vastgelegd waarom de wond niet geneest volgens verwachting (beschreven in richtlijnen);
- volgen van de genezing van de wond en het optreden van complicaties middels een (waar mogelijk) transmuraal elektronisch patiëntendossier;
- meten van pijn;
- kwaliteit van leven.

### *Uitkomstindicatoren*

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

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

### *Uitvoering*

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

## **Overwegingen**

### *Doel*

De effecten van een moderne ketenvisie en -organisatie kunnen alleen goed worden beoordeeld als ook duidelijk uitkomsten worden gedefinieerd en gemeten. Echter, (inter)nationaal ontbreekt het momenteel aan adviezen welke kwaliteitsindicatoren voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg gehanteerd dienen te worden. De Food and Drug Administration hanteert als uitkomstmaat voor studies naar wondverbandmiddelen de incidentie van volledige genezing van een wond binnen een bepaalde tijd. De EWMA heeft een groot aantal uitkomstmaten voor het meten van kwaliteit van zorg in een literatuurstudie beschreven, zoals de reductie van wondgrootte, infectie, bacteriële contaminatie, pijn, welke verbandmiddelen gebruikt worden en de kosten. Middels deze studie werd echter geen aanbeveling gedaan welke set aan uitkomstmaten minimaal dient te worden geregistreerd. Daarnaast heeft ook V&VN een aantal indicatoren op het gebied van wondzorg ontwikkeld (Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland, 2012).

Om de vraag te beantwoorden welke uitkomstmaten van belang zijn om kwaliteit van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in Nederland in kaart te brengen, is er in eerste instantie gekeken naar de resultaten van een consensusgroep van medisch specialisten betrokken bij wondzorg, de nationale vereniging van verpleegkundigen, voorzitters van wondnetwerken, het ministerie van volksgezondheid en de overkoepelende organisatie voor ziektekostenverzekeraars. Door middel van een Delphi-procedure is een set van uitkomsten vastgesteld welke geregistreerd dient te worden om

multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in kaart te brengen (Gottrup, Apelqvist, Price, 2010). Deze studie adviseerde de indicatoren, zoals beschreven in tabel 6.1, minimaal te gebruiken ter analyse van de kwaliteit multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. De werkgroep ziet echter beperkingen in deze lijst, omdat sommige indicatoren subjectief zijn (bijvoorbeeld accuraat omschrijven van de wond) of minder goed te toetsen (bijvoorbeeld compliance).

**Tabel 6.1 Analyse kwaliteitsindicatoren wondzorg (Gottrup, Apelqvist, Price, 2010)**

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

\*= op indicatie

\*\*= bij wonden aan het been/voet

## Aanbevelingen

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

- bespreken met de patiënt en vastleggen wensen van de patiënt (qua behandeling en behandelaar) als ook het doel van de behandeling;
- na drie weken (of eerder volgens verwachting) basiswondzorg verwijst of overlegt de huisarts met het expertteam indien de wond onvoldoende aantoonbare genezingstendens vertoont;
- regionaal of lokaal vastgesteld expertteam met een regiebehandelaar (volgens de definities uit de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg);
- afspraken van expertteam, de eerste lijn en het ziekenhuis zijn vastgelegd;
- taken en competenties van zowel (leden van) het expertteam en de regiebehandelaar zijn beschreven en bekend binnen de ketenzorg;
- implementatie van de classificatie van wondzorg conform module 3 'Indeling van wondzorg';

- vastgelegde waarschijnlijkheidsdiagnose(n) in de eerste drie weken en na deze periode een werkelijke diagnose(n) gesteld en vastgelegd waarom de wond niet geneest volgens de daarvoor geldende richtlijnen;
- volgen van de genezing van de wond en het optreden van complicaties middels een (waar mogelijk) transmuraal elektronisch patiëntendossier;
- meten van pijn.

Uitkomstindicatoren:

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

Sluit aan bij bestaande landelijke kwaliteitsregistraties van onderliggende diagnoses.

## Literatuur

Gottrup, F., Apelqvist, J., Price, P. (2012). *Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management*. European Wound Management association Patient Outcome Group. *J Wound Care*. 2010;19:237–68.

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

Rijksoverheid (2018). *Addendum 2018 onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017*. Geraadpleegd op 15 juni 2017 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/08/addendum-2018-onderhandelaarsakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>. Den Haag: Rijksoverheid.

## Bijlage bij module 6

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
6	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## Module 7 Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

### Uitgangsvraag

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

### Inleiding

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

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

### Overwegingen

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

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

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

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

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

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

Verder bouwend op het concept van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaard zou dit bijvoorbeeld kunnen betekenen dat een organisatie, het expertteam, belast is met de organisatie van de regionale multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en de betaling van de zorgverleners. Door gebruik te maken van het expertteam in de bekostiging kan beter invulling worden gegeven aan:

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

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

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

ontbreken aan extrinsieke prikkels tot participatie in innovaties. Adequate bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg is volgens de werkgroep essentieel om deze kwaliteitstandaard ook in de dagelijkse praktijk te laten landen.

### **Aanbeveling**

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

### **Literatuur**

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

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



## Bijlage bij module 7

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regiehouder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
7	NVVH	2018	2020	Over twee jaar	Wondplatform	Praktijk

## **Bijlage 1 Verslag Invitational Conference 31 maart 2015**

### **Invitational Conference Kwaliteitsstandaard Complexe Wondzorg**

*Dinsdag 31 maart 2015, 18.30-21.00 uur, Domus Medica te Utrecht*

De kwaliteitsstandaard Complexe wondzorg wordt een document waarin alle bestaande richtlijnen en documenten over complexe wondzorg worden geïntegreerd, met als doel het creëren van een overzicht waarmee duidelijk wordt hoe een patiënt met een wond op het juiste moment, op de juiste plek in de zorgketen terecht komt, om de kwalitatief goede zorg te ontvangen die hij of zij nodig heeft.

Op dinsdag 31 maart 2015 vond de Invitational conference Kwaliteitsstandaard Complexe wondzorg plaats in de Domus Medica te Utrecht. Het doel van deze bijeenkomst was het horen van stakeholders betrokken bij de complexe wondzorg in Nederland, op zowel inhoudelijk, organisatorisch als financieel vlak. De discussie (knelpuntenanalyse) werd ingeleid aan de hand van een inleidende presentatie door Teus van Barneveld en drie patiëntencases.

### **Inhoudelijk**

*Term/definitie complexe wondzorg*

Er is veel discussie over of de complexe wond bestempeld moet worden als een ziekte-entiteit, of als een symptoom.

Een wond kan een uiting zijn van onderliggend lijden. Echter presenteert de patiënt zich met een wond waarbij de prioriteit voor de patiënt ligt bij de behandeling/genezing van de wond. De onderliggende oorzaak is niet altijd al bekend, hiervan moet de zorgverlener zich bewust zijn. Echter niet elke zorgverlener is in staat de juiste diagnostiek uit te voeren ter behandeling van de wond.

Voor zorgverleners en zorgverzekeraars is het van belang dat het duidelijk is of het bij een complexe wond gaat om een symptoom of een ziekte. Zonder hierover een uitgebreide semantische discussie te voeren, is het definiëren van de begrippen complexe wond en complexe wondzorg voor de kwaliteitsstandaard van belang. De discussie over de precieze definitie heeft nu niet de prioriteit. Een goede werkdefinitie is echter wel van belang voor een goede afbakening van de kwaliteitsstandaard. Daarna kunnen vervolgstappen in de ontwikkeling genomen worden.

De term complexe wond is gekozen ter afbakening van het onderwerp. Het impliceert dat het gaat om wonden met onderliggend lijden, en dus niet om alle schaafwondjes etc. De complexe wond bestaat niet, complexe wondzorg wel.

*Geïntegreerde zorg*

Complexe wondzorg komt voor op alle niveaus: in de nulde, eerste, tweede en derdelijnszorg. Het is van belang om deze zorg te verenigen in de ketenzorg, en geen scheidslijnen te trekken. Ook (diabetes)podotherapeuten, huidtherapeuten, diëtisten,

fysiotherapeuten etc. zijn betrokken bij de complexe wondzorg. Deze richtlijnen moeten ook opgenomen worden in de kwaliteitsstandaard. De discussie moet niet gaan over wie welke verantwoordelijkheden en regie heeft. Zorgverleners moeten hun eigen grenzen kunnen bewaken.

In een goede zorg voor complexe wonden speelt de tijdstermijn een belangrijke rol. Zorgverleners moeten goed weten hoe ver ze kunnen gaan totdat een verwijzing noodzakelijk is. Er treedt vertraging op als er niet snel genoeg een diagnose van het onderliggend lijden wordt vastgesteld. Dit komt nu nog te vaak voor.

#### *Uitkomstmaten*

De behandeling van complexe wonden moet geobjectiveerd worden. Voor decubitus is er bijvoorbeeld een meetinstrument ontwikkeld waarmee op alle niveaus in de wondzorg, door alle zorgverleners gemeten kan worden of een wond kleiner of groter wordt. De ICT zou mooie uitkomsten kunnen bieden voor een goede overdracht tussen eerste en tweedelijnszorg met betrekking tot het objectiveren van de wondgenezing, maar loopt hier nog in achter. Een probleem is dat de referentiewaarden vaak missen. Zorgverleners kunnen dan slecht bepalen of de genezing wel of niet goed verloopt. Er zijn dus instrumenten nodig om te kunnen evalueren of de behandeling goed verloopt, maar ook om het handelen en de genezing in kaart te kunnen brengen.

Een ander lastig punt is dat er zoveel verschillende wonden zijn met zoveel verschillende uitkomstmaten. Hier kan geen alomvattend sjabloon voor ontwikkeld worden.

#### *Competenties/verantwoordelijkheden*

Het beschrijven van kennisniveaus/competenties/verantwoordelijkheden wordt beschouwd als een hellend vlak. Om een zekere kwaliteitseis te handhaven is echter een goede registratie nodig. De focus in de kwaliteitsstandaard ligt niet op het beschrijven van competenties en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines, maar het is zeer van belang om in een multidisciplinaire samenwerking duidelijke afspraken te maken.

#### *Wondbedekking*

Een globale beschrijving van wondbedekkingsmaterialen kan een onderdeel zijn van de kwaliteitsstandaard, maar de stakeholders zijn van mening dat dit vooral niet te uitgebreid moet zijn. Er ontbreekt evidence op dit gebied. Om te kunnen beantwoorden welke wondbedekker wanneer het beste resultaat heeft, zou er een RCT uitgevoerd moeten worden. De evidence die er wél is op het gebied van wondbedekkingsmaterialen kan gebruikt worden. Echter heeft het evalueren en beschrijven van wondbedekkingsmaterialen niet de prioriteit in de kwaliteitsstandaard. Diagnostiek en behandeling daarentegen des te meer.

#### *Patiëntenperspectief*

De individuele patiënt moet als uitgangspunt voor de kwaliteitsstandaard genomen worden. Voorbeeld: voor een patiënt hoeft een complete genezing van een wond niet het belangrijkste te zijn, zolang hij of zij zichzelf kan redden in het dagelijks leven en de kwaliteit van leven niet afneemt. Dit is echter niet altijd in lijn met de visie van de

zorgverlener. Ook preventie speelt een belangrijke rol. De patiënt moet toegang hebben tot een patiëntenversie van de kwaliteitsstandaard.

#### *Samenvatting - Inhoudelijk*

- De term complexe wondzorg is bedoeld ter afbakening van het onderwerp.
- De complexe wondzorg moet geïntegreerde, multidisciplinaire zorg zijn.
- Het meten van uitkomstmaten is van belang voor een goede behandeling en genezing.
- Het beschrijven van competenties/verantwoordelijkheden is een 'hellend vlak', en vormt géén hoofddoel van de kwaliteitsstandaard.
- Ook het beschrijven van wondbedekkingsmaterialen heeft niet de prioriteit in de kwaliteitsstandaard.
- De patiënt staat centraal, vanuit het patiëntenperspectief wordt de wondzorg in kaart gebracht.
- Er moet een groot draagvlak voor de kwaliteitsstandaard gecreëerd worden.

#### **Organisatorisch**

##### *Diagnostiek*

Goede diagnostiek van de etiologie van de wond en het medisch onderliggend lijden is in de eerste plaats het meest van belang. De huisarts speelt hierin een grote rol, de patiënt wordt hier voor het eerst gezien. Echter is er vaak aanvullende diagnostiek en expertise nodig om een onderliggende oorzaak goed vast te kunnen stellen. De patiënt moet hiervoor snel doorgestuurd kunnen worden. Vaak levert het diagnosticeren al (onnodige) vertraging op in het genezingsproces. Het juist diagnosticeren heeft de hoogste prioriteit. Daarna kan een patiënt weer terug naar de huisarts voor behandeling.

##### *Wondexpertisecentra*

De huisarts (of andere zorgverlener in de eerste lijn) is de eerste die een patiënt met een wond ziet. Indien de wond niet goed genoeg geneest kan hij/zij verwijzen naar een wondexpertisecentrum. De huisarts moet handvaten hebben voor een goede monitoring en verwijzing naar andere hulpverleners.

Een wondexpertisecentrum is te omschrijven als een multidisciplinair team of een netwerk van experts die gezamenlijk zorgdragen voor de patiënt met een wond. De nadruk ligt hierbij op het vormen van netwerken van zorgverleners in plaats van teams die op één locatie gevestigd zijn. Zorg kan op deze manier dichtbij de patiënt geleverd worden. Het is géén commercieel bolwerk. De kwaliteitsstandaard heeft niet tot doel de organisatie van wondexpertisecentra op regionaal niveau te beschrijven. Niet alle centra hebben de mogelijkheid om een angiografie te maken, gips aan te leggen, etc. Echter kunnen wel kenmerken beschreven worden waar wondexpertisecentra nationaal aan moeten voldoen. Bijvoorbeeld, bepaalde wonden horen thuis in een centrum waar beeldvorming mogelijk is. Er moet goed bekeken worden aan welke elementen van wondzorg aandacht besteed wordt in de kwaliteitsstandaard. Het is namelijk niet de bedoeling een nieuw model voor een wondexpertisecentrum te ontwikkelen.

### *Afspraken over taakverdeling*

Het vastleggen van de taakverdeling behoort niet tot de kwaliteitsstandaard, maar het maken van duidelijke afspraken tussen de betrokken hulpverleners in de zorgketen is een belangrijk aspect van complexe wondzorg; bijvoorbeeld tussen de huisarts en de thuiszorg. De patiënt staat hierin centraal. De zorg voor patiënten met complexe wonden moet geïntegreerde zorg zijn.

### *Educatie*

Scholing van professionals vormt een belangrijk onderdeel van goede zorg.

### *Communicatie*

(Digitale) registratie bevordert de communicatie. Een transparant wonddossier wat iedereen betrokken bij de wondzorg kan inzien, kan sterk aan de communicatie tussen zorgverleners en patiënt bijdragen. Hierin kunnen bijvoorbeeld foto's van de wond worden opgenomen, om genezing door verscheidene hulpverleners te laten monitoren. Het is van belang om goed vast te stellen wie wat in kan zien. Ook in de communicatie over de zorg moet de patiënt een centrale rol innemen.

### *Patiëntenperspectief*

De patiënt komt niet altijd op de juiste plek terecht, niet altijd vindt de juiste diagnostiek en behandeling plaats. Dit moet worden uitgewerkt en verbeterd. De patiënt vormt het uitgangspunt in de organisatie van het zorgtraject omtrent complexe wondzorg.

In Twente is een onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de patiënt voor eenvoudige diagnostiek naar een ziekenhuis in de buurt wil. Voor een moeilijke ingreep is het voor de patiënt geen probleem om ver te reizen. Herstelen wil de patiënt het liefst wel zo dicht mogelijk bij huis. Men is dus bereid om verder te reizen voor een wondexpertisecentrum.

Een getailorde benadering van de patiënt is dus van belang. Er bestaan websites waar de patiënt en hulpverleners online informatie kunnen delen. Echter moet er goed bekeken worden of dit voor alle doelgroepen geschikt is. Een goede informatieoverdracht is een belangrijk aspect van zorg.

### *Samenvatting - Organisatorisch*

- Adequate diagnostiek heeft de hoogste prioriteit in goede zorg voor complexe wonden.
- Wondexpertisecentrum.
- Er dienen goede afspraken gemaakt te worden tussen de betrokken zorgverleners, op regionaal niveau.
- Scholing van professionals vormt een belangrijk onderdeel van goede zorg.
- Goede communicatie tussen de zorgverleners en de patiënt is van belang.
- Doel is om de patiënt die complexe wondzorg behoeft, op de juiste plek in de zorgketen terecht te laten komen, waar de juiste diagnostiek en behandeling plaatsvindt.

## Financieel

### Samenvatting - Financieel

Het goed organiseren van de financiering van complexe wondzorg kan veel opleveren, onder andere voor de zorgverzekeraar. Om de financiering voor complexe wondzorg goed te organiseren, moet er een duidelijke omschrijving van de complexe wondzorg zijn. De prioriteit in de kwaliteitsstandaard ligt daarom bij een goede omschrijving van de complexe wondzorg, het financieringssysteem is de volgende stap.

## Prioritering

De aanwezigen is gevraagd om aan te geven wat volgens hen de hoogste prioriteit heeft binnen de kwaliteitsstandaardontwikkeling, en wat de laagste prioriteit. De resultaten staan weergegeven in de tabel hieronder.

Hoge prioriteit	Lage prioriteit
Communicatie (4x)	Bestaande hiërarchie
Competenties (2x)	Definities
De beste kennis vooraan in de ketenzorg	Financiering (2x)
De individuele patiënt als uitgangspunt (zoals kwetsbare ouderen)	(richtlijn)inhoudelijk
Definities	Organogram (wie doet wat) (5x)
Diagnostiek (4x)	Wondbedekkingsmaterialen (20x)
Diagnostiek meten	Wonden door eczeem (2x)
Digitale toegankelijkheid	
Empowerment van de patiënt	
Geïntegreerde zorg (5x)	
Implementatie	
Minder management	
Multidisciplinaire ketenzorg (8x)	
Organisatie (2x)	
Patiëntenperspectief (3x)	
Professionaliteit (kennis op peil houden)	
Registratie	
Scholing (3x)	
Shared decision making	
Transmurale zorg	
Uitkomsten meten (4x)	
Verantwoordelijkheden	
Wonden in de nulde en eerste lijn	

## Bijlage 2 Implementatieplan

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. Hierin worden bevorderende en belemmerende factoren bij toepassing van de aanbevelingen benoemd.

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland. Voor het opstellen van dit plan is een inventarisatie gedaan van de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen. Daarbij heeft de werkgroep een advies uitgebracht over het tijdsplan voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die door verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

### Werkwijze

De werkgroep heeft per aanbeveling geïnventariseerd:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijke barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over de hierboven genoemde punten. Echter niet voor iedere aanbeveling kon ieder punt worden beantwoord. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen sterk geformuleerde aanbevelingen en zwak geformuleerde aanbevelingen. In het eerste geval doet de werkgroep een duidelijke uitspraak over iets dat zeker wel of zeker niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld (bijvoorbeeld "Overweeg om ...") en wordt dus meer ruimte gelaten voor alternatieve opties. Voor sterk geformuleerde aanbevelingen zijn bovengenoemde punten in principe meer uitgewerkt dan voor de zwak geformuleerde aanbevelingen.

## Aanbevelingen

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1 tot 3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie <sup>1</sup>	Te ondernemen acties voor implementatie <sup>2</sup>	Verantwoordelijke n voor acties <sup>3</sup>
Volg de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijn(en) of NHG-standaard(en) voor de zorg voor een wond waarvan de diagnose of het onderliggend lijden bekend is	<1 jaar	Geen, is standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is	Voldoende kennis van medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden over wondzorg. Mogelijk conflicterende verwijstermijnen richtlijn Diabetische Voet en Ulcus Cruris	Geen	Zorgverleners
Bepaal welke wondzorgcategorie van toepassing is op de patiënt die zich met een wond presenteert en leg dit vast in het patiëntendossier	<1 jaar	Geen. Eerdere verwijzing van 1e lijn naar een expertteam, eerdere melding van een wond door cliënten aan een bij de zorg betrokken zorgverlener/geen onnodige verwijzing en/of eerdere verwijzing naar expertteam waardoor snellere wondgenezing	Kennis van de kwaliteitsstandaard waarin de wondzorgcategorieën beschreven staan	Implementatie van en voldoende kennis over de kwaliteitsstandaard. Conflicterende verwijstermijn NHG-standaard	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Zorgverleners
Verleen basiswondzorg met een passend beleid aan de patiënt met een wond zonder bekend onderliggend lijden en een te verwachten ongecompliceerde genezingstendens (aantoonbaar) gedurende maximaal drie weken*	<1 jaar	Verlaging van de kosten doordat er minder patiëntdelay optreedt	Kennis van de kwaliteitsstandaard en kennis van wat onder basiswondzorg wordt verstaan. Tevens dient de 3 weken termijn gehandhaafd te worden	Implementatie van en voldoende kennis over de kwaliteitsstandaard	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting,  Indicatoren?	Zorgverleners

\*Richtlijnen waarin andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, vormen hierop een uitzondering: Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Diabetische voet (NIV, 2017)



Verwijs de patiënt binnen maximaal drie weken* naar een expertteam indien de situatie verslechtert of de verwachte genezing(stendens) niet aantoonbaar is	1 tot 3 jaar	Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek voor de juiste behandeling terecht zullen komen	Er dient een expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Aanstellen expertteam met regiebehandelaar	Zorgverleners, zowel eerste als tweede lijn
Stel voor de eerste drie weken een diagnose en behandelplan op in overleg met de patiënt die zich presenteert met een wond, leg dit vast in het patiëntendossier en start met basiswondzorg	<1 jaar	Geen, standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is	Implementatie van en voldoende kennis over de kwaliteitsstandaard	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Zorgverlener/huisarts
Volg de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijn(en) of NHG-standaard(en) voor het opstellen van een behandelplan indien onderliggend lijden bekend is maar de wond naar verwachting ongecompliceerd binnen drie weken geneest	<1 jaar	Geen, standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is	Voldoende kennis van medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden over wondzorg	Geen	Zorgverleners
Beoordeel meetbaar en reproduceerbaar gedurende de eerste drie weken ten minste wekelijks of de wond met behulp van het behandelplan op basis van de diagnose volgens de verwachting geneest	<1 jaar	Geen	Mogelijkheden (tijd en middelen) voor het aantoonbaar en meetbaar bepalen of de wond voldoende geneest	Tijd en expertise	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Huisarts (als verantwoordelijke)

Verwijs naar een expertteam indien de aantoonbare genezingstendens onvoldoende is en de wond niet binnen drie weken* geneest	1 tot 3 jaar	Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek voor de juiste behandeling terecht zullen komen	Er dient een expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Aanstellen expertteam met regiebehandelaar	Zorgverleners, zowel eerste als tweede lijn
Geef mondeling en/of schriftelijke informatie en adviezen aan de patiënt en duidelijke instructie aan diens directe verzorgers/verpleegkundigen over hoe om te gaan met de wond met als doel wondgenezing te bespoedigen	<1 jaar	Geen, standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is. Echter, digitale overdracht is zeer gewenst		Geen	Zorgverleners
Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.  Leg duidelijk de taken en verantwoordelijkheden vast, alsmede regionale afspraken over verwijzen	1 tot 3 jaar	Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek voor de juiste behandeling terecht zullen komen.  Het expertteam hoeft geen fysieke (nog niet bestaande) plek in te nemen	Er dient een regionaal expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Aanstellen expertteam met regiebehandelaar en een duidelijk toegangsloket	Zorgverleners, zowel eerste als tweede lijn
Het expertteam dient te voldoen aan	1 tot 3 jaar	Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek	Er dient een regionaal expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor	Aanstellen expertteam met regiebehandelaar en een duidelijk toegangsloket.	Zorgverleners, zowel eerste als tweede lijn.

		<p>voor de juiste behandeling terecht zullen komen.</p> <p>Het expertteam hoeft geen fysieke (nog niet bestaande) plek in te nemen</p>	<p>duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond</p>	<p>meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond</p>		
De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken	1 tot 3 jaar	<p>Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek voor de juiste behandeling terecht zullen komen.</p> <p>Het expertteam hoeft geen fysieke (nog niet bestaande) plek in te nemen</p>	<p>Er dient een regionaal expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond</p>	<p>Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond</p>	<p>Aanstellen expertteam met regiebehandelaar en een duidelijk toegangsloket</p>	<p>Zorgverleners, zowel eerste als tweede lijn</p>
Indien sprake is van wondzorgcategorie IV: zorg voor een snelle analyse van het spoedeisende probleem en voor de juiste behandeling conform bestaande richtlijnen	<1 jaar	Geen, standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is	Voldoende kennis van medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden over wondzorg	Geen	Zorgverleners
Beschrijf, in de regio waar wondzorg wordt geleverd, duidelijk hoe reis voor de patiënt er concreet uitziet	<1 jaar	Geen			Geen	Zorgverleners
Neem (aandoeningsspecifieke) preventieve maatregelen ter voorkoming van een recidief en volg daarvoor de aandoeningsspecifieke richtlijnen	< 1 jaar	Geen, standaardzorg	Geen extra randvoorwaarden voor implementatie aangezien het standaardzorg is	Voldoende kennis van medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden over	Geen	Zorgverleners

				preventieve maatregelen		
Waarborg dat de regiebehandelaar aan de volgende eisen voldoet	1 tot 3 jaar	Uiteindelijk een kostendaling omdat patiënten met een wond sneller op de juiste plek voor de juiste behandeling terecht zullen komen en door de gehele keten één aanspreekpunt hebben die zorg draagt voor efficiënte overdracht en zorg	Er dient een regionaal expertteam met regiebehandelaar aangesteld te worden. Tevens dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor een aantal taken beschreven in de kwaliteitsstandaard	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners; mogelijkheden voor meetbare, aantoonbare inschatting van de genezing van de wond	Aanstellen expertteam met regiebehandelaar en een duidelijk toegangskloket	Zorgverleners
Alle professionals betrokken bij wondzorg zijn opgenomen in de wet BIG, of werken onder directe supervisie van een in de wet BIG-opgenomen professional. De in de Wet BIG-opgenomen professionals voldoen aan genoemde competenties, bij- en nascholings-eisen en praktijken	<1 jaar	Geen, huidige erkende beroepsopleidingen	Geen	Voldoende kennis van medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden over wondzorg	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Zorgverleners
De wetenschappelijke en beroepsverenigingen wordt aanbevolen bij- en nascholings-eisen op het gebied van wondzorg uit te werken. EWMA-curricula kunnen hierbij als basis dienen	1 tot 3 jaar	Geen	Opnemen van Curricula in bestaande opleidingen	Financiering	Overleg met bestaande (beroeps)opleidingen voor implementatie in huidige opleidingen	Wetenschappelijke en beroepsverenigingen, beroepsopleidingen
Aangeraden wordt te starten met een landelijk project voor het meten van kwaliteit van wondzorg waarbij onderzocht	1 tot 3 jaar	Geen, gaat om al bestaande registraties	Inzicht in welke registraties er lopen, wie eigenaar is en welke data geregistreerd	Gefinancierd door SKMS	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Wetenschappelijke en beroepsverenigingen

wordt of onderstaande indicatoren over wondzorg te registreren zijn op basis van al geregistreerde (declaratie)gegevens zodat dit niet leidt tot een verhoogde registratielast			wordt voor welke doeleinden			
Sluit aan bij bestaande landelijke kwaliteitsregistraties van onderliggende diagnoses	1 tot 3 jaar	Geen, gaat om al bestaande registraties	Inzicht in welke registraties er lopen, wie eigenaar is en welke data geregistreerd wordt voor welke doeleinden	Geen	Goede implementatie van de kwaliteitsstandaard en goede toelichting	Wetenschappelijke en beroepsverenigingen
Geef invulling aan de bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg door relevante partijen hierover in gesprek te laten gaan en gezamenlijk tot een financieringsstructuur te komen. De werkgroep adviseert hierbij het integraal tarief in overweging te nemen	1 tot 3 jaar	Geen financiële barrières meer voor wondzorg op de juiste plek. Uiteindelijk dus een kostendaling	Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn. Ook dienen er mogelijkheden te zijn voor proces- en uitkomstindicatoren	Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners. Implementatie van en voldoende kennis over de kwaliteitsstandaard en wondzorg-categorieën	Overleg met (lokale) stakeholders en ZN, VWS, NZa, zorgverzekeraars	ZN, VWS, NZa, zorgverzekeraars, wetenschappelijke en beroepsverenigingen

<sup>1</sup> Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, et cetera.

<sup>2</sup> Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

<sup>3</sup> Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.

## **Impact op zorgkosten**

Over de zorgkosten dienen lokale afspraken gemaakt te worden met betrokken partijen.

### **Te ondernemen acties per partij**

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de kwaliteitsstandaard te bevorderen.

#### *Wetenschappelijke verenigingen/partijen betrokken bij wondzorg*

- Bekend maken van de kwaliteitsstandaard onder de leden.
- Publiciteit voor de kwaliteitsstandaard maken door over de kwaliteitsstandaard te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.
- Ontwikkelen van gerichte bijscholing/trainingen.
- Ontwikkelen en aanpassen van patiënteninformatie.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisite.
- Gezamenlijk afspraken maken over en opstarten van continu modulair onderhoud van de kwaliteitsstandaard.

#### *De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals*

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Het volgen van bijscholing die bij deze kwaliteitsstandaard ontwikkeld gaat worden.
- Aanpassen lokale patiënteninformatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

#### *De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)*

Ten aanzien van de financiering van de keten voor wondzorg wordt van het bestuur van de ziekenhuizen verwacht dat zij bereid zijn lokale afspraken te maken (zie hierboven bij impact op zorgkosten) om de aanbevelingen in deze kwaliteitsstandaard te kunnen implementeren. Daarnaast wordt van de bestuurders verwacht dat zij bij de betrokken medisch professionals nagaan op welke wijze zij kennis hebben genomen van de nieuwe kwaliteitsstandaard en deze toepassen in de praktijk.

#### *Patiëntenfederatie Nederland*

Bekend maken van de kwaliteitsstandaard en bijbehorende patiënteninformatie bij patiënt(vereniging)en.

#### *Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten*

Toevoegen van de kwaliteitsstandaard aan richtlijndatabase. Daarbij opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.

## Bijlage 3 Begrippenlijst

Anderhalve lijnszorg	Zorg op het grensvlak van complexe of chronische eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg. Toegankelijkheid van de eerste lijn wordt hier gecombineerd met specifieke kennis en diagnostiek van de tweede lijn.
Bekwaamheid	Het hebben van voldoende kennis, kunde en ervaring ten aanzien van bepaalde handelingen/werkzaamheden om deze naar behoren te kunnen verrichten.
Bevoegdheid	De kwaliteit of het recht om bepaalde behandeling(en) uit te voeren. De zorgverlener dient zijn of haar werkzaamheden uit te voeren binnen de grenzen van het wettelijk omschreven deskundigheidsgebied.
Co-morbiditeit	Het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon.
Derde lijnszorg	Alle zorg die intramuraal, alleen op verwijzing mogelijk, en hoog gespecialiseerd is.
Eerste lijnszorg	Zorg waarvan de patiënt direct zonder verwijzing gebruik van kan maken.
Hoofdbehandelaar	Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt.
Ketenzorg	Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in verschillende lijnen van zorg (bijvoorbeeld eerste en tweede lijn) om de kwaliteit van zorg voor patiënten te optimaliseren.
Kwaliteitsstandaard	Verzamelaar van richtlijnen, zorgmodules en zorgstandaarden die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat goede zorg is. In de kwaliteitsstandaard staat het perspectief van de cliënt centraal.
Nulde lijnszorg	Zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers, familie.
Palliatieve zorg	Zorg die gericht is op verzachting of verlichting, toegepast als genezing niet (meer) mogelijk is.
Patiëntenperspectief	Het perspectief van mensen met een ziekte of aandoening.
Regiebehandelaar	De hoofdbehandelaar die de regie voert over het zorg- en behandelproces.
Richtlijn	Document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en -gebruikers.
Tweede lijnszorg	Zorg van alle hulpverleners waarvoor een verwijzing nodig is.
Wondbehandeling	Het toepassen van bepaalde handelingen met als doel de wond te laten genezen.

Wondzorg	De zorg voor wonden in brede zin, waaronder de organisatie van zorg voor patiënten met een wond.
Zorgverlener	De voor een zorginstelling werkzame of vrijgevestigde beroepsbeoefenaar die met de patiënt/cliënt in het kader van de behandeling of begeleiding persoonlijk contact heeft.
Zorgechelon	Niveau binnen de gezondheidszorg.



## Bijlage 4 Afkortingenlijst

ALTIS	Aard, lokalisatie, tijd en tijdbelooop, intensiteit, samenhang
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CZO	College ZorgOpleidingen
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
DON	Dwarslaesie Organisatie Nederland
EAI, E/A	Enkel-armindex
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EWMA	European Wound Management Association
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HASP	Huisarts en specialist
HPN	Huidpatiënten Nederland
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
KIDZ	Kwaliteit, Inzicht en Doelmatigheid in de medisch specialistische Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Geneeskunde
MA ANP	Master Advanced Nursing Practice
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIV	Nederlandse Vereniging voor Internisten
NPCF	Patiëntenfederatie Nederland
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
NVH	Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVvDP	Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten
NVVH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PREM	Patient Reported Experience Measurement
PRO	Patient Reported Outcome
PROM	Patient Reported Outcome Measurement
RCT	Randomized controlled trial
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
SKPC	Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten
TIME	Tissue, infection, moisture, edge
VRA	Vereniging van Revalidatieartsen
VWS	Volksgezondheid, welzijn en sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WPN	Wondplatform Nederland
WCS	WCS Kenniscentrum Wondzorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZiNL	Zorginstituut Nederland

## Bijlage 5 Oriënterende search

### Zoekverantwoording

Database	Zoektermen
Medline (OVID) Richtlijnen 2006 – oktober 2016	1 exp Wound Healing/ or wound*.ti. (139265) 2 exp guideline/ or exp practice guideline/ or exp Clinical Protocols/ (172494) 3 1 and 2 (474) 4 limit 3 to (guideline or practice guideline) (71) 5 guideline*.ti. (60728) 6 3 and 5 (42) 7 4 or 6 (76) 8 limit 7 to (dutch or english) (66) = 66 (63 uniek)
Medline (OVID) Systematische reviews (Cochrane) 2006 – oktober 2016	1 exp Wound Healing/ or wound*.ti. (139265) 2 exp guideline/ or exp practice guideline/ or exp Clinical Protocols/ (172494) 3 1 and 2 (474) 4 (meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (meta adj analy\$).tw. or ((systematic* or literature) adj2 review\$1).tw. or (systematic adj overview\$1).tw. or exp "Review Literature as Topic"/ or cochrane.ab. or cochrane.jw. or embase.ab. or medline.ab. or (psychlit or psychlit).ab. or (cinahl or cinhal).ab. or cancerlit.ab. or ((selection criteria or data extraction).ab. and "review"/)) not (Comment/ or Editorial/ or Letter/ or (animals/ not humans/)) 5 3 and 4 (16) 6 limit 5 to (yr="2006 -Current" and (dutch or english)) (12) 7 cochrane.jw. (16339) 8 6 and 7 (0)  Systematische reviews: = 12 ( 12 uniek)  Cochrane reviews: = 0 (0 uniek)

### In- en exclusietabel

Nummer in search	Auteur, jaartal	In-/ exclusie	Reden van exclusie
<b>Richtlijnen</b>			
<b>3</b>	Quinn (2014)	Exclusie	Gaat over het behandelen van wonden die ontstaan in buitengebieden, primaire wondzorg. Bijvoorbeeld over het voorkomen van infecties etc. De Kwaliteitsstandaard gaat niet specifiek in op het behandelen van wonden.
<b>13</b>	Game (2012)	Exclusie	IWGDF guideline over diabetische voet ulcers. In Nederland is recent een nieuwe richtlijn Diabetische voet ontwikkeld waarnaar de kwaliteitsstandaard verwijst.
<b>20</b>	Gottrup (2010)	Exclusie	Artikel beschrijft hoe kwaliteit van bewijs in studies over wonden verbeterd kan worden. Is niet relevant voor de organisatie van wondzorg.
<b>25</b>	Franz (2008)	Exclusie	Richtlijnen over hoe acute wonden het snelst kunnen genezen, gaat over behandeling.
<b>32</b>	Alsbjorn (2007)	Exclusie	Richtlijn over hoe brandwonden behandeld moeten worden. De kwaliteitsstandaard gaat

			niet in op behandeling en verwijst hiervoor naar richtlijnen.
<b>35</b>	Paine (2006)	Exclusie	Gaat over hoe kwalitatief goede wondzorg geleverd kan worden; framework
<b>43</b>	Stephen-Haynes (2003)	Exclusie	Artikel over het ontwikkelen en implementeren van een richtlijn voor acute traumatische wonden.
<b>51</b>	Laverty (1997)	Inclusie	Gaat over het verbeteren van zorg voor patiënten met complexe chronische wonden. Wondzorgrichtlijnen promoten een gecoördineerde systematische aanpak van wondmanagement.
<b>55</b>	Anonymous (1995a)	Exclusie	Auteurs niet bekend, geen artikel of abstract in te zien
<b>56</b>	Anonymous (1995b)	Exclusie	Auteurs niet bekend, geen artikel of abstract in te zien
<b>60</b>	Anonymous (1993)	Exclusie	Auteurs niet bekend, geen artikel of abstract in te zien

## **Bijlage 6 Format kwaliteitsstatuut multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg**

Dit format is een uitwerking van het model kwaliteitsstatuut multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg (wondzorgcategorie III) voor de vorming van een lokaal/regionaal expertteam en beschrijving van de lokale werkafspraken.

### **Algemene informatie Expertteam**

1. Contactgegevens expertteam
  - a. Naam:
  - b. Hoofdadres:
  - c. Contactgegevens:
  - d. Website:
2. Leden expertteam:
  - a. Van alle leden naam, contactgegevens, hoofdadres, AGB-code (van toepassing):
  - b. Beschrijving namens eerste lijn/ziekenhuis:
  - c. Beschrijving wanneer in opzet regiebehandelaar kan zijn:
3. Onze locaties waar u ons fysiek kunt vinden:
4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:
  - a. Diagnostiek (inclusief welke) wordt geboden op de volgende locatie(s):
  - b. De volgende behandelingen worden geboden op de volgende locatie(s):
  - c. De volgende afspraken zijn gemaakt voor het regiebehandelaarschap:
    - i. Indien patiënt terug verwezen wordt naar de eerste lijn:
    - ii. Indien diagnose onderliggend lijden bekend is en vervolgbehandelingen hiervoor volgen:
    - iii. Expertteam behandeling bij zich houdt maar medisch specialistische interventies nog niet direct noodzakelijk zijn:
  - d. Het expertteam werkt op basis van consultatie verder samen met:

### **Regiebehandelaar**

De taken waar de regiebehandelaar zorg voor draagt zijn als volgt beschreven:

1. stellen van de diagnose;
2. opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
3. adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;
4. delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt;
5. casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
6. coördineren van wondzorg in de keten;
7. toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
8. toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
9. toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;

84

*\*Richtlijnen waarin andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, vormen hierop een uitzondering: Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Diabetische voet (NIV, 2017)*

10. organiseren van multidisciplinair overleg;
11. toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
12. toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Beschrijf hoe regionaal aan de volgende taken invulling wordt gegeven:

Ad3:

Ad4:

Ad5:

Ad7:

Ad8:

Ad9:

Ad10:

De overige taken van de regiebehandelaar komen hieronder aanbod in de beschrijving van de patiëntreis.

### **De patiëntreis:**

De patiënt vindt informatie over wachttijd en inhoud van de intake op:

1. De aanmeldprocedure bij het expertteam is als volgt geregeld:
  - a. Concrete aanmeldprocedure
  - b. Communicatie naar patiënt
2. De intake en diagnostiek is als volgt geregeld:
  - a. Hoe komt de afspraak bij de patiënt
  - b. Wie is de regiebehandelaar tijdens de intake
  - c. Wat zijn de inhoudelijke werkafspraken over de diagnostische fase
3. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld:
  - a. Beschrijving proces in relatie tot behandeldoel
  - b. Betrokkenheid patiënt
  - c. Rol expertteam
4. De voortgang van de behandeling wordt als volgt gemonitord:
  - a. Doelmatigheid
  - b. Effectiviteit
  - c. Tevredenheid patiënt
5. De resultaten van de behandeling en eventuele vervolgstappen of preventieve maatregelen worden als volgt gecommuniceerd met:
  - a. De patiënt
  - b. Verwijzer
  - c. Expertteam
6. In geval van een acute verslechtering van de wond of een recidief ulcus kan er door de patiënt als volgt gehandeld worden:
7. De uitkomsten van zorg wordt als volgt gemonitord:

### **Ondertekening kwaliteitsstatuut**

Het expertteam verklaart: dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld:

Naam lid:

Plaats:

Datum: