

Het Amsterdamse Ulcus Cruris project

Vijf jaar ervaring met een medisch en verpleegkundig protocol

B.P.M. SCHWEITZER

Het werken met een protocol bij de behandeling van ulcus cruris werd onderzocht door middel van interviews en het bijhouden van een logboek. Een succesvolle behandeling werd in de eerste lijn uitgevoerd bij 90 procent van de onderzochte groep. Het leeuwedeel van het werk kan worden gedaan door wijkverpleegkundige of assistente. De pijlers van het beleid – compressie en ambulante behandeling – zijn vijf jaar na de start van het project nog gemeengoed onder de deelnemers. Een verschuiving van zorg van eerste naar tweede lijn is voor het ulcus cruris mogelijk.

Schweitzer BPM. Het Amsterdamse Ulcus Cruris project. Vijf jaar ervaring met een medisch en verpleegkundig protocol. Huisarts Wet 1992; 35(7): 278-80.

B.P.M. Schweitzer, huisarts, Sociaal medisch centrum Diemen-Zuid, Oudekerkerlaan 34, 1112 BE Diemen; telefoon 020-699.7828.

Inleiding

Ulcera cruris komen voornamelijk voor bij bejaarden, werken sterk invaliderend en worden gekenmerkt door een moeizaam genezingsproces.¹ De behandeling van deze ulcera is volgens een Engelse collega uit 1805 'an unpleasant and inglorious task where much labour must be bestowed and little honour gained'.²

In 1982 leidde de opname-diagnose ulcus cruris in de regio Amsterdam tot een gemiddelde verpleegduur van 51 dagen.³ Voor het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken was dit aanleiding om het Innovatieproject te Amsterdam te verzoeken na te gaan of het mogelijk zou zijn de behandeling van ulcus cruris te verbeteren en deels over te hevelen naar de eerste lijn.

Over de hoofdlijnen van de behandeling en nazorg bij ulcus cruris bestaat in de literatuur overeenstemming; wél zou de uitvoering ervan kunnen worden verbeterd.⁴⁻⁶ Met dat doel is een geïntegreerd medisch en verpleegkundig protocol ontwikkeld.⁷ Het protocol kwam tot stand in acht bijeenkomsten van een werkgroep, waarin wijkverpleegkundigen, huisartsen, een dermatoloog en een verpleegkundige van de polikliniek dermatologie samenwerkten, met ondersteuning van een medewerker van het Innovatieproject.

Inhoudelijk verschilt het protocol niet wezenlijk van de NHG-standaard Ulcus Cruris.⁸ Wel werd in het kader van de plaatselijke afspraken aangegeven op welke momenten en bij welke indicaties een consult of verwijzing naar de tweede lijn was aangewezen. Verder is vermeld welke handelingen in polikliniek of kliniek moeten plaatsvinden.

De vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt:

- Leidt toepassing van dit protocol tot een toename van methodisch en deskundig handelen?
- Leidt die werkwijze ook tot genezing van het open been en tevredenheid van de patiënt?
- Vindt er een verschuiving van zorg plaats van de tweede naar de eerste lijn?

Methode

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag werden interviews gehouden met hulpverleners uit beide echelons die de situatie voor en na het project konden beoordelen. Ook kregen de 36 deelnemende huisartsen uit Amsterdam Zuidoost in april 1991 een korte vragenlijst toegestuurd ter beoordeling van hun eigen handelen en deskundigheid. Verder werden interviews met patiënten gehouden.

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, werd aan hulpverleners in Amsterdam Zuidoost en Nieuw West gevraagd om gedurende een jaar alle nieuwe behandelingen van patiënten met een open been aan te melden via een aanmeldingsformulier. De hulpverleningsactiviteiten werden bijgehouden in een 'logboek' en er werden interviews gehouden met alle patiënten en hulpverleners. Uiteindelijk waren vrijwel alle wijkverpleegkundigen en een redelijk aantal huisartsen bij het project betrokken (tabel 1).

Ter beantwoording van de derde onderzoeksvraag is in de patiëntenregistratie van de polikliniek dermatologie van het AMC gezocht naar verschillen in nieuwe aanmeldingen voor de diagnose ulcus cruris uit Amsterdam Zuidoost in de jaren voor en tijdens het project.

Resultaten

Consequenties voor het handelen

Volgens de eerstelijns hulpverleners gaf het protocol eenduidige richtlijnen, leidde het tot een methodische aanpak, waarborgde het continuïteit in geval van wisselende hulpverleners en verduidelijkte het de taakverdeling tussen wijkverpleegkundige en huisarts. De hulpverleners in de ziekenhuizen beoordeelden de nieuwe werkwijze in de eerste lijn als positief: er werd op de juiste wijze gezwaachteld, en het vertrouwen in de deskundigheid van de eerste lijn was toegenomen.

Van 30 huisartsen uit Amsterdam Zuidoost werd een reactie ontvangen. Van hen zeiden 25 volgens het protocol te werken. Van de vijf die niet volgens het protocol werkten, zeiden er drie dat ze daarvoor te weinig patiënten met een ulcus cruris za-

gen; de andere twee gaven geen reden. Door zeven huisartsen werd van het protocol afgeweken. Zo verwezen twee huisartsen bij hoogbejaarden minder naar de tweede lijn dan volgens het protocol nodig was, schreven twee huisartsen vaak orale antibiotica voor, en gebruikten enkele huisartsen andere wondbedekkers dan de in het protocol genoemde. Ook de afspraken voor gezamenlijke evaluatie met de wijkverpleegkundige of praktijkassistente werden niet altijd nagekomen (soms omdat de gehele behandeling aan de wijkverpleegkundige werd overgelaten).

Nadat de diagnose was gesteld, werd de feitelijke behandeling uitgevoerd door de wijkverpleegkundige en soms de praktijk-

assistente. Twintig huisartsen zeiden minder naar de tweede lijn te verwijzen, tien deden dat evenveel als voorheen. Tweëntwintig huisartsen vonden dat hun deskundigheid ten aanzien van het open been was toegenomen; acht antwoordden dat zij niets nieuws hadden geleerd.

Uit de logboekantekeningen blijkt dat in sommige gevallen expliciet werd afgeweken van het protocol; dat geldt zeker voor de zeven behandelingen waarin de registratie met die mededeling is gestopt. Bij vier patiënten werd op verzoek van de patiënt vanwege pijn gestopt met de ambulante compressie; in enkele andere gevallen werd na overleg met de polikliniek overgegaan op een andere behandeling.

Hoewel de hulpverleners bij ongeveer 70 procent van de patiënten antwoordden dat zij voorlichting hadden gegeven, vond na afloop meer dan 70 procent van de geïnterviewde patiënten dat zij geen voorlichting hadden gehad over ontstaan en voorkómen van een open been.

Uit de interviews met het medisch en verpleegkundig hoofd van de betrokken polikliniek dermatologie blijkt dat het protocol veelvuldig in de regio wordt gebruikt. Alleen moeilijke gevallen worden uiteindelijk verwezen naar de polikliniek. De deskundigheid in de eerste lijn wordt in het algemeen positiever beoordeeld dan bij de start van het project. Enige kritiek is er op het technisch handelen van de wijkverpleegkundigen. De indruk bestaat dat door veelvuldige wisselingen onder de wijkverpleegkundigen de kwaliteit van handelen wat is gedaald.

Tabel 1 Aantal behandelaars dat deelnam aan de registratiefase.

	Zuidoost	Nieuw West	Totaal
Wijkverpleegkundigen	53	60	113
Huisartsen	22	18	40
Praktijkassistenten	—	3	3
Bejaardenverzorgenden	7	2	9
Tweede lijn (spec/vpl)	8	3	11
Totaal	90	86	176

Tabel 2 Resultaat van de behandeling. Percentages (N=104).

	Zuidoost	Nieuw West
Been dicht	35	31
Behandeling loopt nog	4	12
Behandeling gestaakt	9	9
Totaal	48	52
Gemiddelde behandelduur (in weken)	13	8

Tabel 3 Aantal hulpverleningscontacten en tijdsbesteding per contact bij succesvolle behandelingen (69 patiënten). Afgeronde gemiddelden.

	Aantal contacten	Tijdsbesteding
Huisarts	3	17 minuten
Wijkverpleging	10	26 minuten
Bejaardenverzorger	2	22 minuten
Polikliniek	0,5	20 minuten

Consequenties voor de patiënten

In het kader van het registratiegedeelte van het project werden 114 patiënten aangemeld. Van 104 patiënten zijn uiteindelijk de gegevens beschikbaar.

De patiënten waren merendeels bejaard; de gemiddelde leeftijd was 74 jaar. Tweederde bestond uit vrouwen, iets minder dan de helft was alleenstaand; 87 procent was verzekerd bij het ziekenfonds. Bijna de helft van de patiënten had al eens eerder een open been gehad, vaak meer dan eens. Bij 65 procent bestonden diverse andere (achterliggende) aandoeningen: vaatafwijkingen, hypertensie, diabetes, cardiale problemen. In 25 procent van de gevallen was er sprake van meer dan één ulcus. De grootte van de wonden varieerde van 1 tot 100 cm², gemiddeld 10 cm².

Bij het einde van de registratiefase was bij 66 procent van alle patiënten de wond dicht. Bij 15 procent van de patiënten was de behandeling nog niet afgesloten. Van de wél afgesloten behandelingen was 78 procent met succes bekroond (tabel 2). De gemiddelde behandelduur bedroeg elf weken.

Bij 19 patiënten is de registratie gestaakt, terwijl de wond nog niet genezen was. Hiervoor waren verschillende redenen:

– opname in verband met open been (2×);

- andere verbandmethode vanwege pijn of jeuk (7×);
- ontevredenheid van de patiënt (5×);
- verhuizing of opname om andere redenen (5×).

De ervaringen van de patiënten waren over het geheel genomen positief; 83 procent gaf er de voorkeur aan om in de eerste lijn te worden behandeld. Die voorkeur kwam overigens in de meeste gevallen overeen met de feitelijke situatie. Zeven patiënten konden de behandeling echter vergelijken met eerdere behandelingen op de polikliniek: vijf van hen zouden in de toekomst kiezen voor een behandeling in de eerste lijn; één gaf de voorkeur aan de polikliniek en één had geen voorkeur.

Uit het aantal contacten blijkt dat de wijkverpleegkundige het leeuwedeel van het werk deed (tabel 3). Zij bepaalde ook meestal wanneer inbreng van de huisarts nodig was.

In Amsterdam Zuidoost vond bij 88 procent van de patiënten ten minste eenmaal contact tussen huisarts en wijkverpleegkundige plaats, in Nieuw West was dat 56 procent.

Verschuiving van de zorg

In de relatie tussen eerste en tweede lijn kwam de nadruk te liggen op (eenmalige) consultatie. Veertien van de 104 patiënten kwamen tijdens de behandeling ook op de polikliniek, waarbij het meestal om een of twee consulten ging. Alle hulpverleners vonden dat de onderlinge contacten waren toegenomen; ook de wijkverpleegkundigen zochten contact met de polikliniek, terwijl de huisartsen de hoofdverpleegkundige van de polikliniek gingen consulteren in plaats van de specialist.

Bij de poliklinische behandelingen deed zich een verschuiving van de zorg voor. Vóór de registratieperiode kwamen er jaarlijks gemiddeld 30 patiënten uit Amsterdam Zuidoost op de polikliniek dermatologie van het AMC, terwijl er in de anderhalf jaar na de start van het project acht kwamen, van wie de meesten voor een eenma-

lig consult. Bij de overige betrokken poliklinieken werd niet geregistreerd, maar bij navraag bleek dat er slechts zeer weinig nieuwe patiënten met ulcus cruris op de polikliniek waren gekomen.

Eenduidige regiogebonden gegevens voor de opname diagnose ulcus cruris konden niet worden achterhaald, zodat het effect op het aantal verpleegdagen niet was te meten.

Beschouwing

Volgens de Continue Morbiditeits Registratie bedraagt de incidentie van ulcus cruris 0,7 voor mannen en 2,8 voor vrouwen.⁹ Op grond van deze cijfers zouden er in de deelnemende praktijken ongeveer 140 nieuwe patiënten moeten zijn. In Amsterdam Zuidoost zijn de jongere leeftijdscategorieën echter oververtegenwoordigd, terwijl ulcus cruris onder de 45 jaar vrijwel niet voorkomt. Daarna stijgt het aantal nieuwe gevallen met het vorderen van de leeftijd. Zo bedraagt volgens de CMR de prevalentie in de leeftijdsgroep 75+ 1,0 voor mannen en 1,9 voor vrouwen.⁹

Vrijwel alle wijkverpleegkundigen deden mee aan het project. Dat de deelname van de huisartsen in de Zuidoostlob zoveel hoger was dan in Nieuw West, hangt samen met de grotere rol die gezondheidscentra in Zuidoost spelen; bovendien werden alle huisartsen hier individueel benaderd. Het project heeft echter een grotere uitstraling gehad dan uit het aantal geregistreerde behandelaars blijkt. Aan de deskundigheidsbevordering hebben bijvoorbeeld in Nieuw West al 100 hulpverleners deelgenomen.

Het ging in dit onderzoek om relatief kleine aantallen patiënten in een specifieke regio.

Niettemin is duidelijk gebleken dat behandeling van het ulcus cruris venosum in de eerste lijn aan de hand van een protocol goed mogelijk is. De consequentie van een dergelijke verschuiving van de tweede naar de eerste lijn is wel dat het aantal hulpverleningscontacten zal toenemen. In veel prak-

tijken zal de praktijkassistent(e) hiervoor kunnen worden ingeschakeld.

Belangrijke voorwaarden voor de implementatie van een protocol (of standaard) voor de behandeling van ulcus cruris zijn:

- een breed draagvlak: kruisvereniging, specialisten en huisartsengroepen moeten het belang en de voordelen van een gezamenlijke aanpak onderschrijven;
- een intensieve benadering van de deelnemers, met ruime oefenmogelijkheden;
- een duidelijke evaluatie, zodat de gewijzigde routines worden verankerd in het normale behandelpatroon.

Dankbetuiging

Met dank voor de inhoudelijke bijdrage van het Innovatieproject en voor de medewerking van de (wijk)verpleegkundigen, huisartsen en dermatologen in de Zuidoostlob van Amsterdam.

Literatuur

- ¹ Relyveld J, Bergink AH, Nijhuis HGJ. Ulcus cruris, wratten en sterfsituatie. Huisarts Wet 1988; 31: 266.
- ² Loudon ISL. Leg ulcers in the 18th and 19th centuries. JR Coll Gen Pract 1981; 31: 263-71.
- ³ Bertels M, Van 't Hoog H, Schmitz L. Met een beenlengte verschil. Zorg aan mensen met een open been. IP reeks nr 11. Amsterdam: Innovatieproject, 1989.
- ⁴ Heng MCY. Venous leg ulcers. The post phlebotic syndrome. Intern J Dermatology 1987; 26: 14-21.
- ⁵ Ryan TJ. Management of leg ulcers. Practit 1988; 232: 1014-21.
- ⁶ Fitzpatrick JE. Stasis ulcers: Update on a common geriatric problem. Geriatrics 1989; 44 (10): 19-21.
- ⁷ Van 't Hoog H. Handleiding protocol. Zorg aan mensen met een open been. IP reeks, nr 3. Amsterdam: Innovatieproject, 1989.
- ⁸ Schweitzer BPM, Doorenbosch J, Glotzbach R, Barnhoorn K, Breure DP. NHG-standaard Ulcus Cruris Venosum. Huisarts Wet 1991; 34(6): 270-5.
- ⁹ Van den Hoogen HJM et al. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985; 34(6): 270-5. ■