

WHITE PAPER



GEÏNTEGREERDE CHRONISCHE WONDZORG : GLOBALE THERAPEUTISCHE VISIE

beMedTech
Belgian federation of the
industry of medical technologies

Author : F. Amraoui

📍 Romeinsesteenweg 468
1853 Strombeek-Bever
☎ 02 257 05 90

🌐 www.beMedTech.be
✉ info@beMedTech.be
🐦 twitter.com/bemedtechtweet

INHOUD:

Stand van zaken wat betreft de chronische wondzorg in België	3
I. Kerncijfers	3
II. Toegang tot actieve verbanden: België, de slechte leerling in Europa?	4
III. Beperkingen en uitdagingen binnen de huidige chronische wondzorg :	6
De visie van beMedTech: Geïntegreerde chronische wondzorg	8
Globale therapeutische aanpak van de chronische wond, erkenning als volwaardige pathologie	8
Visie gericht op de waarde voor de patiënt en het therapeutisch resultaat	8
een visie met een betere kosten/effectiviteitsverhouding verhouding voor de verzekeringsinstellingen	9
Time to act: beMedTech aanbevelingen op korte termijn	10
I. Zorgen voor betere toegang tot innovatieve producten	10
II. Een algemene aanpak van de financiering en behandeling van chronische wonden uitwerken in drie stappen:	10
III. Verbetering van de expertise en erkenning van de experten:	10
Samengevat	11
Onze aanbevelingen :	11
Met de steun van de volgende organisaties:	11
Bijlage 1: Getuigenissen van chronische wondpatiënten	12
Gevolgen van late zorg: handicaps op lange termijn	12
Bijlage 2: Getuigenissen van zorgpersoneel	13
I. Duur van de behandeling en type behandeling [conventioneel VS gevorderd]	13
II. Administratieve lasten	13
III. Kennis en deskundigheid	13
Bijlage 3: IJsberg, de verborgen economische last van chronische wonden	14
Economische last van het huidige beheer van chronische wondzorg.	14
Bibliographie	15

STAND VAN ZAKEN WAT BETREFT DE CHRONISCHE WONDZORG IN BELGIË

I. KERNCIJFERS

1. Hoge prevalentie en verouderde behandeling van chronische wonden

Het aantal patiënten met chronische wonden in België wordt geschat op meer dan 300.000 (Martinengo, et al., 2019). De prevalentie van moeilijk te genezen wonden wordt geschat op 150.000 per jaar (Avontroodt, 2006). Bij 10% van de patiënten in rust- en verzorgingstehuizen in België ontstaat er een chronische wond.

De verdeling van chronische wondtypes wordt over het algemeen geschat op 20%/20%/60%: diabetische voet/veneuze been ulcera/decubitus.

- Prevalentie van diabetes in België: 8% van de volwassenen (9,6% in 2030)¹. 15% van de diabetespatiënten krijgt een diabetische voet.² 40-60% van de amputaties wordt uitgevoerd bij diabetisch patiënten. 1200 amputaties per jaar in België kosten 28,5 miljoen euro (Avontroodt, De Block, 2006). Bovendien is 20% van de kosten voor diabeteszorg het gevolg van complicaties met de diabetische voet, de behandeling ervan en de amputaties. België heeft de hoogste prevalentie van diabetische voetulcera (DVU) (16,6%, 95%CI: 10,7-22,4%) in de wereld (Zhang, 2017).
- 1-2% van de Belgische bevolking ontwikkelt een veneus been ulcus en dit is zelfs 3,6% bij 65-plussers (Vanderwee K, 2007). 8% is na 5 jaar nog niet genezen, 50% van de genezingsduur is langer dan 12 weken.
- Naar schatting ontwikkelen 10 op de 100 in het ziekenhuis opgenomen patiënten een decubitus. 11,4% van de patiënten in rust- en verzorgingstehuizen. Volgens een studie heeft 21% van de ziekenhuispatiënten doorligwonden in 26 ziekenhuizen in België, waarvan 50-80% is opgetreden in het ziekenhuis. (Vanderwee K, 2007)

In België stellen we vast dat de verzorging van chronische wonden, zowel in een ambulante als in een intramurale omgeving, meestal gebeurt met conventionele behandelingen, d.w.z. frequente verbandwissels van de zogenaamde “traditionele” verbanden (gaasjes, kompressen, gels, enz.) en ontsmetting van de wonden met ontsmettingsmiddelen zoals jodiumhoudende polividon-derivaten.

Omringende landen, zoals Nederland, Duitsland of het Verenigd Koninkrijk, hebben daarentegen afstand genomen van deze verouderde behandelingen en zorg, en gekozen voor een globale aanpak door multidisciplinaire teams met meer effectiviteit en efficiëntie (Lindholm et al., 2016). Sinds enkele jaren wordt de doeltreffendheid van de zogenaamde “geavanceerde” technieken uitvoerig beschreven in de wetenschappelijke literatuur (Ohura, 2004): debridementtechnieken, gebruik van actieve verbanden, negatieve druktherapie, voorbereiding van wondbedden ter voorkoming of eliminatie van biofilms, enz. Deze complementaire en doeltreffende technieken hebben hun meerwaarde bewezen in deze landen. In België ontbreekt deze globale aanpak van de chronische patiënt (Shultz et al., 2003) (Capgemini, 2014) (Lindholm et al., 2016) (NHS, 2020).

1. <https://www.diabetes.be/diabetes-cijfers>

2. <https://www.wondzorg.net/publicaties> Publicaties | Wondzorg

2. Ontoereikende huidige financiering voor chronische wondzorg

De financiering van wondzorg is momenteel versnipperd tussen vergoeding van actief verband, conventioneel verband (gaas en eenvoudige kompressen), de honoraria van de arts, en de verplegingskost (in het ziekenhuis, rusthuis of thuis).

Bij conventionele wondverzorging komen verpleegkundigen elke dag (tot 2x toe) bij de patiënt thuis/op de kamer en gebruiken eenvoudige gaasjes. Dit leidt tot een hoge financiële last voor de kosten van thuisverpleging of met andere woorden inefficiënt inzetten van middelen. In 2019 betaalde het RIZIV in de ambulante setting 45,2 miljoen euro voor complexe wondzorg en 2,6 miljoen euro³ voor specifieke wondzorg door verpleegkundigen. De financiering van actieveverbanden ligt veel lager. Zo betaalde het RIZIV in 2019 1,3 miljoen euro³ en vervolgens, na een wijziging in de vergoeding, in 2020 nog maar 162.321 euro voor deze verbandmiddelen.

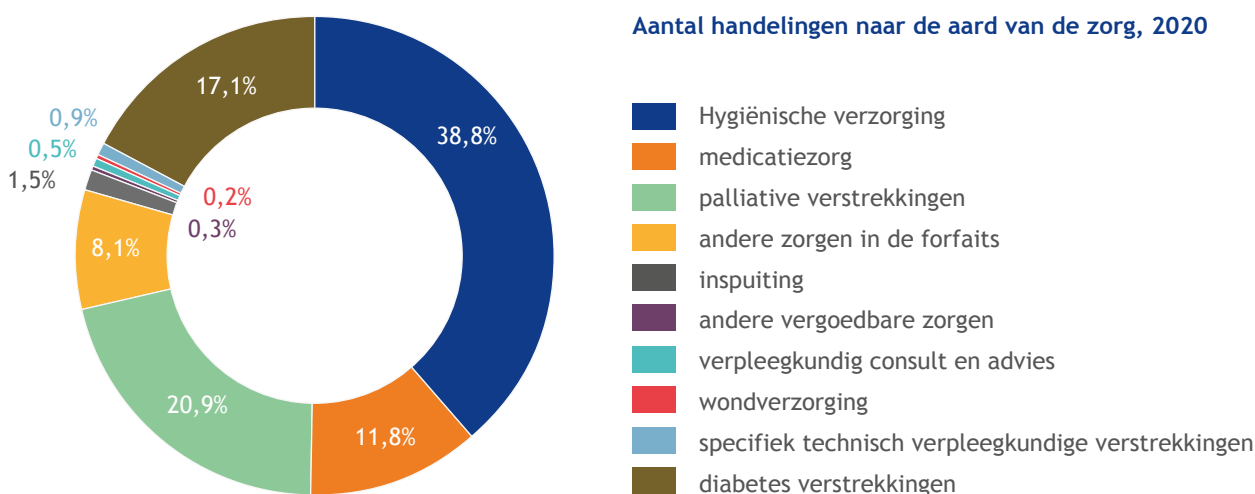


Figure 1: Relatieve verdeling van de verpleegkundige prestaties naar de aard van de zorg (in %) (WVG, 2020)

In het jaarverslag van het wit-gele kruis kunnen zien dat 20,9% van de verpleegkundigen hun tijd, wondzorg is, dus met andere woorden een belangrijke bron van inkomsten. Dus het principe van aktes en handelingen te vergoeden op deze manier gaat in tegen de principes van een goede wondzorg.

II. TOEGANG TOT ACTIEVE VERBANDEN: BELGIË, DE SLECHTE LEERLING IN EUROPA?

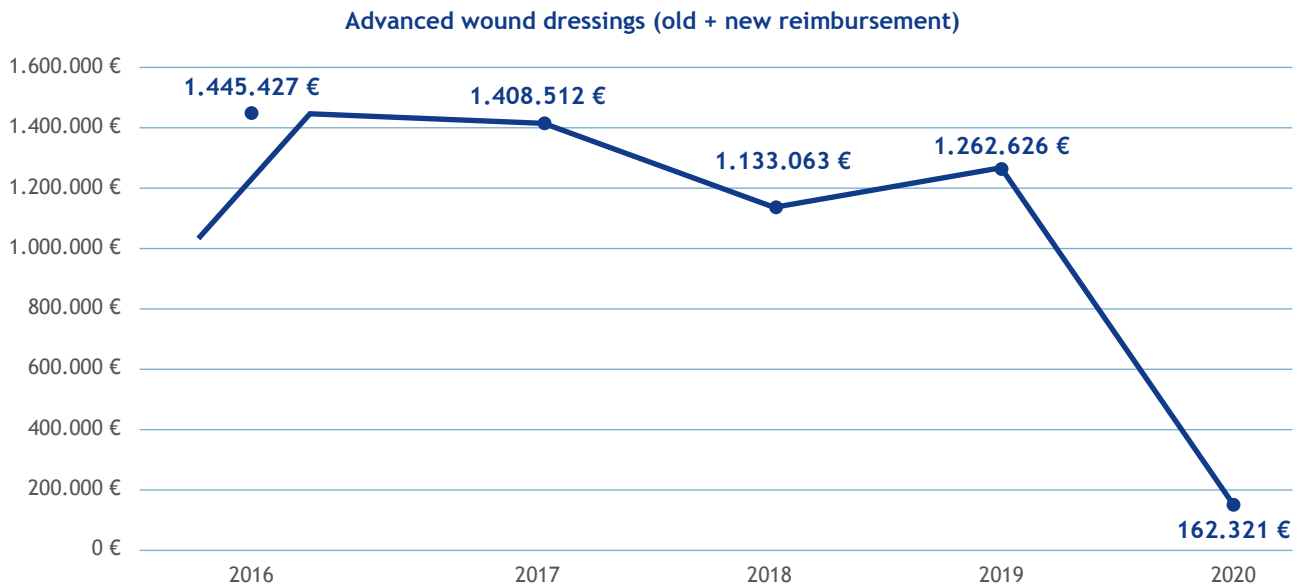
In vergelijking met de buurlanden leiden verschillende factoren tot een suboptimale behandeling van patiënten met chronische wonden en een hogere totale kost:

- Betaling per prestatie in de eerstelijnszorg (verpleegkundigen in de thuiszorg worden betaald per akte)
- Aan expertise in de wondzorg
- Lage terugbetaling van de behandelingen (over het algemeen beperkt tot de terugbetaling van de actieve verbanden)

1. Dalende trend in de vergoedingen voor actieve verbanden in de afgelopen 5 jaar

beMedTech juicht het initiatief van het TRDVM toe dat zich geconcretiseerd heeft in de wijziging van de terugbetaling van actieve verbanden voor chronische wonden in oktober 2019. Voorheen werd een maandelijks forfait van 20 euro per patiënt betaald (geïndexeerd), ongeacht hun behoeften. Het actief verband werd opgenomen in de MAF mits voorschrift. Sindsdien kunnen patiënten dankzij het nieuwe terugbetalingssysteem een terugbetaling van 20% krijgen van de door hun huisarts voorgeschreven actieve verbanden, en deze kost wordt volledig vergoed wanneer de MAF, Maximumfactuur, is bereikt.

Het totale budget toegekend voor actieve verbanden zou na de nieuwe wet niet veranderen. Uit de analyse van de gegevens ontvangen van het RIZIV, opgenomen in onderstaande grafiek, blijkt echter dat de totale uitgaven voor vergoedingen met 87% zijn gedaald.



Figuur 2 : RIZIV-gegevens van de totale uitgaven in € voor chronische wondverzorgingsproducten. — Bron Nomensoft 2021

Vóór de wetwijziging gaf het RIZIV tussen 2016 en 2019 gemiddeld 1.312.407 euro per jaar uit aan wondzorg met gemiddeld 5.000 forfaits per maand. Gezien het aantal maandelijks forfaits overeenkomt met het aantal patiënten per maand, zouden er 5000 patiënten per maand zijn.

Als we kijken naar Nederland, is het budget voor wondzorg daar 90 Miljoen euro.⁴

Sinds de invoering van het nieuwe terugbetalingssysteem⁵ geeft het RIZIV slechts 162.321 euro uit (gegevens van 2020). Waarschijnlijk is het aantal patiënten met chronische wonden niet gedaald. Bijgevolg hebben deze patiënten minder toegang tot de vergoeding van hun zorg gekregen.

2. Toegang voor de meest bevoorrechte patiënten

Bovendien, leidt een analyse van de verkoop van, door het RIZIV terugbetaalbare actieve verbanden voor chronische wonden door apotheken, en de werkelijke terugbetaling van dezelfde producten (A) tot een aantal verontrustende conclusies.

Ten eerste lijkt de vergoeding voorbehouden te zijn aan patiënten die het persoonlijk aandeel, d.w.z. 80% van de prijs van het verband, kunnen betalen (kolom B).

Ten tweede worden de meeste actieve verbanden volledig door de patiënten gekocht, zoals blijkt uit de vergelijking tussen de verkoop door apotheken van terugbetaalbare producten (kolom C) en terugbetaalde producten (kolom A + B). Sommige categorieën worden zeer weinig vergoed in de praktijk, ondanks het feit dat zij in aanmerking komen voor vergoeding (kolom D). Zo wordt bijvoorbeeld slechts 11,1% van de in apotheken verkochte zilveralginaten vergoed.

Dit geeft duidelijk dat de terugbetaling ongekend is bij de voorschrijvers en een te zware administratie met zich meebrengt en dus voor heel wat patiënten met een hoge “out of pocket cost” tot gevolg.

Bovendien zijn er tegenwoordig centra voor chronische wondzorg die gespecialiseerde zorg bieden aan de meer welgestelde patiënten, met nieuwere producten die niet in de bestaande categorieën passen'. Dit creëert een geneeskunde met 2 snelheden.

4. www.GIBdatabank.nl 2020

5. 23 MAART 2019 - Koninklijk besluit http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019032315&table_name=loi

3. Geen toegang tot innovatie in België door ontoereikende vergoeding

De Belgische patiënt heeft steeds minder toegang tot nieuwe vormen van zorg in vergelijking met zijn Europese burens. Enerzijds keren bedrijven zich af van het Belgische terugbetalingsstelsel omdat :

- er sinds 2007 geen prijsindexering meer is voor actieve verbandmiddelen!
- De toevoeging van anti-infectieuze middelen zoals zilver verhoogt de prijs van de producten met 5%. Deze stijging weerspiegelt echter noch de gebruikte hoeveelheid zilver, noch de kostprijs ervan.
- Nieuwe innovatieve producten hebben geen plaats op de lijst gezien er geen nieuwe categorieën worden aangemaakt

Anderzijds kopen ziekenhuizen producten aan via openbare aanbestedingen, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan de producten die op de vergoedingslijsten staan. Maar aangezien de commissie die belast is met de terugbetaling van actieve verbandmiddelen (CTFPV) tussen 2019 en 2021 niet actief was, is er een kloof ontstaan tussen de producten die in ziekenhuizen beschikbaar zijn en de nieuwe producten die op de markt worden gebracht.

Dec 19 tem Nov 2020 Nomenclature code 795093	A	B	C	D
Catégories de pansements actifs remboursables	Terugbetaling RIZIV (€) ⁶	Patiëntenaandeel –Out of pocket (€) ⁴	Totale verkoop in de apotheek (€) ⁷	% Vergoede producten (RIZIV + Patiënten)/Totaal
(Pseudo) schuimverband/Pansement (pseudo) mousse	46 090 €	161 532 €	1.522.749, 00 €	13,63 %
Alginate semi-liquide/Half vloeibaar alginaat	9.337,00 €	37.407 €	4.216.847,00 €	1,11%
(Pseudo)schuimverband/Pansement (pseudo) mousse + AG	9 225,00 €	33 910 €	443 711,00 €	9,72 %
Hydrofibre/Hydrofiber + AG	6.565,00 €	23.680 €	101.867,00 €	29,69%
Hydrocolloïde	7 424,00 €	30 805 €	1.019.341, 00 €	3,75 %
Alginate/Alginaat	19.617,00 €	22.454 €	318.845,00 €	13,19%
Silicone	12.374,00 €	43.864 €	460.477,00 €	12,21%
Hydrogel semi-liquide/half vloeibaar hydrogel	950,00 €	3.586 €	178.695,00 €	2,54%
Hydrofibre/Hydrofiber	973,00 €	3.265 €	30.492,00 €	13,90%
Hydrogel en plaque/Hydrogel in plaatvorm	639,00 €	1.592 €	23.270,00 €	9,59%
Alginate/Alginaat + AG	191,00 €	1 172 €	12 268,00 €	11,11 %
Pansement absorbant/Geabsorberend verband	87,00 €	348 €	3.025,00 €	14,38%

Figuur 3 : RIZIV-vergelijkingen van de totale uitgaven in € voor chronische wondverzorgingsproducten. – Source : Nomensoft 2021

III. BEPERKINGEN EN UITDAGINGEN BINNEN DE HUIDIGE CHRONISCHE WONDZORG :

1. Voor de patiënten

Zie bijlage 1: Verhalen van chronische wondpatiënten

- > Het aantal patiënten met chronische wonden neemt voortdurend toe
De behoefte aan wondzorg zal de komende jaren sterk toenemen naarmate de bevolking verouderd, comorbiditeiten en infecties toenemen... (Hjort et al., 2010)
- > Verslechtering van de levenskwaliteit
Chronische wonden worden gekenmerkt door een lange genezingsduur met pijn en geurtjes. Complexe wonden hebben een aanzienlijke invloed op de levenskwaliteit van patiënten; pijn, mobiliteitsbeperkingen of zelfs een sedentaire levensstijl, geurtjes, verhoogd risico op infecties en oedeem, terugkerende wonden, extra medicatie. Dit leidt tot extra kosten en opnames in een ziekenhuis of verpleegtehuis.
- > Weinig globale aanpak van chronische wonden
Vandaag zijn er weinig multidisciplinaire teams die de patiënt een globale aanpak bieden en de nodige infrastructuur (bv. specifieke wondzorgcentra) ontbreekt. Onvoldoende samenwerking tussen 1e en 2e lijn.

6. Source : Nomensoft 2020 <https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/nl/search>

7. Source : IQVIA Data 2020

2. Voor het verplegend personeel

Zie bijlage 2: Getuigenissen van het personeel in de gezondheidszorg

- > **Langdurige behandeling**
De kosten voor de behandeling van patiënten met complexe wonden zijn hoog door de vaak langdurige inzet van zorgverleners, zoals wondverpleegkundigen, huisartsen en gespecialiseerde artsen, en het gebruik van geneesmiddelen en verbandmiddelen. (Jarbrink et al., 2017)
- > **Tekort aan verpleegkundigen in België**
Wondzorg vereist de inzet van schaars personeel, namelijk verpleegkundigen, voor lange genezingsstijden. Langere ziekenhuisopnames als gevolg van wonden mobiliseren personeelsmiddelen in onderbezette diensten.
- > **Werklast**
In de thuiszorg wordt het verband vaak verwisseld (tot 2x/dag). 90% van de tijd van het verplegend personeel wordt besteed aan wondzorg, omwille van de talrijke wissels bij gebruik van gewone verbandmiddelen.
- > **Vergoeding per prestatie**
Geen financiële motivatie voor resultaatgerichte wondzorg: Er is waarschijnlijk een correlatie tussen de duur van de wondzorg en de vergoeding per prestatie.
- > **Administratieve lasten**
De nomenclatuur voor de indeling van wonden (specifieke en complexe zorg) die verpleegkundigen moeten volgen, verschilt van de procedure voor tarifiering van de verbanden
- > **Gebrek aan opleiding en expertise**
Bij hogere studies wordt minder dan 15 uur aan wondverzorging gewijd, wat het voor verpleegkundigen moeilijk maakt om wonden op een gestandaardiseerde en vergelijkbare manier te classificeren.

3. Voor de verzekeringsinstellingen

Zie Bijlage 3: Iceberg, de verborgen economische last van chronische wonden

- > **Versnipperde directe kosten**
De uitdaging in België is om chronische wonden als een volwaardige pathologie op zich te beschouwen en de totale kosten ervan (direct en indirect) in te schatten. De kosten van de behandeling van complexe wonden zijn aanzienlijk, vooral door de langdurige inzet van zorgverleners - zoals referentieverpleegkundigen, huisartsen en gespecialiseerde artsen - en het gebruik van geneesmiddelen en verbandmiddelen. Uit een rapport van Capgemini blijkt dat de kosten van dergelijke zorg 2-3% van de totale uitgaven uitmaken in westerse landen (Capgemini, 2014). In België leidt de silobudgettering binnen verzekeringsinstellingen tot gefragmenteerde terugbetalingssystemen voor chronische wondzorg. Andere landen hebben een duidelijk beeld: de directe kosten van chronische wonden in Groot-Brittannië worden geschat op 2-3 miljard pond per jaar (Harding & Queen, 2011). In de Verenigde Staten kostten 6,5 miljoen patiënten met chronische wonden in 2008 meer dan 25 biljoen dollar (Sen et al., 2009).
- > **Ongekende indirecte kosten**
De economische impact van chronische wonden is aanzienlijk. In Europa gaat naar schatting 2 tot 4% van de begrotingen voor gezondheidszorg naar wondbehandeling. (Zhang, 2017).

Chronische wonden leiden tot een gebrek aan sociale participatie (verlies van arbeidsdagen door langdurig ziekteverlof), vervroegde pensionering en langdurige arbeidsongeschiktheid. Bijkomende medicatie, heropname en andere gevolgen zijn in België niet gekwantificeerd.

Value-Based Healthcare zou de norm moeten zijn in de toekomst, een volledige herziening van het patiëntgerichte zorgsysteem.

DE VISIE VAN BEMEDTECH: GEÏNTEGREERDE CHRONISCHE WONDZORG



GLOBALE THERAPEUTISCHE AANPAK VAN DE CHRONISCHE WOND, ERKENNING ALS VOLWAARDIGE PATHOLOGIE

Voor wondzorg van hoge kwaliteit in België, stellen wij een holistische patiëntgerichte therapeutische aanpak voor. Deze aanpak omvat preventie, diagnose, behandeling, monitoring, levensstijladvies voor chronische follow-up en terugvalpreventie.

Expertise in chronische wondverzorging is de voorwaarde voor een holistische therapeutische aanpak met:



Consolidatie van expertise
en kennis van de
eerstelijnszorg voor
chronische wondzorg



Versterking van de
multidisciplinaire teams en
links tussen thuiszorg en
zorginstellingen



Erkenning van de
deskundigheid
van de beoefenaars
in de praktijk



VISIE GERICHT OP DE WAARDE VOOR DE PATIËNT EN HET THERAPEUTISCH RESULTAAT

Onze visie is de levenskwaliteit van chronische wondpatiënten te verbeteren met concrete therapeutische resultaten:

- Vermindering van pijn, huidbeschadiging, oedeem, maceratie (door betere beheer wondvocht), complicaties, infecties, depressies...
- Kortere behandelingsduur, snellere genezing en minder frequente bezoeken aan huis/ziekenhuiskamer of verpleegtehuis en dus ook toegang tot innovatie voor elke patiënt
- Snellere terugkeer naar het actieve leven.

En vermijdbare chronische wonden bij patiënten te verminderen door:

- Het anticiperen van de diagnose van chronische wonden na 3 weken
- De integratie van preventie in chronische wondzorg (Beeckman, 2020)



EEN VISIE MET EEN BETERE KOSTEN/EFFECTIVITEITSVERHOUDING VERHOUDING VOOR DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

1. Een globaal terugbetalingssysteem voor chronische wondzorg

De expertise van de gezondheidsbeoefenaar is van essentieel belang om te kunnen oordelen over de adequate behandeling in elk stadium van de aandoening:

- Bij risico patiënten, preventie van chronische wonden met alle erkende maatregelen⁸
- Tijdige diagnose: wondbeoordeling na 3 weken in plaats van 6 (Hjort et al., 2010)
- Behandeling: voorbereiding van de wonde, infectiepreventie, gebruik van actieve verbanden aangepast aan elke wond met de juiste frequentie van verbandwisselsn: 2x/week in plaats van 2x/dag

2. Verbeterde KOSTEN-EFFECTIVITEIT van chronische wondzorg

- Daling van de kosten gelinkt aan de duur van de behandelingen
- Daling van de kosten voor thuisvepleging of verpleging in een zorginstelling (ziekenhuis, verpleegtehuis)
- Daling van de kosten van silobudgettering en gefragmenteerde terugbetaling
- Daling van de indirecte kosten zoals langdurige ziekenhuisopnames en genezingstijden.
- (Lindholm et al., 2016) (Capgemini, 2014)

3. Efficiënte toewijzing van schaarse middelen

- Personeelsmiddelen: artsen, verplegend personeel thuis en in het ziekenhuis
- Vrijkomen van ziekenhuisbedden

4. Beter sociale participatie van chronische wondpatiënten

- Sneller herstel
- Minder vervroegde pensionering en langdurige arbeidsongeschiktheid.

8. Compressieband therapie, Negatieve druk therapie, enz. (KCE, 2020)

TIME TO ACT: BEMEDTECH AANBEVELINGEN OP KORTE TERMIJN

“Op lange termijn: elke patiënt met een (pre-)chronische wond, op tijd en eerlijk behandelen met de best behaalbare resultaten tegen de laagste kosten voor de samenleving.”

Om deze langetermijnvisie te verwezenlijken, kunnen op korte termijn enkele concrete doelstellingen worden verwezenlijkt:

I. ZORGEN VOOR BETERE TOEGANG TOT INNOVATIEVE PRODUCTEN

Toegang tot actieve verbanden voor patiënten met chronische wonden is de sleutel tot effectieve wondgenezing (Fetterolf, 2019).

1. **Het terugbetalingsproces vereenvoudigen op basis van de resultaten in de praktijk**
 - Indexering van de verkoopprijzen op de lijsten
 - Aanpassing van de lijsten in overeenstemming met de snelheid van de innovaties.
 - Bijwerking van de categorieën in lijn met de snelheid van de innovaties.
2. **De financiering van deze verbanden is in alle situaties van cruciaal belang:**
 - In ambulante setting: Bevoorrechte en minder bevoorrechte patiënten toegang geven tot dezelfde producten om een geneeskunde met 2 snelheden tegen te gaan.
 - In gezondheidsinstellingen, ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen: de opgenomen patiënten toegang verzekeren tot innovatieve behandelingen en voorkomen van vermijdbare chronische wonden.

II. EEN ALGEMENE AANPAK VAN DE FINANCIERING EN BEHANDELING VAN CHRONISCHE WONDEN UITWERKEN IN DRIE STAPPEN:

1. Meten:

De economische last van complicaties veroorzaakt door moeilijk te genezen wonden is vandaag zeer hoog, moeilijk te meten en momenteel niet onder controle (Fetterolf, 2019). Daarom moeten we het silo-denken loslaten en beginnen met een evaluatie van de getroffen bevolking, de totale kosten van wondzorg (direct en indirect) en van de complicaties ervan, in de geest van resultaatgerichte gezondheidszorg (NHS, 2020).

2. Transversaal beheer:

overleg met deskundigen en alle belanghebbenden om silo-denken te vermijden, zoals het wijzigen van de nomenclatuur van de referentieverpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de thuiszorg.

3. Communicatie in het veld:

zorgen voor een betere communicatie rond de de bestaande wettelijke kaders voor de verpleegkundigen en de organisaties die instaan voor hun opleiding.

III. VERBETERING VAN DE EXPERTISE EN ERKENNING VAN DE EXPERTEN:

1. Implementatie van nationale richtlijnen

Implementatie van nationale richtlijnen (KCE, et al., 2013) (KCE, et al., 2020) en internationale protocollen voor geavanceerde chronische wondzorg (TIME).

2. Erkenning van experts

Erkenning van experts die +150 uur opleiding hebben gevolgd, gegeven door organisaties vrij van enig belangenconflict.

3. Sensibilisering van het zorgpersoneel

Sensibilisering van het zorgpersoneel met betrekking tot complexe wondverzorging.

4. Erkenning van de medische hulpmiddelen sector als partner.

SAMENGEVAT

beMedTech ijvert voor een globale therapeutische aanpak voor chronische wonden, met een visie gefocust op de waarde voor de patiënt, gedreven door het therapeutisch resultaat en met een betere kosten-effectiviteit verhouding voor de verzekeringsinstellingen.

ONZE AANBEVELINGEN :

1. Betere toegang waarborgen tot de innovatieve producten
2. Zorgen voor een betere transversaliteit en communicatie tussen de verschillende actoren, met het doel een globale aanpak voor de financiering en de behandeling van chronische wonden uit te werken
3. Verbeteren van de expertise en de erkenning van de experts

Dit document is opgesteld door de leden van de werkgroep Wound van beMedTech, de Belgische federatie van de medische Technologieën.

BIJLAGE 1: GETUIGENISSEN VAN CHRONISCHE WONDPATIËNTEN

GEVOLGEN VAN LATE ZORG: HANDICAPS OP LANGE TERMIJN

Een klein wondje aan zijn teen raakte geïnfecteerd, de gevolgen waren desastreus: Tony (76) een schrijnend voorbeeld van wat vertraagde zorg kan aanrichten.⁹



Tony Peeters lag tot maandag opnieuw in het UZ Brussel, voor hetzelfde chronische voetprobleem als vorig jaar, ditmaal aan zijn rechterbeen. "Het vreemde verschil is dat we er nu, op tijd bij waren, terwijl de situatie aan mijn linkerbeen vorig jaar tijdens de lockdown zodanig is geëscaléerd dat er voor de chirurg niets anders meer op zat dan mijn been te amputeren." @Photo Nena

Een piepklein wondje aan zijn teen raakte geïnfecteerd, de gevolgen waren rampzalig: Tony (76) schrijnend voorbeeld van wat uitgestelde zorg aanricht

Een piepklein wondje aan zijn teen raakte tijdens de eerste lockdown toen de ziekenhuizen op slot waren voor niet dringende hulp - geïnfecteerd, de gevolgen waren rampzalig. "Tegen de tijd dat ik kon worden behandeld, was het te laat en moest mijn linkerbeen worden afgezet." Finseelaar Tony Peeters getuigt wat door corona uitgestelde zorg heeft aangericht bij hem.

Frank Geubens en Lieve Van Roselace 07 06 21 36 80 - Laatste update: 10/25

9. <https://www.hln.be/binnenland/een-piepklein-wondje-aan-zijn-teen-raakte-geïnfecteerd-de-gevolgen-waren-rampzalig-tony-76-schrijnend-voorbeeld-van-wat-uitgestelde-zorg-aanricht-ab7e9ca9/>

BIJLAGE 2: GETUIGENISSEN VAN ZORGPERSONEEL

I. DUUR VAN DE BEHANDELING EN TYPE BEHANDELING [CONVENTIONEEL VS GEVORDERD]

1. Tijdens het wondgenezingsproces hebt u verschillende soorten/groottes verband nodig, en past u het verband aan het wondgenezingsproces aan.

Zie Jo Belmans geval, contact - comfeel - ag verband, deze wondverzorging heeft niet lang geduurd, dankzij de verbanden die we hadden.

- Na 14 dagen was een wond genezen, na 17 dagen was alles genezen.
- Als we de wondverzorging op tijd volgen, zal de genezing sneller gaan.
- Als we op tijd worden gevraagd om de verzorging van een bestaande wond te volgen, zal de wond sneller genezen.

Daarom is het van groot belang dat wij in de eerste fase van de verzorging, wanneer zich een wond vormt, de juiste verbanden kunnen gebruiken. We moeten ook de verbanden kennen, zodat we ze op het juiste moment kunnen gebruiken

2. Actieve verbanden zijn zeer comfortabel voor de patiënt:

- Het verband blijft niet aan de wond kleven
- Gemakkelijk te verwijderen
- Minder pijnklachten
- hoeven niet elke dag te worden verschoond (afhankelijk van de wond)
- na controle, kan hetzelfde verband gebruikt worden
- andere zalven kunnen eronder gebruikt worden
- kan worden gebruikt onder compressietherapie
- zijn niet oncomfortabel
- minder allergische reacties
- geen dagelijkse bezoeken, de patiënt kan ons bellen indien nodig
- we komen zelden twee keer per dag voor wondverzorging
- verminderen we de frequentie van de zorg, één keer per dag, naar elke 2 dagen, naar elke 3 dagen...
- minder behoefte aan andere verbanden zoals gaaskompressen, kleefstrips, huidbeschermingsfolies...



*Lief De Busser,
Referentieverpleegkundige in Geel*

II. ADMINISTRATIEVE LASTEN

“Zelfs voor ons, de verwijzende verpleegkundigen, is het niet meer duidelijk welk formulier moet worden ingevuld en wanneer. De huisartsen zijn hier helemaal niet van op de hoogte. Ook de apotheken zijn zich hier niet van bewust. Zij nemen vaak niet de moeite om de lijst van actieve links te controleren. Een hele verpakking per keuze van dressing is niet de oplossing.” Lief De Busser

III. KENNIS EN DESKUNDIGHEID

“Het is jammer dat er collega’s zijn die geen bijscholingscursussen volgen en dus geen kennis hebben van actieve verbanden. Het zou beter zijn als de uitvoering van de wondverzorging alleen door de doorverwijzende verpleegkundigen in rekening werd gebracht.”

— Lief De Busser

BIJLAGE 3: IJSBERG, DE VERBORGEN ECONOMISCHE LAST VAN CHRONISCHE WONDEN

ECONOMISCHE LAST VAN HET HUIDIGE BEHEER VAN CHRONISCHE WONDZORG.

- Vergoedingen voor voorschrijvers.
- Kosten van ziekenhuisopname.
- Verpleegkundige thuiszorg.
- Verbandkosten (10% van de totale kosten).



AMBULANT

1. Directe kosten :

- Kosten van de verbanden.
- Bijkomende medicatie voor complicaties.
- Kosten van uren verplegend personeel vermenigvuldigd.

90% van de tijd van verpleegkundigen gaat op aan wondverzorging omdat traditionele verbanden zo vaak moeten worden vervangen.

2. Indirecte kosten als gevolg van lange behandelingen:

- Gebrek aan sociale participatie van patiënten (als gevolg van vervroegde pensionering, langdurig ziekteverlof of langdurige handicaps bv. amputatie).
- Inzet van zorgpersoneel ten koste van andere patiënten.



ZIEKENHUIS

1. Overbelasting van het personeel
2. Hogere duur en aantal (her) ziekenhuisopname (op korte en lange termijn)
3. Hogere incidentie van complicaties (infecties, oedeem, enz.)

BIBLIOGRAPHIE

- Avontroodt, Y., De Block, M., Dierckx, H., & Germeaux, J. (2006). PROPOSITION DE RÉOLUTION relative au traitement des plaies chroniques/VOORSTEL VAN RESOLUTIE betreffende de verzorging van chronische wonden. DOC 51 2552/001.
- D. Beeckman, A. (2020) Fourie, C. Raepsaet, N. Van Damme, B. Manderlier, D. De Meyer, H. Beele, S. Smet, L. Demarré, R. Vossaert, A. de Graaf, L. Verhaeghe, N. Vanderghenst, B. Hendrickx, Silicone adhesive multilayer foam dressings as adjuvant prophylactic therapy to prevent hospital-acquired pressure ulcers: a pragmatic noncommercial multicentre randomized open-label parallel-group medical device trial
- Capgemini. (2014). Innovatie van complexe wondzorg Onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit https://www.excen.nl/public/content/news/pdf/def_rapport_NZA_Innovatie_Complexe_wondzorg_2014.pdf
- Fetterolf. (2019, 2019;16:1391-1397). Estimating the economic value of emerging technologies in chronic wound therapy. Int Wound Journal, p. DOI: 10.1111/iwj.13202.
- Harding KG, Queen D. (2011) Chronic wounds and their management and prevention is a significant public health issue. Editorial. Int Wound J;7: 125-126.
- Hjort, A. G. (2010). Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. . Journal of Wound Care, n°5, vol 19.
- Jarbrink, K., Ni, G., Sonnergren, E., Schmidtchen, A., Pang, C., Bajpai, R., & Car, J. (2017). The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review.
- KCE, Beeckman, D., Fourie, A., Raepsaet, C., Damme, N. V., Savoye, I., . . . Hulstaert, F. V. (2020). Silicone adhesive multilayer foam dressings to prevent hospital acquired pressure ulcers. Brussels: KCE-16012.
- KCE, Beeckman, D., Matheï C., V. L., Vanwalleghem, G., Van Houdt, S., Gryson, L., & Heyman H, T. C. (2013). A national guideline for the treatment of pressure ulcers. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge center.
- Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. Int Wound J, pp. 5-15.
- Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., & Josip Car, K. J. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studie. Annals of Epidemiology.
- NHS, G. J. (2020). Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018. NHS.
- Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, Gottrup F, Gurtner GC, Longaker MT. Human skin wounds: A major threat to public health and the economy. Wound Rep Reg 2009;17: 763-771.
- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen. (2003) Mar;11 Suppl 1:S1-28. doi: 10.1046/j.1524-475x.11.s2.1.x. PMID: 12654015.
- Ohura, T., Sanada, H., & Mino, Y. (2004). Clinical Activity-Based Cost Effectiveness of traditional versus modern wound management in patients with pressure ulcers. Outcome research.
- Vanderwee K, C. D. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study Journal of Evaluation in Clinical Practice .
- Wit-gele kruis (2021) Zorgcijfers 2020 <https://www.witgelekruis.be/jaarverslag2019/themas/zorgcijfers/algemeen-1>
- Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. Annals of Medicine. 2017;49(2):106-116.