

DE RICHTLIJNEN VAN DE EPUAP

Dr JRE Haalboom

In 1996 werd tijdens het congres van de European Tissue Repair Society in Amsterdam door een aantal mensen die speciaal geïnteresseerd waren in decubitus de European Pressure Ulcer Advisory Panel opgericht. De administratie werd gevoerd vanuit de Wound Healing Unit van het Churchill Hospital in Oxford (Engeland), waar George Cherry de leiding heeft over een bekende onderzoeksgroep naar alle aspecten van wondgenezing. Tijdens het congres werd een voordracht gehouden door de Amerikaanse plastisch chirurg George Rodeheaver over de Amerikaanse richtlijnen, die in 1994 op initiatief van het ministerie van gezondheid waren opgesteld. In Engeland was al een vrij grote groep mensen uit het hele land bezig met de coördinatie van decubitus preventie en behandeling en ook in enkele andere landen (Nederland bijvoorbeeld) werd aan decubitus gewerkt, maar er was geen afstemming tussen de verschillende landen. George Cherry en Keith Harding (Universiteit van Cardiff, waar ook veel onderzoek op het gebied van wonden en wondbehandeling wordt verricht) namen het initiatief om net als in de Verenigde Staten ook een Europese Stuurgroep op te zetten, en dat was dus de EPUAP.

In 1997 en 1998 werden conferenties gehouden in Oxford, in 1999 in Amsterdam en in de komende jaren volgen Pisa en Le Mans. Tijdens de eerste twee conferenties werden respectievelijk preventie en behandelings richtlijnen opgesteld. Van meet af aan is in de EPUAP geprobeerd om aan de hand van wat men noemt "evidence based medicine" te werken. Tijdens de eerste conferentie heeft de vader van deze wijze van onderzoek beoordeling, de Oxford hoogleraar David Sackett een zeer overtuigend pleidooi hiervoor gehouden. Een groot probleem bij met name decubitus is dat er een groot "grijs" gebied bestaat tussen bewezen maatregelen en behandelingen en zaken die alleen uit ervaring stammen en misschien wel helemaal niet te bewijzen effectief zijn. Voorbeelden zijn het geloof in de heilzame werking van schapevachten en de toepassing van bijvoorbeeld ijzen en föhnen en van ultrageluid, terwijl bij goed onderzoek blijkt dat deze hulpmiddelen en handelingen helemaal niets doen of zelfs schadelijk kunnen zijn.

Nu lijkt voor de Nederlandse situatie het maken van alweer nieuwe richtlijnen niet noodzakelijk, wij hebben immers de CBO-consensus al. Toch zijn de EPUAP richtlijnen van belang. In de eerste plaats zijn ze een up-date van de onderzoeksgegevens, de laatste CBO bijwerking dateert

uit 1992, maar ze geven ook een mogelijkheid om in een veel groter gebied dan alleen maar Nederland op dezelfde manier met decubitus om te gaan. Daarom is niet gewerkt naar zeer geavanceerde preventie en behandelingsmethoden, maar juist naar zeer basale begrippen daarover. Werken wij in Nederland bijvoorbeeld met air-fluidized bedden, in een land als Hongarije zijn die bedden niet verkrijgbaar. Het adviseren van dergelijke high-tech materialen is dan ook niet zinvol als er naar Europese toepassingen wordt gekeken. Maar ook in Hongarije ontstaat decubitus op dezelfde manier en zal ook wondbehandeling op dezelfde manier kunnen plaatsvinden. Verder is het steeds meer duidelijk dat het vrijwel onmogelijk is om onderzoeken naar effecten van hulpmiddelen of behandelingen te verrichten alleen in Nederland. Het werkelijk wetenschappelijk onderzoek aantonen van verschillen tussen twee hulpmiddelen is moeilijk en vereist grote aantallen patiënten (een van de problemen van decubitus behandeling is dat er door de fabrikanten doorgaans maar zeer marginaal onderzoek is gedaan, waar bij degelijke beschouwing vrijwel nooit conclusies uit zijn te trekken). Alleen door onderzoeken internationaal te maken is aan die grote aantallen te komen. Het is dan essentieel dat er naar hetzelfde wordt gekeken en dat hetzelfde wordt gedaan. In

Nederland wordt decubitus sinds de CBO-consensus in principe onderverdeeld in 4 verschijningsvormen of stadia. In bijvoorbeeld Duitsland en Italië telt men alleen maar vanaf onze stadia 2 of zelfs 3. Zo kon het gebeuren dat in 1992 de bekende Engelse Kate O'Dea publiceerde dat in die twee landen maar 6% decubitus voorkwam en in Nederland en Engeland minstens het dubbele. Waren onze landen zoveel slechter? Bij goed nalezen viel het verschil in stadia-definitie op en bleken Duitsland en Italië juist veel slechter te zijn: bij ons maken de stadia 2-4 maar ongeveer 25% van het totaal uit en dat komt dan overeen met misschien 3% van het totaal van 1992.

Verder bleek dat er in alle landen verschillende materialen werden gebruikt met - net als in ons land - een zeer grote invloed van de informatie verschaffing van de industrie op het aanschafbeleid. Werkelijke kennis van epidemiologie en statistiek is niet alleen in Nederland niet het sterkste punt van de verpleegkunde opleiding. Er is dan ook een Europees traject naar de invoering van een Keurmerk of Positieve Lijst opgestart, waarbij weer geldt dat metingen in Frankrijk waarschijnlijk hetzelfde uitvallen als in Nederland en dat we dus door samenwerking ook op dit gebied veel kunnen winnen. Op vrij korte termijn komt er

gewoon een CE- of DIN normering voor materialen. Dat de fabrikanten dit niet prettig vinden mag duidelijk zijn.

Terug naar de richtlijnen. In 1996 kregen Jacqui Fletcher (lector verplegingswetenschap aan de Universiteit van Hertfordshire) en Jeen Haalboom (voorzitter van de Nederlandse Stuurgroep Decubitus Preventie en Behandeling) de opdracht om richtlijnen samen te stellen. Er mocht alleen gebruik worden gemaakt van wetenschappelijk aangetoonde werking en daarvoor werd een onderverdeling gemaakt in de kracht van de bewijzen in 3 gradaties, een procedure die ook al was gevolgd bij de CBO-consensus. Een A-classificatie betekende dat er een bewijs was uit een zogenaamde "randomised controlled clinical trial" of RCT bij mensen, een B dat er sprake was van twee of meer gecontroleerde klinische onderzoeken bij mensen of eventueel bij dieren en een C dat er sprake was van slechts een enkele gecontroleerde studie, of van tenminste twee beschrijvingen van patientenseries of dat er sprake was van de mening van ervaringsdeskundigen. Het was dus niet zo dat de ervaring van vele jaren behandeling door toegewijde verpleegkundigen zomaar overboord werd gezet, maar dat er wel werd beoordeeld in hoeverre dit moest meetellen.

Voor de conferentie van 1997 werden de richtlijnen over preventie voorbereid, de behandelingsrichtlijn volgde in 1998. Tijdens de conferentie werd door alle aanwezigen stevig gediscussieerd over de tekst, werden nieuwe gegevens aangedragen of juist weggestemd, werd naar zeer fraai Engels gezocht (Oxford weet daar wel raad mee; ik dacht redelijk Engels te spreken, nou vergeet het maar) en werden uiteindelijk de teksten aangenomen.

In de periode sindsdien zijn de richtlijnen in alle Europese talen vertaald en verspreid in de vorm van folders. In de folders is steeds achter de teksten aangegeven hoe sterk de bewijsvoering is voor de desbetreffende stelling. In de Verenigde Staten is er een compleet boekwerk van gemaakt, met ook de literatuur verwijzingen. Daarvoor is voor de EPUAP richtlijnen niet gekozen omdat dat domweg niet praktisch is. De literatuur is centraal verzameld en kan opgevraagd worden bij de administratie in Oxford, bijvoorbeeld via e-mail. In Nederland is geen folder verspreid. Nederland loopt behoorlijk voorop en er zijn met de richtlijnen geen wezenlijke veranderingen gekomen ten opzichte van de laatste consensustekst. Er komt einde 2000 een nieuwe versie van deze tekst, waarbij de richtlijnen vanzelfsprekend wel worden betrokken. De Nederlandse vertaling van de richtlijnen is overigens wel in dit themanummer opgenomen (in een vertaling van Germain Dekeyser en Jeen Haalboom).

Bij het doornemen van de teksten blijkt dat de bewijsvoering voor het overgrote deel in de categorie C valt, ofwel de zwakste categorie. Dat maakt opnieuw duidelijk hoe belangrijk het is om meer gedegen onderzoek naar decubitus preventie en behandeling te doen en daardoor af te komen van veel "geloof" in werking. De gezondheidszorg in Nederland is in steeds grotere problemen door vergrijzing en vooral tekorten aan financiering. Dit probleem zal de komende jaren alleen maar toenemen. Het is dan noodzakelijk om te werken met preventieve en therapeutische mogelijkheden die bewezen werkzaam zijn en daarnaast kosten effectief. Het vasthouden aan richtlijnen waarin naar "evidence" is gekeken is daarbij een noodzakelijke eerste stap.

Voor de Nederlandse situatie is er dan niet veel veranderd of aangepast, maar voor de andere landen is dat zeer zeker wel het geval. Landen met een veel minder ontwikkelde gezondheidszorg, en daarvan zijn er ook in het Europa van 2000 nog verscheidene, hebben aan deze richtlijn een sterk houvast.

In 3 jaar is de EPUAP een instelling geworden met gezag. De richtlijnen zijn daarvan een belangrijk onderdeel.

Dr JRE Haalboom