

De richtlijn wondzorg kan weer jaren mee

F. van Wijk*

De nieuwe Richtlijn Wondzorg is een feit. Vier modules zijn vernieuwd en er zijn ook twee nieuwe modules. Specialist ouderengeneeskunde Martin van Leen was betrokken bij de totstandkoming ervan. Als op basis van deze nieuwe richtlijn de jaarlijkse modulegewijze updates goed worden aangepakt, ligt er een document dat zeker de komende tien jaar goed meekan, stelt hij.

Ja het werd tijd, stelt specialist ouderengeneeskunde Martin van Leen. “De vorige richtlijn dateert alweer van 2013. En als je bedenkt dat in de regel een traject wordt gehanteerd waarin een richtlijn iedere vijf jaar wordt herzien, is duidelijk dat dit al enige jaren geleden had moeten gebeuren. Maar in 2018 kwam net de Kwaliteitsstandaard Wondzorg en daarbij bestond discussie over de vraag of daarin wel of niet behandelingen zouden worden opgenomen. Uiteindelijk bleek dit toch niet het geval, dus kwam de herziening van de bestaande richtlijn toch weer ter tafel.”

Dus werd een werkgroep gevormd om met de opdracht aan de slag te gaan. Daarin kreeg een breed pakket aan betrokken professionals zitting. Een plastisch chirurg, een orthopedisch chirurg, twee (vaat)chirurgen, een wondconsulent, een huisarts, een dermatoloog, een spoedeisende hulparts, een brandwondenspecialist en hoogleraar Dirk Ubbink van het Amsterdam UMC. En Van Leen dus, die ook al betrokken was bij de totstandkoming van de vorige richtlijn uit 2013. “De totstandkoming van deze nieuwe richtlijn heb ik als een aangenaam proces ervaren”, zegt hij. “Alle afspraken verliepen via Teams natuurlijk, vanwege de coronamaatregelen. Maar bijna iedereen was bij iedere vergadering aanwezig.”

Aanpassingen en toevoegingen

Hoewel de vorige richtlijn al negen jaar oud was, bleek de informatie in aardig wat hoofdstukken toch nog steeds adequaat te zijn. Slechts vier hoofdstukken moesten worden herschreven: de technieken voor pijnbestrijding, hoe te handelen bij een primair gesloten niet-lekkende wond, behandeling van een donorplaats en de lekkende wond.

Van Leen: “We kwamen tot de conclusie dat het nodig was ook twee nieuwe hoofdstukken toe te voegen. Een over de profylaxe bij antibioticatoediening en een over topletsel. In het totstandkomingsproces voor de vorige richtlijn was wel al over deze onderwerpen gediscussieerd. Maar je bent afhankelijk van het totaal aantal uren waarvoor financiële

middelen beschikbaar zijn. We hebben deze twee onderwerpen toen dus laten liggen.

Gelukkig is het door beschikbaar komen van nieuwe studies in de laatste jaren ook beter mogelijk om goede aanbevelingen te kunnen formuleren.

Zorgvuldig traject

De richtlijn topletsel is grotendeels door een plastisch chirurg geschreven. Van Leen zelf nam samen met Ellie Lenseling van V&VN het hoofdstuk over wondvocht ter hand. “Bij de samenstelling van de groepen is gekeken naar wie met welk onderwerp de meeste ervaring heeft”, vertelt hij. “Dan stel je een lijst samen van trefwoorden waarop in de literatuur kan worden gezocht. Die literatuur hebben Ellie en ik voor het hoofdstuk wondvocht ieder onafhankelijk van elkaar beoordeeld. De volgende stap was beoordeling van de abstracts daarvan in Pubmed. Dan valt weer een aantal af. Van de artikelen die overblijven controleer je dan de status en kijk je naar de mate waarin ze voldoen aan de eisen van de richtlijnencommissie. Wat overblijft, vormt de basis voor het eerste concept. En als dat er ligt, wordt het beoordeeld door de hele groep en op basis van de bevindingen van de leden aangepast. In totaal waren drie beoordelingsronden nodig voordat de tekst over wondvocht definitief was.”

De mate van bewijsvoering ligt in artikelen bij wondzorg immers duidelijk lager dan bij geneesmiddelen.

Een intensief traject, geeft Van Leen direct toe. “Maar ik denk ook dat dit nodig is als je kijkt naar hoeveel aannames er zijn over wondzorg”, zegt hij. “Je moet dus zorgvuldig schiften om tot de documenten te komen die zoveel mogelijk evidence bieden. De mate van bewijsvoering ligt in artikelen bij wondzorg immers duidelijk lager dan bij geneesmiddelen. Voor ons tweeën was dit geen probleem. Zelf ben ik jarenlang docent geweest aan de opleiding tot

wondconsulent aan het Erasmus MC in Rotterdam en Ellie heeft daar haar opleiding gedaan. Je leert daar zoveel mogelijk met evidence te werken, dus wij zaten op één lijn.”

Zinnige nieuwe informatie

Voor de behandeling van wondvocht zijn betere producten beschikbaar gekomen dan bij de richtlijn van 2013 beschikbaar waren. “Vooraf producten met een betere absorptiekwiteit en minder verkleving”, zegt Van Leen. “We konden dus echt zinnige nieuwe informatie toevoegen. Dat geldt trouwens voor alle hoofdstukken die we hebben aangepast. Over profylactische antibiotica bestaat al jaren discussie; begrijpelijk met het oog op resistentie. De laatste jaren is er veel meer bewijs gekomen dat het geven van profylactische antibiotica niet werkt, dus dan kun je in dat hoofdstuk van de richtlijn hierover een hard statement maken. Bij pijnbestrijding zien we practice based veel meerwaarde van de toepassing van VR-brillen voor kinderen. Ze zijn rustiger en minder bang. Daarvoor bestaat weliswaar geen keihard bewijs, maar er is wel een heel gerichte aanwijzing voor de meerwaarde.” Een paar weken nadat de richtlijn was geautoriseerd, las Van Leen een artikel erover in een van de dagbladen. “Toen dacht ik: we zijn ze lekker even voor geweest”, zegt hij. Hoewel de industrie werk maakt van betere absorptie of minder verkleving, zegt Van Leen niet te kunnen spreken van grote ontwikkelingen op productniveau. “Die zijn er niet of ze zijn nog niet bewezen”, zegt hij. “Negativedruktherapie bijvoorbeeld wordt al veel toegepast, zonder dat er nog veel onderbouwing voor is. Dat zal ook niet veranderen, denk ik, vanwege de hoge kosten voor gerandomiseerde klinische trials. En hoewel die niet onmogelijk zijn, heb je voor het duiden van kleine verschillen heel grote patiëntaantallen nodig om tot statistisch significante uitkomsten te komen.”

Sterker onderbouwd

Nu het werk is gedaan, kijkt Van Leen terug op een nieuwe richtlijn die naar zijn zeggen ‘veel steviger’ is dan de vorige. “Voor een aantal zaken hebben we echt betere onderbouwing kunnen bieden”, zegt hij. “De grote kunst nu is goede implementatie. Met het systeem daarvoor ben ik nog steeds niet heel gelukkig. Alle betrokken verenigingen hebben de richtlijn geautoriseerd en op hun website gepubliceerd. Ook komen er publicaties in Huisarts & Wetenschap en in Medisch Contact. Maar je blijft afhankelijk van degenen die het lezen. Publicatie van de richtlijn in een app heeft meerwaarde omdat je daarin heel gericht op module kunt lezen.”

Wat ook goed is, is dat voor de twee nieuwe modules aangepaste versies zijn geschreven voor publicatie op Thuisarts.nl. Voor de andere vier bestonden die al en hoefden ze slechts te worden aangepast. “Ik merk wel dat

de huisartsen er in hun wachtkamer veel aandacht aan geven”, zegt Van Leen. “Dat zorgt ervoor dat patiënten de informatie op Thuisarts.nl ook echt gaan lezen. En natuurlijk wordt de nieuwe richtlijn ook besproken op de opleidingen. Maar toch, we weten dat zelfs een richtlijn die heel veel impact heeft, zoals die voor hartfalen, niet meer dan dertig procent van de behandelaars er inzicht in heeft en niet meer dan vijftig procent weet dat hij überhaupt bestaat. Onder huisartsen is dat beter geregeld met de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, want de relevante informatie daaruit verschijnt gewoon rechtstreeks als pop-up in hun beeldscherm als ze ergens naar zoeken. Dat is echt een voorbeeld van hoe je moet implementeren. Er zit een goede systematiek in. En het is belangrijk dat de patiënt de richtlijn goed kent, omdat dit kan helpen om onnodige behandelingen te voorkomen.” Sommige aannames over wondzorg blijven echter onuitroeibaar, stelt Van Leen. De grens van maximaal zes uur om te hechten bijvoorbeeld. “Dat is echt zeer oude kennis”, zegt Van Leen. “In de richtlijn staat 24 tot 48 uur. Maar die oude kennis wordt in de opleiding nog steeds van generatie op generatie overgedragen.”

Update per module

Hoe kijkt Van Leen alles overwegend naar deze nieuwe richtlijn nu die er is? “Vanaf nu zal de richtlijn jaarlijks modulegewijs worden aangepast op die punten waar dit nodig is”, zegt hij. “Dat is een goede ontwikkeling, want het scheelt enorm veel kosten en tijd. Als dit systeem goed gehandhaafd wordt, kunnen we van deze richtlijn heel veel plezier beleven voor de komende tien jaar. Ook van de vorige bleek nog heel veel geldig, zoals ik al zei, dus het ligt niet voor de hand dat de huidige richtlijn in de komende tien jaar volledig op de schop gaat. Tenzij er in de komende jaren vanuit de beroepsgroep ineens heel veel meer onderzoek komt. Dat zou natuurlijk mooi zijn.”

**Frank van Wijk, freelance journalist*