

Consultvoering: hoe breng je de patiënt met een wond in kaart?

A. Wijlens *

Elke wondzorgprofessional streeft naar de beste zorg voor de patiënt. Gelukkig kijken professionals steeds vaker verder dan alleen de wond. Ze zien de totale patiënt, waarbij zowel psychische als somatische aspecten worden meegenomen in het traject. Dit is een zeer waardevolle ontwikkeling, omdat factoren die belemmerend kunnen zijn voor genezing of re-ulceratie daardoor beter inzichtelijk worden gemaakt. De vraag naar richtlijnen, framework (o.a. TIME) of classificatiesystemen (o.a. WCS-classificatie) die hierbij aansluiten wordt daardoor groter. Daarnaast wordt er vanuit andere instanties, denk aan overheid, zorgverzekeraar en beroepsverenigingen, gevraagd om aan te tonen dat er gewerkt wordt volgens richtlijnen en kwaliteitseisen. Tijd om eens te kijken naar een greep uit de mogelijkheden die we daarvoor hebben binnen de wondzorg.

Het is een onmogelijke opgave om in een classificatiemodel alle facetten gedetailleerd vast te leggen.

Framework - classificatie - richtlijn

Het woord classificeren wordt gedefinieerd in de Van Dale als rangschikking in klassen (1). Het resulteert in een uitgangsmaat die concreet en te onderscheiden is van andere klassen. Belangrijk voor de keuze voor een classificatiesysteem is het doel (2). Betreft dit het vastleggen van patiëntgegevens, het overdragen van informatie naar andere professionals of het inschatten van risico op amputatie. Het is een onmogelijke opgave om in een classificatiemodel alle facetten gedetailleerd vast te leggen. Daarnaast vervangt een classificatiemodel niet de wijze van consultvoering. De wijze van consultvoering kan vormgegeven worden aan de hand van een framework of richtlijn. Een framework kan ondersteunend zijn voor de opzet van het consult, waar de richtlijn vaak ook letterlijk richting geeft aan het uitvoeren van de stappen in het consult zelf (2). Met behulp van een framework worden relevante gegevens verzameld behorende tot een bepaald ziektebeeld; dit leidt niet tot een concrete uitgangsmaat. Dit geldt ook voor een richtlijn. Een richtlijn is een hulpmiddel om een patiënt met een ziektebeeld in kaart te brengen en op basis van de bevindingen te adviseren welke therapeutische opties daarbij aansluiten.

Consultvoering

De hedendaagse zorgprofessional wordt opgeleid om volgens gestructureerd anamnese en onderzoek uit te

voeren om het klinisch redeneren te optimaliseren en te vereenvoudigen. Denk hierbij aan geheugensteuntjes als ALTIS (aard, lokalisatie, tijd en tijdbelooft, intensiteit, samenhang) voor de zeven dimensies van de hoofdklasse en SCEGS (somatisch, cognitief, emotioneel, gedrag, sociaal) voor het afnemen van een (speciële) anamnese. Maar ook aan ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) voor het beschrijven van het functioneren van mensen, inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn, of de HOAC-methode (Hypothesis Orientated Algorithm for Clinicians) voor klinisch redeneren (3-5). Dit zijn algemene hulpmiddelen, een algemeen doel, die kunnen leiden tot het optimaliseren van het proces van klinisch redeneren. Dit sluit aan bij de huidige vraag in de gezondheidszorg waarin steeds meer aandacht is voor de samenhang van de klachten binnen het totale functioneren van een persoon. Het draagt ook bij aan het inzichtelijk maken van onderliggende (risico)factoren die van invloed zijn op de klachten. Naast deze algemene hulpmiddelen zijn er ook specifieke middelen die ingezet kunnen worden. Soms is dit een richtlijn of een framework dat gebruikt wordt, maar hierbij kan ook gedacht worden aan classificatiesystemen. In de 'Kwaliteitsstandaard organisatie van de wondzorg' uit 2018 wordt het volgende beschreven: 'De kenmerken van de wond (afmeting, kleur, hoeveelheid exsudaat, wondranden en omgeving) kunnen volgens ALTIS en TIME (Tissue, Infection, Moisture, Edge) beschreven en gedocumenteerd worden (6).' Volgens de werkgroep van belang dat in de eerste drie weken nadat het wondbeleid gestart is wekelijks de wond te controleren. Dit onder verantwoordelijkheid van de huisarts om de genezigstendens te monitoren.

Als basis-uitgangspunt een prima gegeven. Er zijn echter meerdere manieren om dezelfde kenmerken in kaart te brengen. En in het geval van specifieke etiologie of doelstellingen zijn er wetenschappelijk effectief gebleken instrumenten die hierin beter slagen dan de genoemde modellen, bijvoorbeeld in het geval van diabetische voet (7).

Hoe kun je wondbeoordelingsmodellen nu kritisch beschouwen als er weinig evidentie is?

Bij het verlenen van zorg streven we naar de strategie of behandelvorm op basis van het best beschikbare bewijs. Voor evidence-based medicine (EBM) worden alle vormen beschreven in de piramide van wetenschappelijke evidentie. In deze piramide van wetenschappelijke bewijs worden gelukkig ook alle vormen van bewijs benoemd. De mate van evidentie (inclusief de data) bepaalt hoe sterk een bepaalde mening is of de conclusie die getrokken kan worden. Naast goed uitgevoerde randomized controlled trials (RCT) en systematic reviews, die worden gezien als hogere niveaus van evidentie, wordt ook expert opinie als bewijs genoemd. Dit is essentieel wanneer van een bepaald onderwerp geen onderzoeken zijn gedaan. Expert opinie of bij situaties die moeilijk in een onderzoeksmethode zijn op te nemen.

Als er sprake is van geen tot matige evidentie op een specifiek onderwerp of beperkte generaliseerbaarheid, kan de interpretatie van deze onderzoeksresultaten voor een richtlijn worden aangevuld door de mening van experts of een panel. De vervolgstap is implementatie in de praktijk, waarbij rekening gehouden wordt met de setting waarin gewerkt wordt en de voorkeuren van de patiënt. Implementatie van een richtlijn, classificatiemodel of framework verloopt veelal moeizaam. Dit komt doordat deze vanuit een ideaalbeeld geschreven zijn, en soms de praktijksituatie daarbij nog niet is aangesloten. Bijvoorbeeld: de richtlijn vraagt om de beschikking over een enkel-arm-indexmeting, maar in de organisatie is er niemand die een opleiding heeft gevolgd om dit onderzoek te doen. Als er geen concessies gedaan kunnen worden moet er een alternatief bedacht worden om dit te onderwerpen, hetgeen soms niet meer geheel aansluit bij de richtlijn.

Maar denk ook aan het feit dat niet iedere patiënt vanaf het begin door een gespecialiseerd verpleegkundige behandeld wordt. Dit kan bepalend zijn voor de keuze van een model. Het is immers eenvoudiger om dan het WCS Classificatiemodel te gebruiken, gelijk inzicht te hebben in een startkeuze voor verband, dan het meer uitgebreidere TIME. In protocollen zie je deze opbouw dan ook terug, door in de basis terug te vallen op een eenvoudiger systeem om vervolgens de stap te kunnen maken naar gespecialiseerde zorg. Waarbij tijdig doorsturen uiteraard van belang is. Ook computersystemen die niet zijn ingericht om speci-

fieke gegevens vast te leggen of te monitoren, kunnen een drempel zijn voor volledige implementatie van deze systemen (8)

TIME

In de klinische praktijk wordt het framework TIME omarmd en ingezet als middel voor het beschrijven en beoordelen van chronische wonden (9). Desondanks kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij dit framework, met name als er ingezoomd wordt op evidentie. Schultz et al. introduceerde een concept voor wondbedpreparatie op basis van een gestructureerd framework. Het in 2003 bedachte framework beschrijft Tissue (weefsel), Inflammation/infection (inflammatie en infectie), Moisture (vochtbalans), epithelial Edge (wondrand) (10). In het jaar daarop ontwikkelde Schultz et al. het framework verder en probeerde de onderdelen verder te specificeren op basis van aandachtspunten uit werkgroepen en discussies.

De wetenschappelijke onderbouwing van TIME en haar specifieke onderdelen is beperkt. Met enigeregelmaat wordt het framework beschreven in reviews (9,10). In deze artikelen wordt de focus van de review zeer algemeen beschreven waardoor het onduidelijk blijft welk deel van het concept van TIME bestudeerd is: het beoordelen van de wond of de wondbedpreparatie. Meestal lijkt er sprake te zijn van een literatuur update ten aanzien van nieuwe onderzoeks- of behandelmogelijkheden die behoren tot een van de vier onderdelen van TIME. Echter betreft het niet gedegen onderzoek naar de kwaliteit van beoordelen of de validiteit van het (totale) TIME-framework. Een gemiste kans, aangezien het nu vaak een expertopinie betreft en niet gestoeld is op daadwerkelijke evidentie. Daarbij mist in het originele concept van TIME de psychosociale context zoals omschreven in het artikel door Leaper et al. (11,12). In een latere aanvulling op TIME wordt getracht deze component toe te voegen (13). Het evolueren van dit concept maakt dat het steeds meer de vorm krijgt van een framework of richtlijn, en steeds minder van een model dat puur gericht is op de classificatie van een wond.

Het inzetten van een richtlijn, een framework en een classificatiemodel is van belang in de wondzorg.

Ondanks vraagtekens te zetten zijn bij de evidentie op alle componenten van het TIME-concept, het neemt niet weg dat het TIME-concept waardevol is voor de praktijk. Dit blijkt tevens door het veelvuldige gebruik ervan en de brede toepasbaarheid. Het besef dat ook aan dit model limitaties zijn is daarbij zeker wel van belang. Interessant is daarbij

de context waarin dit framework gebruikt wordt. Wanneer de setting bijvoorbeeld een expertisecentrum is voor een specifieke wondetiologie, bijvoorbeeld diabetes, kunnen er ook andere wondclassificatiemodellen zijn die meer valide zijn (7). Men moet ook afwegen of deze modellen bij het TIME-concept passen, of dat er een andere combinatie voor adequate statusvoering en specifieke classificatiemodellen is.

Daarbij wordt er in de praktijk vaak voor gekozen om in een framework een classificatiesysteem onder te brengen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gevalideerde WCS Classificatiemodel (14). Dit maakt dat dit model is onder te brengen onder de T van TIME. Daarbij is het mogelijk hetzelfde model vervolgens opnieuw te gebruiken als er gekozen moet worden voor een wondbeleid. Zo blijft dit model, ondanks dat het al jaren gebruikt wordt, nog steeds actueel.

Een ander voorbeeld is dat bij de I van infectie een model specifiek gericht op diabetische voetproblematiek gekozen kan worden, het IWGDF-classificatiemodel (International Working Group on the Diabetic Foot) voor infectie (15). Op die wijze kan infectie bij diabetische voetproblematiek gericht in kaart gebracht worden.

Conclusie

Het inzetten van een richtlijn, een framework en een classificatiemodel is van belang in de wondzorg. Het verhoogt bij adequate implementatie de kwaliteit. Essentieel is dat de keuze wordt afgestemd op basis van de setting waarin het gebruikt wordt, afgestemd op haar medewerkers, en op basis van de beste evidentie.

Literatuur

1. Van Dale, woordenboek. Online 29-07-2021. <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/classificatie#.YQLRgy1UefA>
2. Rutten GEHM, Damoiseaux RAMJ, Olde Hartman TC. Het geneeskundig proces, klinisch redeneren van klacht naar therapie. Hoofdstuk 12. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. 2019.
3. van der Meer JWM, Postma CT, Blockmans DE, et al. Anamnese en lichamelijk onderzoek. Druk 9. H 1-3. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2019.
4. ICF classificatie model, online 29-07-2021: <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>
5. Engelbert RHH. Klinisch redeneren volgens de HOAC II. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2010.
6. Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg 2018. online 29-07-2021: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_organisatie_van_wondzorg_in_nederland/basiswondzorg.html
7. Montairo-Soares M, Russell D, Boyko EJ, et al. **Guidelines on the classification of diabetic foot ulcers (IWGDF 2019)**. Diabetes Metabolism, Research and Review. 2020. Online, <https://doi.org/10.1002/dmrr.3273>
8. Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT, et al. Electronic health records implementation: An evaluation of Information system impact and contingency factors. International Journal of Medical Informatics. 2014, 83 (11),779-796.
9. Schultz GS, Barillo DJ, Mozingo DW. **Wound bed preparation and a brief history of TIME**. Int Wound J, 2004;11:19-32.
10. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. **Wound bed preparation: a systematic approach to wound management**. Wound Repair Regen, 2003;11:S1-28.
11. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, et al. **Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years?(*)** Int Wound J, 2012; Dec;9 Suppl 2(Suppl 2):1-19.
12. Harries RL, Bosanquet DC, Harding KG. **Wound bed preparation: TIME for an update**. International Wound Journal. 2016 Online:<https://doi.org/10.1111/iwj.12662>
13. Atkin L, Bućko Z, Montero EC, et al. **Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds**. Journal of Wound Care, 2019;Vol 28,sup3a. Published Online:5 Mar <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>
14. Vermeulen H, Schreuder SM, Lubbers MJ, et al. **Kunnen chirurgen en verpleegkundigen open wonden betrouwbaar beoordelen volgens het WCS-model**. WCS Nieuws, 2005;25-1:31-4.
15. Lipsky BA, Senneville E, Abbas ZG, et al. **Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update), 2020** DOI 10.1002. Online 27-07-2021 https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/11/Lipsky_et_al-2020-IWGDF-infection-guideline.pdf

* Anke Wijlens, diabetespodotherapeut, MSc Woundhealing and tissue repair.

Physician assistant in opleiding bij THOON, Enschede.

Bestuurslid WCS en voorzitter WCS Commissie Diabetische voet.

Anke@WCS.nl