

Wondbehandeling in het jaar 2000: De lokale behandeling van de wond zal alleen maar belangrijker worden.

Auteur: R. van der Most

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1996

Pagina: 13

Jaargang: 9

Nummer: 1

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: producten

Literatuur:

Hoe zal de wondbehandeling er in het jaar 2000 voor staan? Dat is een vraag die in feite niet geïsoleerd kan worden gesteld, maar in de context van een veranderende gezondheidszorg moet worden gezien. De tendens om patiënten steeds sneller uit het ziekenhuis te ontslaan en de implicaties van een toenemende vergrijzing, gekoppeld aan begrensde budgetten voor de gezondheidszorg, zullen hun invloed hebben op de wijze van wondbehandeling en het onderzoek naar (nieuwe) wondverbanden. Anders gezegd, er zullen in het jaar 2000 wellicht andere criteria gelden voor wondbehandeling en wondbedekkers. Over dit, in feite hypothetische, uitgangspunt praat ik met dr. A. Labrie, chirurg en Mieke Moorman, doktersassistente op de poli chirurgie van het Spaarne Ziekenhuis te Heemstede. Ron van der Most in gesprek met dr. A. Labrie, chirurg en Mieke Moorman, doktersassistente op de poli chirurgie.

Status quo

Om in de toekomst te kijken is het misschien nuttig om eerst even de status quo van het wondverband te bekijken.

Mieke: “Twee jaar geleden zijn wij hier met een commissie gestart die nagaat wat er allemaal aan wondverband bestaat en hoe kosten zich verhouden. Er is tegenwoordig zoveel op de markt waarvan de effectiviteit marginaal verschilt, terwijl de prijzen soms ver uit elkaar liggen. We hebben nu een overzichtelijk pakket wondbehandelingsmiddelen, waarin zowel DuoDERM als Kaltostat een plaats hebben, maar bijvoorbeeld ook niet-plakkende bedekkers. We komen over het algemeen goed uit met dit pakket. Het pakket is ook aangepast omdat het steeds vaker voorkomt dat patiënten met een fistel eerder naar huis gaan. Je moet dan over goed absorberende materialen beschikken en die hebben wij gevonden in de alginaten.”

Zegt de Nat-Droog Balans jullie iets?

Dr. Labrie: “We hebben erover in de Wondkrant gelezen, maar ik heb wat moeite met het begrip ‘balans’. Het klinkt als: ‘het moet droog óf nat zijn’. Maar ik begrijp eruit – en dat vind ik ook logisch –, dat het gaat om een glijdende schaal, waarbij je in elke omstandigheid een

gecontroleerd vochtig wondmilieu moet zien te creëren. Je probeert dat principe zo veel mogelijk toe te passen, vooral op de poli chirurgie.”

2000

Het onderwerp van dit gesprek is: Hoe zal de wondbehandeling er in het jaar 2000 uitzien? En dat dan beschouwd vanuit het chirurgische standpunt.

Dr. Labrie: “Van belang is, dat mensen met wonden steeds minder afhankelijk van het ziekenhuis moeten worden. Dat betekent dat vooral bij traumatische wonden je over (verband)middelen zou moeten beschikken, die de wond in de eerste plaats opvullen en in de tweede plaats zodanig afdekken dat er een snellere, en ten aanzien van het exsudaat meer gereguleerde, wondgenezing plaatsvindt. Daarnaast zou ik willen dat ik geen donorhuid meer hoeft te gebruiken, omdat ik in feite een wond maak – die ook weer verbonden moet worden –, om een andere wond te genezen. Dat is tijdrovend, traumatisch en geldverspillend. In de derde plaats zou je kunnen overwegen of je wonden zo littekenloos mogelijk kan laten genezen. Het blijft een ondoorgrondelijke zaak dat, wanneer je bij twee personen een identieke incisie doet, de ene wond prachtig geneest en de andere keloïd vormt. Het zou met name voor de patiënt prettig zijn, wanneer er een methode zou worden gevonden waardoor je, ongeacht het individuele wondgenezingspatroon, altijd een ongestoorde wondgenezing krijgt.”

Mieke: “Een belangrijk aspect zal toch het kostenaspect worden. Ziekenhuizen zijn gebudgetteerd en dat betekent eigenlijk al, dat je niet kunt gebruiken wat je graag zou willen. Wanneer deze trend zich doorzet, zal gebruik van duurdere wondverbanden, al zijn ze beter, op den duur bijna onmogelijk worden. Anders gezegd: wanneer er betere wondverbanden komen, dan zal met de prijsstelling daarvan rekening moeten worden gehouden, gezien de budgettaire mogelijkheden van het ziekenhuis. Dat geldt ook voor de patiënt zelf: bepaalde wondverbanden die hij hier krijgt voorgeschreven, worden niet vergoed door de verzekering en dat betekent óf dat wij hem aan dat verband moeten helpen, óf dat hij er voor moet betalen, als hij dat verband perse wil hebben.”

Grote getallen

Dr. Labrie: “...óf dat je op een tweede keus moet overgaan. Er wordt in dit verband heel makkelijk gezegd, dat op deze manier de zorg in zijn totaliteit achteruit gaat. Dat zullen wij, die zoals dat heet ‘werken in het veld’ beamen, maar een ambtenaar zal het onmiddellijk weerleggen. Ik denk dat iedereen een beetje gelijk heeft. De wildgroei, waarbij iedere dokter voorschreef wat hij wilde, moest aan banden worden gelegd en ik denk dat het werken volgens een protocol een aanzienlijke verbetering heeft gebracht. Maar aan de andere kant moet ook dat middel worden vergoed, waarvan de dokter vindt dat het medisch verantwoord is. Dat kan niet meer wanneer een dokter toevallig het idee heeft dat een bepaald middel het beter zal doen. Hij moet dat bewijzen en daartoe moet hij met andere dokters een klinische relevantie aantonen. Doet hij dat niet, dan wordt hij door een niet–medicus met het kostenaspect om de oren geslagen. Het betekent dat, wanneer je wilt bewijzen dat jij een bepaalde behandeling beter vindt dan een andere, je dat alleen aan de hand van grote getallen kunt doen en ik denk dat dát in de toekomst steeds minder mogelijk wordt.”

Computermodellen

Maar op welke manier moet je dan bewijzen dat er een klinisch significant verschil bestaat tussen verschillende behandelingen?

Dr. Labrie: “Je praat over de toekomst. Wanneer je helemaal zou doorredeneren, dan zou het mogelijk moeten zijn om bijvoorbeeld alle factoren die een rol spelen in de wondgenezing, in een computer te stoppen en via computermodellen tot een extrapolatie te komen. Stel dat zoiets kan, dan heb je bijvoorbeeld misschien geen dierexperimenteel onderzoek meer nodig en ben je ook niet meer afhankelijk van grote getallen.”

Post-antibiotica periode

Maar wanneer we niet in staat zullen zijn om via computermodellen nieuwe verbandmiddelen te ontwikkelen, dan zou dat kunnen betekenen dat er steeds minder zal worden geïnnoveerd. En zitten we in 2000 nog met dezelfde middelen als nu!

Dr. Labrie: “Laten we nog een stap verder gaan. Overal op de wereld zijn de microbiologen het erover eens dat wij in toenemende mate met kruisresistentie te maken zullen krijgen. Zelfs van dien aard dat wij worden gedwongen tot een post-antibiotisch tijdvak. Dat wil zeggen dat wij geen antibiotica meer zullen hebben om een gewone longontsteking te genezen. Men verwacht ook niet dat er nieuwe antibiotische lijnen ontwikkeld zullen worden, die dit probleem kunnen oplossen. Nu kunnen we praten over hoe je secundaire wondbedekkers zou moeten verbeteren, maar veel belangrijker is het om na te gaan hoe je infecties zou kunnen voorkomen. Kijken we naar de algemene volksgezondheid, dan zal het antibiotica-probleem veel aanzienlijker zijn dan het probleem van de wondbedekker. Daarmee wil ik de wondbedekkers niet onder het kleed schuiven. Want wanneer we inderdaad geen antibiotica meer kunnen toepassen, is zelfs het kleinste wondje al levensgevaarlijk. Dat betekent dat de lokale behandeling eigenlijk alleen maar belangrijker zal worden.”

Worden de antiseptica dan weer belangrijk, ondanks het feit dat we weten dat juist antiseptica de wondgenezing behoorlijk kunnen vertragen?

“Ik weet niet precies hoe je het zou moeten doen. Ik denk dat het mogelijk moet zijn om op het lokale niveau een zodanig milieu te creëren, dat infecties geen kans krijgen, terwijl de, zeg maar, voedingsstoffen ongemoeid worden gelaten. Het komt er op neer dat er nu al nieuwe wegen moeten worden gezocht voor de behandeling van wonden. Je kunt daarbij in de richting van immunotherapie gaan denken; je gaat sera ontwikkelen tegen E. coli, stafylokokken, noem maar op. Hoe je het ook wendt of keert, denken over wondbehandeling in de toekomst is onlosmakelijk verbonden met tal van ontwikkelingen in de geneeskunde.”

Het is bijna jammer dat praten over wondbehandeling en wondbedekking in de toekomst voor een deel over geld gaat, waarbij er tenminste het gevoel ontstaat dat het lijkt of de overheid soms meer wil dan alleen maar het beheersen van een trendmatige kostenstijging in de gezondheidszorg. Er zal ruimte moeten blijven bestaan om nieuwe ontwikkelingen een kans te geven en er zal een visie moeten worden ontwikkeld die rekening houdt met een situatie van bijvoorbeeld een periode waarin antibiotica onbruikbaar zijn geworden. Ik weet niet hoe het u

vergaat, maar ik krijg, wanneer ik naar het kruidenieren in de gezondheidszorg kijk, het gevoel dat ik ook heb wanneer er plotseling wordt gemeld dat het gat in ozonlaag weer groter is geworden: het zal allemaal wel, maar het zal mijn tijd wel duren.

Ron van der Most