

Verslag van The 10th Annual Symposium on Advanced Wound Care

René Baljon * Dick van Duyn ** Ton Bolwijn ***

Het tiende Symposium on Advanced Wound Care werd voor de derde keer gehouden te New Orleans, in de Amerikaanse staat Louisiana. Op 13 t/m 15 april 1997 vond het congres plaats.

In 1991 werd het congres voor het eerst gehouden. Aanleiding hiervoor was het samenwerkingsverband tussen een aantal pioniers op het gebied van wondbehandeling en de Universiteit van Miami. Het gezamenlijke streven was om het gat te dichten tussen (wetenschappelijk) onderzoek en de klinische praktijk.

In 1996 werd The Association for the Advancement of Wound Care opgericht (AAWC) om nog meer structuur te geven aan bovengenoemd streven. Zij is onderverdeeld in een viertal forums, te weten: Education Forum, Research Forum, Public Policy Forum en een Clinical Practice Forum. De AAWC telt na een jaar meer dan 600 leden.

Het doel van dit evenement was het bevorderen van de collegialiteit van alle multi-disciplinaire gezondheidszorgmedewerkers die betrokken zijn bij de wondbehandeling.

De plenaire- en parallelsessies werden verspreid over drie dagen gehouden. In de pauzes was er gelegenheid om de stands van de industrie te bezoeken.

Dit verslag is een weergave van de meest interessante lezingen en presentaties van dit congres.

Een swingend zangkoor leidde het congres in met het Amerikaanse volkslied en "Oh Happy day".

De opening werd verricht door een spreekster die in 1991, tijdens het W.C.S.-congres een voordracht heeft gehouden, nl. Evonne Fowler. Zij maakt deel uit van het congresbestuur en is voorzitter van de AAWC.

Na de openingsceremonie kwamen een drietal sprekers aan het woord, die gezamenlijk het thema: "De verzorger/behandelaar als partner" belichtten.

Larry Scherwitz, arts uit Sausalito (CA), benadrukte de kracht van de relatie tussen lichaam en geest. Deze relatie is in de gezondheidszorg lange tijd veronachtzaamd. Steeds meer onderzoeken op dit gebied tonen aan dat de beïnvloeding van lichaam en geest een zeer belangrijk onderdeel vormt van het genezingsproces bij de mens. In dit kader werd het placebo-effect eveneens besproken.

Robert Rountree, arts uit Boulder (CO), gaf aan hoe de verzorger/behandelaar als partner kan fungeren. Speerpunten in zijn betoog waren:

- vertrouwen uitstralen van verzorger/behandelaar in de behandeling.
- verwachtingen van de patiënt duidelijk naar voren laten komen.
- ruim de tijd nemen voor elke patiënt
- interesse tonen in de patiënt (als geheel)

➤ informatie/educatie van de patiënt

De verzorger/behandelaar moet dus over diverse communicatiestijlen kunnen beschikken om in het belang van de patiënt een zo positief mogelijk effect te sorteren.

Pali Delevitt, docent medisch onderwijs uit Charlottesville (VA), vertelde over haar ervaringen als kankerpatiënt en de rol die de behandelaar speelde in haar emotionele beleving en acceptatieproces van haar ziekte. Een ommekeer in haar ziekteproces was het moment dat haar behandelaar haar vroeg wat zij zelf eigenlijk wilde bereiken in haar leven en wat haar verwachtingen daarbij waren. Dit gegeven gaf haar een enorme positieve stimulans, wat doorwerkte op haar genezingsproces.

Samengevat was deze sessie vrij breed van opzet en niet direct gerelateerd aan de patiënt met een wond. De bovengenoemde uitgangspunten laten zich wel vrij gemakkelijk vertalen naar de patiënt met een wond. De patiënt blijft in het middelpunt staan en moet worden betrokken bij de eigen rol in de (wond-)behandeling. In vergelijking met het beleid waar de W.C.S. voor staat, zijn er dus veel overeenkomsten.

Een andere sessie was volledig gewijd aan educatie.

Carelyn Fylling, verpleegkundige uit Eden

Prairie (MN), liet ons kennismaken met het interactieve leerprogramma via internet, wat zij mede heeft ontwikkeld. Dit programma is in eerste instantie bestemd voor zo'n 115 gezondheidszorginstellingen, waarbij wondbehandeling centraal staat. Uitgangspunt bij dit interactieve leerprogramma is geweest dat het, mede door de multi-disciplinaire opzet, toegankelijk moet zijn voor iedere gezondheidszorgmedewerker om zodoende een betere zorg te leveren en kosten besparend te gaan werken. Bovendien kunnen er ook kosten bespaard worden doordat er op afstand geleerd kan worden. Het programma bestaat o.a. uit: diverse modules omtrent wondbehandeling, casuïstieken, toetsen, presentaties, audio-visueel materiaal en literatuur. Een prachtig programma met zeer veel mogelijkheden. Het opzetten ervan is echter een zeer tijdrovende bezigheid geweest, n.l. meer dan twee jaar.

Een andere verpleegkundige in Philadelphia (PA), **R. Mooney**, vertelde over de opzet van een cursus voor preventie van decubitus in een verpleeghuis. Door de grootschaligheid van het land kon je hier duidelijk opmaken dat men vaak het wiel opnieuw uit gaat vinden. In Nederland zal men veel eerder een beroep doen op de W.C.S.-wondbehandelingscursus of een W.C.S.-incompany training.

Vanessa Jones, (research-) verpleegkundige uit Wales, Engeland, gaf ons inzicht hoe onze overburen een cursus hebben opgezet voor multidisciplinaire teams. Er wordt twee jaar lang op afstand gestudeerd d.m.v. werkboeken. Een totaal van acht modules kan worden doorlopen. De cursisten komen 1 à 2 keer per jaar naar de Universiteit van Wales voor workshops, lezingen en presentaties. De cursus is vanaf dit jaar ook toegankelijk voor buitenlandse cursisten. Na de cursus ontvangt men een "post graduate diploma in wound healing".

Patrice Sprung, verpleegkundige van het Henry Ford Health Systems in Detroit (MI), heeft een objectief vergelijkend onderzoek gedaan tussen hydrogels en hydrocolloïden. Er kwamen opmerkelijke verschillen naar voren in absorptievermogen, dit weer onderverdeeld in kamertemperatuur en lichaamstemperatuur. Aangezien dit onderzoek vele producten bevat, die ook op de nederlandse markt te verkrijgen zijn, zal er contact met Patrice Sprung worden opgenomen voor evt. publicatie in de W.C.S.-Nieuwsbrief.

De tweede dag stond vooral in het teken van obesitas. De mate van obesitas in de Verenigde Staten is enorm, letterlijk en figuurlijk. Gezondheidszorginstellingen worden uiteraard ook geconfronteerd met dit verschijnsel. Obesitas brengt gezondheidsrisico's met zich mee, vooral bij leeftijden van meer dan 40 jaar. Ernstige obesitas brengt de kwaliteit van leven in gevaar, gepaard gaande met veelal ernstige psychische problemen. Ook in de wondgenezing brengt obesitas problemen met zich mee. Wondrisico's zijn vooral de veneuze stasis, lymfhe-oedeem en de toename van de intra-abdominale druk. Vooral de laatste veroorzaakt de vicieuze cirkel, waarbij door toename van de intra-abdominale druk, de lymfhe return belemmerd wordt, waardoor in de periferie de druk nog verder toeneemt.

Patiënten met obesitas ontwikkelen decubitus op andere lokaties dan we over het algemeen gewend zijn. Drukplaatsen zijn veelal ook gelokaliseerd in huidplooien. Goede inspectie van de huid en de huidplooien is hierbij essentieel. De mortaliteit neemt niet toe bij patiënten met obesitas, maar de wondproblematiek wel. Wondproblematiek wordt veroorzaakt door een slechtere lokale vascularisatie en het sneller oplopen van lokale trauma's. Systemische belastende factoren zijn diabetes mellitus, insuline resistentie en hormonale veranderingen.

Overgewicht kan alleen maar behandeld worden met gewichtsreductie. De doelen daarbij dienen niet te hoog gesteld te worden. Enkele kilo's gewichtsverlies is vaak al genoeg om uit de vicieuze cirkel te komen. Belangrijke conclusie werd gesteld dat overgewicht slechter voor de wond is dan het gebruik van corticosteroiden.

Op de laatste dag van het congres was een discussie gepland over het nut van een preventief gezondheidszorg programma in Amerika. In de discussie speelden twee vragen de hoofdrol. De ene vraag richtte zich op het feit of iedereen in Amerika in aanmerking zou moeten komen voor een preventief gezondheidszorg programma, bijvoorbeeld preventieve wondzorg en zo ja hoe dan de schaarse middelen verdeeld moeten worden. De andere vraag was of de Amerikaan een morele verplichting heeft een ander te helpen, ongeacht zijn ras, sekse of sociale positie? De organisatie had voor deze discussie drie sprekers uitgenodigd. Eén van de sprekers was afkomstig uit de verzekeringswereld. De lezing van deze spreker richtte zich met name op het

marktmechanisme van de gezondheidszorg. Hij vond het moreel verantwoord om van het principe "no cure no pay" uit te gaan. Daarbij was hij van mening dat een verzekeringsmaatschappij moreel verplicht was rekening te houden met de aandeelhouders van de verzekeringsmaatschappij. Hij was van mening dat de toegang tot dure preventieve programma's tot een minimum beperkt moest worden en dan alleen voor die personen die daarvoor verzekerd waren.

De tweede spreker benaderde de vraag uit het oogpunt van de overheid. Hierbij ging de spreker ervan uit dat het geld wat door de overheid beschikbaar werd gesteld voor preventieve programma's voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Er zou een minimum van preventieve zorg moeten worden afgesproken die voor een ieder toegankelijk is. Het probleem wat zich echter voordoet is dat het moeilijk is aan te geven is wat de minimale zorg moet zijn. Deze spreker pleitte er dan ook voor om keuze in deze moeilijke materie te laten afhangen van economische evaluaties op dit gebied en noemde daarbij de "Medical Technology Assesment". Bij deze evaluaties wordt er gekeken naar de directe kosten die gemoeid zijn bij een "Health Care Program" en vervolgens naar de uitkomsten van het programma, bijvoorbeeld hoeveel gezondheid komt eruit. Deze "gezondheid" wordt vervolgens uitgedrukt in een bepaalde waarde, de zogenaamde Quality's.

De Quality's worden berekend door te kijken naar een betere overleving, uitgedrukt in levensjaren en naar kwaliteit van leven.

De laatste spreker van de ochtend was een ethicus die het probleem benaderde vanuit het morele aspect. Zij was van mening dat als je vindt dat gezondheidszorg een recht is voor iedereen dat je dan moreel verplicht bent om er iets aan te doen. Amerika is echter op een liberale leest geschoeid hetgeen inhoudt dat je gezondheidszorg beschikbaar stelt in die mate die je kan betalen. Er zou dus geen morele verplichting bestaan ten opzicht van gezondheidszorg.

De sprekers hadden die morgen de problematiek vanuit een algemeen oogpunt benaderd. De discussie met de zaal spitste zich echter toe op individuele problemen in de gezondheidszorg die de hulpverleners ervaren in hun dagelijks werk. Hetgeen resulteerde in een matige discussie.

De middag stond in het teken van het gebruik van computers bij wondverzorging. Vooral het gebruik van telemedicine stond centraal.

Telemedicine betekent het op afstand bedrijven van geneeskunst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de elektronische snelweg waarbij de medicus of de verpleegkundige met een beroepsgeenoot communiceert op afstand. Deze communicatie gebeurt al dan niet live met behulp van video beelden of met digitale plaatjes.

Deze ontwikkeling vindt plaats sinds ongeveer 1990 en vindt zijn toepassingsgebied vooral tussen ziekenhuizen, militaire bases, eilanden, afgelegen gebieden en gevangenissen.

Een nadeel van dit systeem is dat de patiënt wel gezien wordt door de medicus/verpleegkundige, waarbij advies wordt ingewonnen, maar dat de desbetreffende persoon de patiënt niet kan voelen/ruiken. Het voordeel van deze methode dat het efficiënter en goedkoper is dan reguliere geneeskunst. Door nu bijvoorbeeld telemedicine te gebruiken bij het onderzoeken van gevangenen werden aanzienlijke kosten bespaard voor het vervoer van deze gevangenen naar een ziekenhuis.

Een ander voorbeeld wat genoemd werd is het gebruik van telemedicine door de wijkverpleegkundige met een aanzienlijk uitgestrekt verzorgingsgebied (hetgeen niet ongebruikelijk is in Amerika gezien de afstanden).

De wijkverpleegkundige kon nu bijvoorbeeld met behulp van telemedicine 15 bezoeken "afleggen" in 4 uur tijd in plaats van de 5 a 6 bezoeken per dag die zij/hij normaal gesproken verrichtte. De kosten per dag waren hierdoor van \$168 gezakt naar \$38.

De verdere ontwikkeling van deze methode zou dan ook moeten komen uit de kosteneffectiviteit uit het feit dat er minder mensen gebruik zouden maken van het ziekenhuis.

Conclusie

Het congres was leerzaam, de organisatie was prima, evenals de lokatie. Er was veel belangstelling vanuit de industrie. Opvallend was dat er veel industrie aanwezig was met huidverzorgingsprodukten. In Nederland zie je dat minder, maar het onderwerp is niet onbelangrijk. Daarnaast waren er niet veel nieuwe produkten. Men is wel erg bezig met collagenen en biologische verbanden, maar dat verschilde niet veel van het congres van vorig jaar.

De AAWC is een goede organisatie om een dergelijk congres te initiëren. Het multidisciplinaire karakter is een sterk punt van deze organisatie.

* René Baljon, vice-voorzitter WCS

** Dick van Duyn, secretaris WCS

*** Ton Bolwijn, bestuurslid WCS