



Kenniscentrum Wondzorg

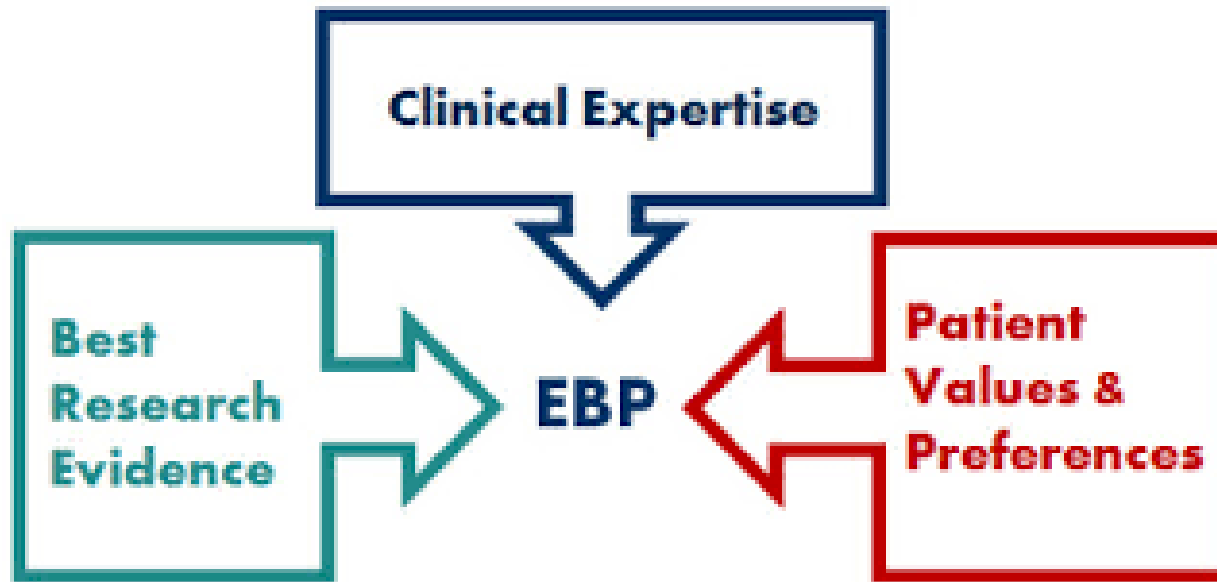
Evidence van therapie en verbanden

P. Quataert, MSc, verpleegkundig specialist
Voorzitter WCS Decubituscommissie
WEC ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen

Disclosure

(Potential) conflict of interest	None/see below
Potentially relevant company relations in connection with event	Company names
• Sponsorship or research funding • Fee or other (financial) payment • Shareholder • Other relationship, i.e.	None None None None

Wat is EBP?



Praktijk



Rembrandt trial donorsites

- Wetenschappelijk bewijs
 - Uitkomstmaten snelheid wondgenezing, littekenvorming en pijn
 - Hydrocolloïd als beste, gaas slechtste

WEC ZorgSaam

- Klinische expertise
 - Hydrofiber, waardoor geen verbandwissel, geen wijk, goedkoper, geen pijn, mooi litteken MAAR iets tragere wondgenezing.
- Patiëntenervaring
 - Voorkeur patiënt voor hydrofiber waardoor geen inzet wijk

Br J Surg. 2013 Apr;100(5):619-27. doi: 10.1002/bjs.9045. Epub 2013 Jan 24.

Randomized clinical trial of donor-site wound dressings after split-skin grafting.

Brölmann FE1, Eskes AM, Goslings JC, Niessen FB, de Bree R, Vahl AC, Pierik EG, Vermeulen H, Ubbink DT; REMBRANDT study group.



WCS Nieuws, september 2017



‘Er is een **overwaardering van gerandomiseerde klinische trials**’, zegt hij. ‘Het is terecht dat de zorgverzekeraars ons daarmee nu om de oren slaan hoor, **we hebben zelf voor die overwaardering gezorgd**. Maar we moeten er nu wel vanaf in relatie tot wondzorg, want de datametingen die we hier nu doen zijn veel praktischer werkbaar en leiden veel sneller tot resultaten.

WCS nieuws, september 2017

WCS Nieuws, september 2017



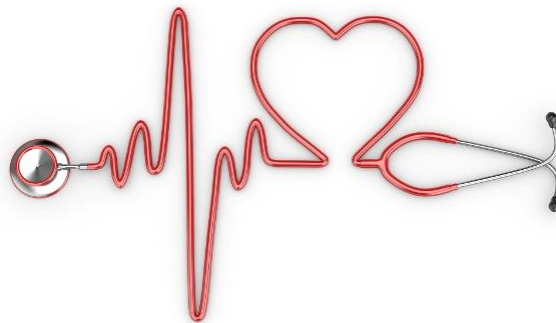
De impliciete boodschap aan het veld is helder: nieuwe materialen moeten goed beoordeeld worden op hun meerwaarde. Met **goed protocollair werken en data-analyse** kan die waarde worden aangetoond, ook richting overheid en zorgverzekeraars. **‘Ik denk dat het verstandig is als iedereen actief wordt op het gebied van het probleem dat hij geadresseerd wil hebben’**, zegt Van Zijlen.

WCS nieuws, september 2017

23 NOV 2017

Sterftedaling na hartoperaties door datadeling hartcentra

Samenwerking tussen hartcentra werpt vruchten af. Bij aortaklepoperaties en klepvervanging via een katheter zijn de sterftepercentages gehalveerd.



ZORGVISIE

17 FEB 2020

Meer en snellere wondgenezing door datadeling wondcentra

Samenwerking tussen wondcentra werpt vruchten af. Bij diabetisch voetulcera en decubitus is het aantal volledige wondgenezing met 20% toegenomen, het aantal dagen tot volledige wondgenezing met 25% afgenomen.

WCS Nieuws, september 2017



Gaat de *Kwaliteitsstandaard complexe wondzorg* nog een rol spelen in dit verhaal?

‘Die standaard richt zich meer op de organisatie van de wondzorg dan op de hulpmiddelen’, zegt hij, ‘in directe zin dus niet. Maar indirect toch wel: als mensen met niet genezende wonden beter gediagnostiseerd worden en een betere behandeling krijgen, dan spelen wondproducten wel een belangrijke rol in die behandeling.’

Kwaliteitsstandaard Wondzorg



EBP en organisatie wondzorg

De impact die de komst van “leg ulcerclinics” in Groot-Brittannië hadden op wondgenezing en kwaliteit van leven van cliënten met een wond, is goed gedocumenteerd (Moffat 1992, Liew 2000, Gottrup 2001). **Frequente consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals “laagdrempeligheid”** bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen (Ruckley 1998).

Een Deense studie toonde in 2001 al aan dat een **multidisciplinair expertiseteam** voor wondzorg, georganiseerd vanuit het ziekenhuis, **leidt tot snellere wondgenezing**, minder amputaties en minder opnames in ziekenhuizen (Gottrup, 2001).

EBP & Regiebehandelaar

Onderzoek toont aan dat **hoogopgeleide verpleegkundigen** vanuit hun deskundigheid en regiefunctie, gericht op een ziektebeeld, een zeer belangrijke bijdrage leveren aan de **positieve beïnvloeding van het gezondheidsgevoel van de patiënt** (Aiken, 2003)

De werkgroep is van mening dat het wondbeleid schriftelijk dient te worden vastgelegd, **bij voorkeur door een verpleegkundige met wondspecialisatie zoals wondconsulenten** (Richtlijn behandeling van wonden met een acute etiologie, 2013)

EBP en richtlijnen

- **Duidelijk overzicht van aanwezig wetenschappelijk bewijs en expert opinion ingedeeld volgens zorgpad**

MAAR

- Gemiddeld slechts 15% wetenschappelijk bewijs
- Meer dan 80% expert opinion
- Patiëntenorganisaties?
- Update richtlijnen onder druk
- Europese richtlijnen
- Samenstelling richtlijncommissies
- Implementatie richtlijn moeizaam

Richtlijnen



WCS Congres "Grenzeloze Wondzorg"
Utrecht 28 november 2017

Richtlijn acute etiologie 2013

- **Reiniging en ontsmetting**

- Reinigen van primair gesloten wonden onnodig
- Reinigen van vuile open wonden (zoals straatwonden, bijtwonden of snijwonden) noodzakelijk
- Reinigen het best met **(stromend) lauwwarm kraanwater** geadviseerd
- Reinigen met **ontsmettingsmiddelen geen meerwaarde**
- Reinigen door gebruik van baden wordt ten strengste afgeraden



Richtlijn acute etiologie 2013

- **Instructies aan patiënt met primair gesloten wond**
- Het gebruik van **verbandmateriaal bij primair gesloten wond is niet nodig.**
- Kort douchen (<10 minuten) binnen 12 uur (in de eerste lijn) en na 24 uur (in de tweede lijn) is toegestaan
- Kort douchen (<10 minuten) na 48 uur bij gesloten wonden en een onderliggende prothese is toegestaan



Richtlijn acute etiologie 2013

- **Wondverbanden**

- Gaas- of een pleisterverband volstaat bij lekkage van een primair gesloten wond.
- Een niet verklevend verband bij secundair genezende wonden verdient de voorkeur
- **Hydrocolloïdverband** verdient de voorkeur om **bij een donorsite** snelle genezing te bewerkstelligen. Een folieverband is een goede tweede keus.
- **Jodium of honing** verdienen de voorkeur om bij een lokaal geïnfekteerde wond

Het is aannemelijk dat toepassing van cadexomer jodine enige toegevoegde waarde heeft bij de genezing van veneuze ulcera.

A1 Carter 2010 B O'Meara 2010 (Richtlijn Veneuze pathologie ulcus cruris 2014)

De effectiviteit van behandeling met honing (in cremes/dressings) bij patiënten met ulcus cruris is niet aangetoond

B Jull 2009 (Richtlijn Veneuze pathologie ulcus cruris 2014)

Richtlijn acute etiologie 2013

- **Wondverbanden**

- Oppervlakkige, niet lekkende schaafwonden kunnen drogen aan de lucht, of bedekt kunnen worden met vaseline of een pleister. Overweeg bij pijn een (semi-) occlusief verband.
- Lekkende schaafwonden kunnen worden verbonden met een **niet verklevend gaasverband** (vaseline, paraffine of siliconen) en een absorberend verband.
- **Scheur- of lapwonden** na adequate behandeling te bedekken met een niet verklevend verbandmateriaal en dit **niet te verwisselen binnen zeven dagen**
- Indien een huidlap van een scheur- of lapwond wordt verwijderd, wordt een niet verklevend verbandmateriaal als bedekker aanbevolen dat zo lang mogelijk kan blijven zitten.



Richtlijn Diabetische voet 2017



Richtlijn Diabetische voet 2017

Preventie

De verantwoordelijkheid voor en uitvoering van het voetonderzoek/voetbehandeling is afhankelijk van het risicoprofiel en de setting (zorg verleend in eerste-, tweede- of derde lijn). Het jaarlijks voetonderzoek wordt uitgevoerd onder supervisie van de hoofdbehandelaar, de huisarts (eerste lijn), internist (tweede lijn), of specialist ouderengeneeskunde (derde lijn, verpleeghuis). De overige voetcontroles en behandeling worden uitgevoerd door:

- **Sims classificatie 1** (licht verhoogd risico). De praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, (diabetes)podotherapeut, medisch pedicure*;
- Sims classificatie 2 (hoog risico). De (diabetes)podotherapeut, waarbij de medisch pedicure ingezet kan worden voor signaleren vroege afwijkingen en instrumentele voetbehandeling;
- Sims classificatie 3 (sterk verhoogd risico). Voetonderzoek/behandeling wordt uitgevoerd door: de (diabetes)podotherapeut, die een deel van de behandeling kan delegeren naar een medisch pedicure; in geval van complexe pathologie kan het multidisciplinaire voetenteam besluiten om de behandeling over te nemen, en een deel van de behandeling te delegeren naar een medisch pedicure.

*Uitsluitend voor voetverzorging bij patiënten met diabetes mellitus zijn pedicures met het certificaat 'voetverzorging bij diabetespatiënten' gelijkgesteld aan de medisch pedicure

Richtlijn Diabetische voet 2017

Diagnostiek

Classificeer het voetulcus op basis van bovenstaand onderzoek als volgt:

- Neuropathisch, neuro-ischemisch of ischemisch.
- Niet-geïnfecteerd of geïnfecteerd, waarbij sprake kan zijn van een milde, matige of ernstige infectie volgens de PEDIS criteria (zie module Diagnose infectie diabetisch voetulcus). Indien er sprake is van infectie wordt de waarschijnlijkheid op een mogelijke osteomyelitis ingeschat.
- De grootte, weergegeven in cm². - Oppervlakkig (= niet dieper dan huid of subcutis) of diep (dieper dan huid en subcutis).
- De anatomische locatie wordt minimaal beschreven als plantair of niet plantair; hiel, midvoet, voorvoet of teen.
- Luxerend moment(en) en directe aanleiding.

Texasclassificatie in ziekenhuis

- Wetenschappelijk bewijs
 - Texas classificatie is internationaal en als enige gevalideerd
 - Indicator IGZ > door 92% van de ziekenhuizen toegepast
- Klinische expertise
 - Texasclassificatie leidt tot inzicht in kans op wondgenezing/amputatie
 - Minder “overbehandeling”
 - Texas 3D > amputatie aangedane lichaamsdeel
- Patiëntervaring
 - Patiënt begrijpt de diagnose, efficiëntere behandeling en grotere kans op revalidatie

Richtlijn Diabetische voet 2017

Lokale wondzorg

Verricht regelmatig wond debridement van het ulcus zodanig dat necrotisch materiaal, debris en omgevend callusweefsel blijvend verwijderd worden: – gebruik bij voorkeur scherp debridement; – houd rekening met de aanwezige ischemie; – overweeg een droge zwarte necrose zonder ontstekingsverschijnselen spontaan te laten **demarceren**; – reinig ulcera met water of **fysiologisch zoutoplossing**, verwijder zoveel als mogelijk debris van het wondoppervlak.

Overweeg lokale negatieve wonddruk behandeling (vacuümpomp) ter stimulatie van vorming granulatieweefsel en het opvangen van exsudaat.

Gebruik geen van de volgende middelen om de wondgenezing te bevorderen (tenzij in studie-verband): –

groeifactoren; – bewerkte (niet autologe) huidderivaten; – cellijnen; – elektrische/elektromagnetische stimulatie; – ultrageluid; – shockwave.

Overweeg overleg met een wondverpleegkundige voor het vast stellen van het wondbeleid

Breng na debridement steriel en inert verband aan: – stem de keuze van wondbedekkers af op de vochtproductie, het comfort en de kosten; – creëer een vochtig wondmilieu; – zie er op toe dat het verband zelf geen druk veroorzaakt; – gebruik bij voorkeur geen volledig occlusieve verbanden; – gebruik bij **voorkeur geen**

wondbedekking geïmpregneerd met anti-microbiologische middelen of antibiotica.

Richtlijn Diabetische voet 2017

Hyperbare zuurstoftherapie

Hyperbare zuurstof therapie (systemisch) lijkt de **wondgenezing bij patiënten met diabetes en een voetulcus te doen toenemen.**

Bronnen (Abidia, 2003; Kessler, 2003; Ma, 2013; Löndahl, 2010; Doctor, 1992; Duzgun, 2008)

In hoeverre de effecten van hyperbare zuurstof therapie (systemisch) op de wondgenezing **verschillen tussen ischemisch dan wel niet-ischemische ulcera, is onbekend.** Bronnen (Abidia, 2003; Kessler, 2003; Ma, 2013)

Er zijn aanwijzingen dat hyperbare zuurstof therapie (systemisch) **het risico op grote amputaties bij patiënten met diabetes en een voetulcus verlaagt.** Bronnen (Faglia, 1996; Abidia, 2003; Kessler, 2003; Ma, 2013; Löndahl, 2010; Doctor, 1992; Duzgun, 2008)

Richtlijn Diabetische voet 2017

Hyperbare zuurstoftherapie

Er zijn aanwijzingen dat hyperbare zuurstof therapie (systemisch) **het risico op kleine amputaties bij patiënten met diabetes en een voetulcus niet verlaagt.** Bronnen (Faglia, 1996; Abidia, 2003; Kessler, 2003; Ma, 2013; Löndahl, 2010; Doctor, 1992; Duzgun, 2008)

Conclusie: Overweeg systemische hyperbare zuurstof therapie **(HBOT)** bij een diabetisch voetulcus, ter verbetering van wondgenezing, uitsluitend **indien het ulcus niet geneest binnen 12 weken** ondanks optimale behandeling in een multidisciplinair voetenteam.

Richtlijn veneuze pathologie ulcus cruris 2014



Richtlijn veneuze pathologie ulcus cruris 2014

Groefactoren verkregen uit bloedplaatjes lijken **geen significante verbetering van wondgenezing** op te leveren bij wonden op basis van chronische veneuze insufficiëntie. Mogelijk hebben deze wel enige toegevoegde waarde bij langer bestaande en grote ulcera. Verdere studies zijn nodig om hier een betrouwbare uitspraak over te kunnen doen.

B Senet 2011, Wiemann 2003, Marti 2006, Stacey 2000

Er zijn enige aanwijzingen van matige bewijskracht dat **negatieve druk therapie de genezing van veneuze ulcera kan bespoedigen.**

B Vuerstaek 2006



Het is aannemelijk dat toepassing van **cadexomer jodine** enige **toegevoegde waarde heeft bij de genezing van veneuze ulcera.**

A1 Carter 2010 B O'Meara 2010

Compressietherapie aan de onderste extremiteiten

Expertdocument 2015

In 2006 toont Satpathy aan dat bij 50 gezwachtelde benen de **vereiste druk (35-40 mmHg) maar in 36 % van de gevallen werd bereikt**

Keller A et al., Bandage pressure measurement and training: simple interventions to improve efficacy in compression bandaging. International Wound Journal, 2009;5:324-30.

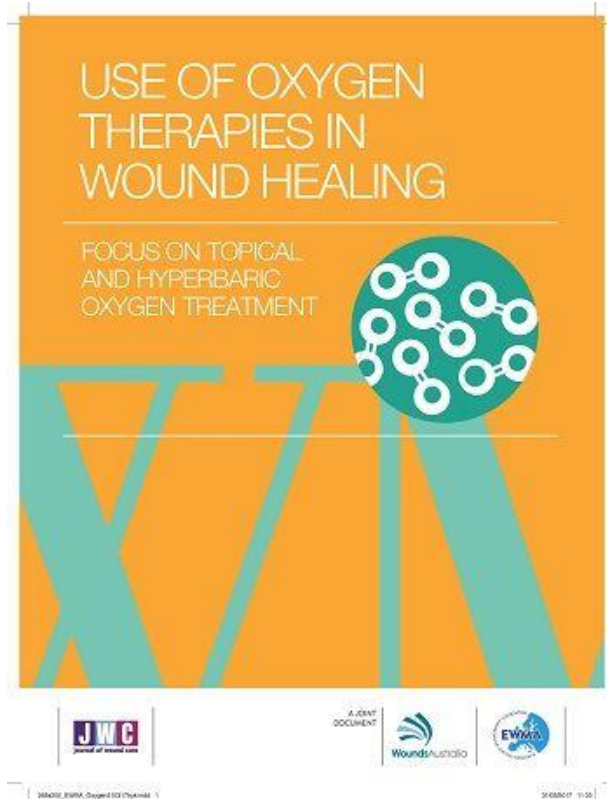
Absolute contra-indicaties voor de toepassing van compressietherapie **zijn arteriële insufficiëntie (distale systolische druk (DSP) < 60mmHg en/of enkel/armindex < 0.52) en een totale occlusie van het diepe veneuze systeem.**

Tevens vormen ernstige huidafwijkingen of een allergie voor een van de bestanddelen van het compressiemateriaal een contra-indicatie voor compressietherapie.

Flour M et al. Dogmas and controversies in compression therapy: report of an International Compression Club (ICC) meeting, Brussels, May 2011. International Wound Journal, 2013;10:516–26

EWMA Documents

www.ewma.org



Dank voor u aandacht!

