

# MEER DAN EEN VERBANDJE PLAKKEN

J. Rosier\*

**Verpleeghuisarts Armand Rondas behaalde dit jaar de titel Master of Science aan het toonaangevende wondinstituut van Cardiff University. In zijn masters-onderzoek stelt hij vast dat verpleeghuisartsen meer kennis nodig hebben over chronische wonden. 'In de opleiding van verpleeghuisartsen krijgt wondbehandeling nauwelijks aandacht.'**

*MSc in Wound Healing and Tissue Repair* mag Armand Rondas sinds kort achter zijn naam zetten. Hij werkt als verpleeghuisarts bij de Zorggroep Noord- en Midden-Limburg en studeerde dit jaar af als Master of Science aan Cardiff University, in Wales. De daaraan verbonden Wound Healing Research Unit (WHRU) geldt internationaal als toonaangevend in het onderzoek naar acute en chronische wonden, in het bijzonder naar wonden waarvan de genezing stagneert. De postacademische opleiding in Wound Healing and Tissue Repair duurt vier jaar. Rondas is de tweede in Nederland met de masters-titel van de WHRU. Rondas noemt zijn interesse voor wondbehandeling een uit de hand gelopen hobby. Na zijn studie geneeskunde volgde hij van 1991 tot 1993 de opleiding voor verpleeghuisarts. 'Ik wist weinig van wondbehandeling en dat gold ook voor mijn opleider,' vertelt Rondas. 'Maar ik wilde ik meer weten en zo begon het: zoeken, zoeken, zoeken.'

Vanaf eind jaren negentig is hij als voorzitter van de toenmalige stuurgroep betrokken geweest bij de ontwikkeling en implementatie van een transmurale richtlijn voor decubitus in Noord-Limburg. Ook geeft hij nascholing aan huisartsen. Een aantal jaren geleden ontmoette hij op een congres Ron Legerstee, die als eerste in Nederland de masters-opleiding in Cardiff heeft gedaan. 'Hij liet me de papers zien die hij had geschreven voor de opleiding.' De opleiding daar omvat twee jaar theoretische studie, gevolgd door twee jaar voor een eigen empirisch onderzoek. Rondas' belangstelling voor Cardiff was gewekt.

'Er is nauwelijks wetenschappelijke literatuur over chronische wonden en infecties in de Nederlandse verpleeghuizen, terwijl het wel elk jaar om 44.000 patiënten gaat,' benadrukt Rondas. 'We kennen alleen de prevalentie van decubitus dankzij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van Ruud Halfens van de Universiteit Maastricht. In de opleiding van verpleeghuisartsen krijgt wondbehandeling weinig aandacht. Er staat alleen een paar uur over decubitus op het programma; andere soorten wonden komen niet aan bod. Het gevolg is dat een groot deel van de verpleeghuisartsen vaak gewoon maar wat uitproberen, zonder goed de achtergronden van de wond te bestuderen en in kaart te brengen. 'Mijn standpunt is dat je eerst de oorzaken van een wond moet achterhalen en van daaruit moet redeneren hoe je het probleem kunt oplossen. *Don't look at the hole in the patient, but at the patient as a whole.*'

Rondas schetst de casus van een patiënte met een partiële dwarslesie die op beide billen decubitus tot op het bot had. Ze had in een ander verpleeghuis gelegen voordat ze bij hem werd opgenomen. 'Door aandacht te besteden aan de houding waarin ze zat en lag, de voedingstoestand met sondevoeding te verbeteren en een lokale behandeling met negatieve druk, gingen de wonden dicht. Deze patiënte had daarna de laatste twee jaar van haar leven nog een gelukkige tijd met haar kinderen. Bij de behandeling van chronische wonden goed spelen zoveel factoren mee, denk bijvoorbeeld ook aan medicatie, slikproblemen of aanwezige cognitieve problemen.'

De laatste jaren komen er in zorginstellingen wel meer wondzorgspecialisten. Maar dat alleen is niet genoeg, vindt Rondas. 'Het vakgebied krijgt pas invloed als het wetenschappelijk onderbouwd is. Nu gaat het me niet om die invloed op zich, maar vooral om het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Vergelijk het met de opleiding tot verpleeghuisarts. Dat is nog een vrij nieuwe opleiding, die sinds 1989 erkend is. Het was een jong vak dat zijn bestaansrecht nog moest bewijzen. Maar het is beslist nodig: de oudere patiënt is niet goed in kaart gebracht, allerlei referentiewaarden voor onderzoek en behandeling zijn gebaseerd op mensen van middelbare leeftijd. Voor ouderen moet je soms met heel andere waarden rekening houden. De basis voor elk zich respecterend specialisme is de wetenschappelijke onderbouwing. Dat geldt evenzeer voor effectieve en efficiënte wondbehandeling.'

In zijn onderzoek voor de opleiding in Cardiff is Rondas nagaan hoeveel chronische wonden verpleeghuisartsen naar eigen zeggen behandelen, en hoeveel daarvan volgens hen geïnfecteerd zijn. Hij deed dat via een schriftelijke enquête die door 117 verpleeghuisartsen is beantwoord. Het aantal gevallen van decubitus dat de verpleeghuisartsen hebben opgeven komt overeen met de uitkomsten van de landelijke prevalentietellingen. 'Decubitus heeft de afgelopen jaren veel aandacht gekregen door het prevalentieonderzoek. Ook bestaat er sinds 2003 de *Tripartite en multidisciplinaire richtlijn Samenwerking en logistiek rond decubitus* voor de verpleeghuisgeneeskunde,' verklaart Rondas deze uitkomst.



Het aantal ulcera cruris is na ruwe schatting op basis van de uitkomsten van zijn onderzoek 2%. Dat is hoger dan de prevalentie in de eerste lijn, die volgens eerder onderzoek maximaal 1,67% is.

Maar het aantal gevallen dat verpleeghuisartsen opgeven van postoperatieve wonden, arteriële ulcera en diabetische ulcera zijn laag in vergelijking met wat bekend is over patiëntenaantallen buiten de verpleeghuizen: 68 % van de onderzochte verpleeghuisartsen zei geen postoperatieve wonden te behandelen, 82% zei geen arteriële ulcera te behandelen en 79% zei geen diabetische ulcera te behandelen. 'Je moet concluderen dat verpleeghuisartsen onderschatten hoe vaak ze deze wonden te zien krijgen,' aldus Rondas.

In de eerste lijn is de situatie vergelijkbaar, weet Rondas uit zijn bij-

scholingen aan de AIOS Huisartsgeneeskunde in Maastricht en onderwijs aan verschillende HAGRO's in Noord-Limburg. 'Bij arteriële wonden bijvoorbeeld moet de patiënt in principe naar de vaatchirurg om te kijken of een bypass of dottering zinvol kan zijn. Toch is vijftig procent van de mensen die een amputatie ondergaan nog nooit eerder bij een vaatchirurg geweest! Ze worden dus vaak pas doorgestuurd als een amputatie onvermijdelijk is geworden. Als huisartsen dat horen, schrikken ze. Dan beseffen ze opeens dat hun verantwoordelijkheid verder gaat dan alleen maar een verbandje plakken.'

Uit het Rondas' onderzoek blijkt verder dat verpleeghuisartsen bij het diagnosticeren van wondinfecties uitgaan van de klassieke criteria: roodheid, warmte, pijn, zwelling en

functieverlies. Als belangrijkste kenmerk voor de infectie van een chronische wond noemen ze 'pus/abces', gevolgd door 'slechte geur'. 'Het lijkt erop dat verpleeghuisartsen te weinig rekening houden met de nieuwste inzichten in infectie bij chronische wonden,' concludeert Rondas. 'Daarbij kan een rol spelen dat de recente inzichten in infecties bij chronische wonden gebaseerd zijn op expert-opinies, en dus nog niet onbetwistbaar de juiste inzichten zijn.' (Zie kader: Infectie herkennen bij chronische wonden.)

Rondas' wil de komende jaren harde cijfers boven water krijgen over de prevalentie van chronische wonden en wondinfecties in verpleeghuizen. Daar wil hij zijn promotieonderzoek aan wijden. 'Het is nodig om vast te stellen hoe groot het probleem is, maar ook wat voor wondbehandeling wordt toegepast.' Daarnaast gaat Rondas in zijn de regio Noord- en Midden-Limburg met de zorgverzekeraar bekijken of daar een continue registratie van chronische wonden opgezet kan worden waarbij elke patiënt langdurig wordt gevolgd, vastgelegd wordt wie er bij de wondbehandeling betrokken zijn en vastgesteld wordt wat de behandeling uiteindelijk per patiënt en per wond kost.

**\*Joop Rosier**

## INFECTIE HERKENNEN BIJ CHRONISCHE WONDEN

Vaststellen of een chronische wond geïnfecteerd is, kan lastig zijn. Uit het onderzoek van Armand Rondas blijkt dat verpleeghuisartsen zich in belangrijke mate nog baseren op de klassieke symptomen van wondinfectie: roodheid, warmte, pijn, zwelling en functieverlies. Maar bij chronische wonden kunnen micro-organismen problemen veroorzaken ook zonder dat de klassieke symptomen zich voordoen.

In het *Position document - Identifying criteria for wound infection* (2005) geeft de European Wound Management Association (EWMA) criteria voor wondinfecties op basis van de opinie van 54 experts uit verschillende disciplines<sup>1)</sup>. De criteria zijn niet voor elk type wond hetzelfde en per type chronische wond kunnen andere criteria op de voorgrond staan. Het *Position document* benadrukt bovendien dat bij de beoordeling de risicofactoren voor het desbetreffende type chronische wond en het gehele klinische beeld van de patiënt betrokken moeten worden. Soms zijn het slechts kleine veranderingen die op een infectie wijzen. Dit wordt opnieuw benadrukt in de door 14 vooraanstaande experts geschreven internationale consensus *Wound infection in clinical practice*, die in juni dit jaar (2008) op het congres van de World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) in Toronto is gepresenteerd<sup>2)</sup>. Zo kunnen bijvoorbeeld verlies van eetlust, malaise, of ontregeling van de bloedglucosespiegel bij diabetes wijzen op een wondinfectie.

De nieuwe, internationale consensus noemt algemene symptomen van lokale en verspreide infectie bij chronische wonden. Deze moeten bij de beoordeling van de wond betrokken worden in samenhang met het totale klinische beeld. De algemene symptomen zijn:

## LOKALE INFECTIE

- ontstaan, toenemen of veranderen van pijn
- vertraagde of tot stilstand gekomen wondgenezing
- oedeem rond de wond
- snel bloedend of bros granulatieweefsel
- slechte geur of verandering in geur
- verkleuring (bleke kleur) van het wondbed
- toename van exsudaat of veranderd/etterig exsudaat
- verharding van huid en subcutaan weefsel rond de wond
- vorming van pockets (niet-granulerende plekken in het wondbed, omringd door granulatieweefsel)
- 'bridging': onvolledige epithelisatie, stukjes weefsel deels niet vast aan wondbed

## VERSPREIDE INFECTIE

- Als bij lokale infectie en bovendien:
- snelle verslechtering van de wond
  - erytheem vanuit de wondranden
  - crepitatie, warmte, verharding of verkleuring die zich verspreid rondom de wond
  - lymphangitis (waarneembaar aan rode strepen vanaf de infectieplaats)
  - malaise of andere niet-specifieke verslechtering in de toestand van de patiënt

1) [www.ewma.org](http://www.ewma.org) > Position Documents

2) [www.woundinfection-institute.com](http://www.woundinfection-institute.com) > Useful Document (gratis registratie vereist)