

# DE HAALBAARHEID VAN UITGANGSPUNTEN EN RICHTLIJNEN VOOR MATERIAALGEBRUIK

E. Jolink\*

**U en ik maken deel uit van een groep makers en gebruikers van protocollen en richtlijnen voor wondbehandeling. Wij doen ons best om adviezen en handelwijzen op papier te zetten die eenduidig en niet multi-interpretabel zijn, en dan ook nog overeenkomstig de landelijke richtlijnen. Kortom: het moet voor de praktijk haalbare kaart zijn. Maar is dat ook zo? Kan iedereen uit de voeten met hetgeen wij aanreiken?**

Essentieel uitgangspunt in de principes van het vochtig wondmilieu is dat een hydroactief-, (= schuim- of hydrocolloïd-) verband op een niet-geïnfecteerde wond, 5 tot 7 dagen in situ kan blijven<sup>1)</sup>. Minder frequent verbandwisselen komt de granulatie ten goede, hierover bestaat brede consensus op grond van onderzoeksresultaten. De stuksprijs van de moderne producten is over het algemeen echter aanzienlijk hoger dan die bij de "conservatieve" wijze van wondbehandeling<sup>2)</sup>. Toch veronderstellen zowel zorgverleners als leveranciers dat de kosteneffectiviteit, bij vergelijking, positief uitvalt ten gunste van de moderne methoden. Sterker nog: er wordt door allerlei experts op aangedrongen om vooral gebruik te maken van de nieuwe producten omdat dat de werklust van zorgverleners aanzienlijk zou reduceren.

Of patiënten er prijs op stellen om niet dagelijks een wondverzorging te ondergaan, is mijns inziens nog discutabel. Het is voor te stellen dat er een categorie patiënten is die het juist prettig vindt wanneer er zeer regelmatig wondcontroles en -behandelingen plaatsvinden.

Er zijn factoren die het op de plaats blijven van wondbedekkers onmogelijk maken. Bijvoorbeeld een moeilijke wondlocatie, bijvoorbeeld het sacrum of de hielen. Of incontinentie van de patiënt, waardoor het verbandmateriaal regelmatig vuil wordt en vervangen dient te worden. Wij beschikken niet over cijfers die ons antwoord kunnen geven op de vraag: "hoe vaak komt het voor dat materiaal eerder wordt vervangen dan noodzakelijk". Vanwege het kosten-

aspect, de haalbaarheidsvraag van een theoretisch beste behandeling, de mate van patiëntvriendelijkheid van een behandeling en de invloed op verpleegkundige tijdsbesteding, acht ik deze vraag van belang.

## DE PRAKTIJK ONDER DE LOEP GENOMEN

Gedurende een periode van vier maanden is bij een specifieke groep patiënten het gebruik van hydrocolloïd- en foamverbanden geobserveerd. In deze opzet is gekeken naar decubitus graad 2 en 3 defecten tot 0,5 cm diep, zonder necrose, met geringe tot matige exsudaatgifte, waarbij geen sprake was van pusvorming of andere infectieverschijnselen. Dit is de categorie decubituslaesies waarbij een vochtig wondmilieu met gebruikmaking van schuimverbanden of hydrocolloïdverbanden gehanteerd wordt, met een verbandwisselingsfrequentie van, in het ideale geval, eens per 5 tot 7 dagen. Dat is ook de exacte reden waarom gekozen is voor deze groep: met name verbandleveranciers beschouwen deze wondcategorie als het ideale voorbeeld om de beschreven moderne methode bij te promoten.

De inventarisatie moest antwoord geven op de volgende vragen:

- Hoe lang is het mogelijk gebleken om de aangebrachte wondbedekker in situ te laten? (in dagen)
- Wat was de reden van vervanging?

Onderzoek op grond van verpleegkundige rapportage leverde niet voldoende betrouwbare gegevens op. Dit werd al in de oriënteringsfase duidelijk. Over veruit de meeste wonden werd onvoldoende gerapporteerd. Dit is een bekend ver-

schijnsel en komt ook in kwaliteitsonderzoeken naar voren (onder andere in decubitusprevalentiemetingen). Het kwam er dus op neer dat ik zelf de afdelingen op moest gaan om patiënten en verpleegkundigen te informeren, waar nodig knip en plak- instructies te geven en om zelf op een lijstje bij te houden hoe de behandelingen verliepen.

Bij alle consultpatiënten<sup>3)</sup> bij wie volgens protocol een hydrocolloïd of schuimverband zou moeten worden aangebracht, werd geïnventariseerd wanneer de eerstvolgende verbandwisselling plaats had. Er kon maximaal twee maal bij de zelfde patiënt gescoord worden. Op deze manier kon een alternatieve wijze van fixeren of ander materiaalgebruik in het onderzoek meegenomen worden, terwijl niet één patiënt onevenredig veel invloed op de gemiddelde frequentie kon hebben.

Er is bewust voor gekozen om de inventarisatie niet het karakter of de status van een officieel onderzoek te geven. Ik heb mij opgesteld als een nieuwsgierige coördinator van een specifiek stukje zorgverlening en niet als wetenschapper. Ik wilde wel graag dat iedereen zijn best zou doen om het materiaal zo lang mogelijk op zijn plaats te laten, maar ik wilde niet dat men zich in bochten zou wringen omwille van een zogenaamd belangrijk onderzoek. Wel is gevraagd om de verbandwisselingsstermijn nauwlettend te observeren en te rapporteren. Alle herbezoeken zijn geregistreerd. Verpleegkundigen en patiënten hebben bij het afspreken van de wondbehandeling het advies gekregen om het materiaal zo lang mogelijk, tot



maximaal 7 dagen in situ te laten. Op de betrokken afdelingen werd sinds 6 jaar gewerkt met een wondprotocol volgens W.C.S. standaarden en op alle bezochte verpleegafdelingen was in het afgelopen jaar een scholing wondverzorging en protocolgebruik georganiseerd.

### RESULTAAT: GEMIDDELD SLECHTS 2,3 DAGEN!

In totaal zijn 71 decubituswonden<sup>4)</sup> geregistreerd. Er zijn verschillende soorten wondbedekkers gebruikt, zowel met als zonder border (= plakrand) en in verschillende vormen en maatvoeringen. Het gemiddeld aantal dagen dat de wondbedekker in situ bleef, was 2,3 dagen. Dit ging zowel op voor hydrocolloïden als voor de foamverbanden. Omwille van de kwaliteit van zorg, is in een aantal gevallen over gegaan tot het bijfixeren van het verbandmateriaal met een volvlakfixatie<sup>5)</sup>. Dat wil zeggen dat als het materiaal er echt al binnen 24 uur af lag, er soms voor werd gekozen om bij te fixeren, in een poging om de patiënt een optimale behandeling te bieden. Het gemiddeld aantal dagen bij de categorie wonden met bijfixatie werd 4,2. Ter illustratie: het gemiddeld aantal dagen wondbedekker op een hiel is 2,2, met extra fixatie 4,6 dagen. Dit "bijplakken" bleek dus een gouden greep. Het is bijzonder goedkoop en daarbij is het een gemakkelijke handeling die gemiddeld anderhalve minuut duurt. Het enige punt van instructie dat gegeven moest worden, was: "het kan nodig zijn om het fixatiemateriaal te bevochtigen om verwijderen te vergemakkelijken".

Verder bleek gaandeweg de inventarisatie dat er frustratie bestond bij verpleegkundigen: het kiezen van een goede behandelmethodede voor probleemlocaties, wordt over het algemeen moeilijk gevonden. Hierover werd niet gerapporteerd en het probleem is ziekenhuisbreed (nog) niet onderzocht, hoewel het op alle bezochte afdelingen aan de orde werd gesteld door verpleegkundigen<sup>6)</sup>.

### CONCLUSIES

De conclusies nogmaals op een rijtje gezet:

- 1) De praktijk van de behandeling van de beschreven categorie decubituswonden wijkt af van hetgeen in het ziekenhuisprotocol en de landelijke richtlijnen beschreven staat.
- 2) Het sacrum en de hielen zijn moeilijk te behandelen locaties. Maar dat wisten alle zorgverleners al.
- 3) Er is enige mate van frustratie onder verpleegkundigen ten aanzien van de complexiteit van het verlenen van de juiste wondzorg en het kiezen voor een bepaalde behandeling.
- 4) Bijfixeren van wondbedekkers met gebruikmaking van een volvlakfixatie, heeft een gunstige invloed op verlenging van de verblijfs-termijn van verbandmateriaal.

### EN NU VERDER...

Het is niet gemakkelijk om een gefundeerde uitspraak te doen over de haalbaarheid van de verbandwisselingsfrequentie á 5 tot 7 dagen. Leveranciers, makers en gebruikers van wondprotocollen gaan wel uit van haalbaarheid. De inventarisatie zoals hierboven beschreven maakt wel duidelijk dat een uitgebreider onderzoek relevantie toegekend mag worden. Iedereen gaat nu natuurlijk roepen: "maar met onze wondbedekker zouden er heel andere resultaten behaald worden..." Hoewel verhalen van collega's uit andere zorginstellingen anders doen vermoeden. Van de top twintig meest gebruikte producten zou bij een omvangrijke groep patiënten het gebruik bijgehouden kunnen worden, met extra aandacht voor de probleemlocaties. Dergelijk onderzoeksmateriaal zou een ander beeld schetsen dan de kosten/baten analyses die doorgaans gepresenteerd worden. Aan de hand van deze informatie kan vervolgens overwogen worden voor welke categorieën patiënten of wonden bepaalde behandelwijzen voorgeschreven worden. U kunt zich voorstellen dat het voor een thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld een verschil van dag en nacht is of een wondbehandeling dagelijks, drie keer per week, of twee

keer per week dient plaats te vinden. De beleving van verpleegkundigen of de mate waarin de problemen van frustratie zich instellingsbreed of zelfs op grotere schaal voordoen, zouden ook onderwerp van studie kunnen vormen.

\* Elisa Jolink, beleidsmedewerker Stichting Thuiszorg Zuid Gelderland<sup>7)</sup>.  
Contactadres Stichting Thuiszorg Zuid Gelderland: Postbus 6810, 6503 GH, Nijmegen.

- 1) Afhankelijk van de mate van exsudaatproductie. Vochtig wondmilieu versnelt het proces van granulatie. Zo min mogelijk verstoring van het wondmilieu komt eiwitten en groeifactoren ten goede. Daarbij doet iedere verbandwisseling de temperatuur in een wond dalen, waardoor pas na 8 uur het voor de genezing ideale klimaat weer bereikt is. (W.C.S.)
- 2) meestal: gazen of non-woven gedrenkt in NaCl 0,9%, drie maal daags. Als bekend wordt verondersteld dat deze procedure tot enkele jaren geleden de meest gangbare wijze van wondbehandeling was.
- 3) consultpatiënten: de patiënten bij wie verpleging of arts een advies vraagt voor de wondbehandeling.
- 4) decubituswonden zoals beschreven bij "opzet": graad 2 of 3 tot 0,5 cm diep, zonder necrose, met geringe tot matige exsudaatafgifte, waarbij geen sprake was van pus of andere infectieverschijnselen. In de bijlage worden de cijfers gepresenteerd.
- 5) Voorbeelden van volvlakfixatie: Mefix, Hypafix, FixomullStretch. Dit wordt met een breedte van 2cm over de wondbedekker aangebracht op de intacte huid.
- 6) De resultaten zijn vanwege de recente datum van verwerking van de gegevens, nog niet teruggekoppeld naar de afdelingen.
- 7) De inventarisatie heeft plaats gevonden in de periode dat de auteur werkzaam was als consulent decubituszorg voor het UMC St Radboud te Nijmegen. Het essay dat de basis heeft gevormd voor dit artikel, is één van de drie winnende inzendingen van de "D-Day prijsvraag" 2002, uitgeschreven voor professionals in decubituszorg. Een samenvatting van de gegevens is gepresenteerd op het congres van het European Pressure Ulcer Advisory Panel in september 2002 te Budapest.