

DISCUSSIE UITLOKKEN OM WONDZORG ÈN DE KEUZE VOOR HET PRODUCT TE VERBETEREN

F. van Wijk*

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) heeft bewezen dat vergelijking van prevalentiecijfers van decubitus helpt om kwaliteitsverbetering in decubituszorg tot stand te brengen. Een volgende stap kan zijn in beeld te brengen welke producten bij de behandeling van decubitus wel en welke geen meerwaarde hebben. Maar de meeste winst is op dit moment nog te behalen door te zorgen dat gewerkt wordt volgens de laatste stand van kennis, stelt initiatiefnemer van de LPZ Ruud Halfens. Maar de kwaliteit van wondproducten vergelijken moet ook, zoals in de Rembrandt-trial voor een andere wondcategorie, donor sites. En wat voor donor sites kan, moet voor andere wondcategorieën ook mogelijk zijn.

Op 9 april 2013 is het weer zover: dan vindt voor de zestiende keer de jaarlijkse LPZ-meting plaats. Deze meting is in 1998 gestart om inzicht te krijgen in de prevalentie van decubitus in de Nederlandse gezondheidszorg. Die specifieke meting vindt nog steeds ieder jaar plaats – en heeft het bewustzijn over het probleem decubitus en de mogelijke preventie en behandeling enorm vergroot – maar inmiddels gebeurt in het kader van de LPZ veel meer dan dat alleen. De LPZ is inmiddels uitgebreid naar de meting van en de preventie en de behandeling van veel meer zorgproblemen, waaronder incontinentie, ondervoeding, smetten, vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor de verpleeghuizen zijn er ook specifieke modules bijgekomen voor chronische wonden en zorginfecties. Aan de module chronische wonden deden dit jaar 21 instellingen mee, met 1.514 cliënten. Dat is nog lang niet zoveel als het aantal participanten aan de jaarlijkse decubitusmeting, maar dat is ongetwijfeld een kwestie van tijd. De LPZ biedt zorginstellingen niet alleen inzicht in hun eigen functioneren op de genoemde meetgebieden, maar maakt ook de benchmark met soortgelijke instellingen mogelijk. En dankzij de belangstelling die in Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland is ontstaan voor de LPZ, is nu zelfs internationale vergelijking mogelijk.

‘De belangrijkste winst hiervan is dat het aandacht creëert voor de genoemde zorgproblemen’, zegt Ruud Halfens, universitair hoofd-

cent verplegingswetenschap aan de Universiteit Maastricht. ‘Ik wilde begin jaren negentig onderzoek doen naar decubitus, maar managers die ik hiernaar vroeg gaven aan dat dit probleem al lang opgelost was. De praktijk was natuurlijk anders, en dat inspireerde mij om het probleem inzichtelijk te maken en ondersteuning te bieden bij het oplossen ervan. Vooral dat laatste is belangrijk, want het gaat natuurlijk niet om het cijfer alleen, maar ook om het verhaal erachter. Je wilt dat mensen met decubitus zo effectief mogelijk worden behandeld en dat zo gericht mogelijk preventief wordt opgetreden. Dan gaan instellingen zoeken naar wegen voor verbetering, en dat duwtje in de rug is nodig, want veranderen is lastig. Vandaar dat we beslisbomen hebben ontwikkeld om de instellingen te helpen bij het identificeren van de belangrijkste problemen met betrekking tot de aanpak van de genoemde zorgproblemen. Vervolgens geven we voorbeelden van andere instellingen, zodat instellingen van elkaar kunnen leren. Dat vind ik waardevoller dan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg alleen maar prestatie-indicatoren op deze gebieden openbaar maakt of dat media ranglijsten publiceren. Ik wil geen schandpaal, ik wil dat de zorg verbetert.’

GEBREKKIGE KENNIS

De meting van gegevens over chronische wonden is nieuw. Halfens kan nog niet zeggen of de uitkomsten van de eerste meting mee- of tegen-

vallen, omdat het nog ontbreekt aan vergelijkende cijfers. Armand Rondas, specialist ouderengeneeskunde en wondarts, stelde eerder al in dit tijdschrift (jaargang 24 nummer 4) dat er nauwelijks wetenschappelijke literatuur is over chronische wonden en dat wondbehandeling in de opleiding van verpleegkundigen weinig aandacht krijgt. Hij is nu bezig met promotieonderzoek en wil hiervoor veel meer inzicht krijgen in de prevalentie van chronische wonden en wondinfecties in verpleeghuizen. In dit kader wil hij vaststellen hoe groot het probleem is, maar ook wat voor wondbehandeling wordt toegepast. ‘Over de kwaliteit van de producten die voor wondbehandeling worden toegepast, is nog heel weinig bekend’, zegt Halfens. ‘Dit geldt ook voor het onderwerp waarop ik mij zelf specifiek richt, decubitus. Er is weinig goed onderzoek naar gedaan en het is natuurlijk ook kostbaar om zulk onderzoek te doen. Op dit moment valt echter meer winst te boeken door de aandacht te richten op samenwerkingsafspraken, goede overdracht en werken op basis van protocollen. Zo is in een verpleeghuis, nadat een protocol was geïmplementeerd dat gebaseerd is op een heel eenvoudig en goed doordacht stappenplan voor de preventie en behandeling van decubitus, de decubitusprevalentie enorm gedaald.’ Werken op basis van goede protocollen is extra belangrijk omdat het kennisniveau van verpleegkundigen op het gebied van wondpreventie en -behandeling beperkt is, stelt

Halfens. 'Ik geef het gemiddelde niveau een zesje', zegt hij. 'En het ironische is dat de decubitusprevalentie hoger is in instellingen die een decubitusverpleegkundige in dienst hebben. Als er zo'n aandachtsvelder is dan denkt de rest blijkbaar: daarover hoef ik mij niet meer druk te maken. Zo werkt het natuurlijk niet, iedereen moet van de basiszorg op de hoogte zijn. Hiermee bedoel ik niet dat gespecialiseerd wondverpleegkundigen geen nut hebben. Maar als zij worden ingezet, dan is een belangrijk onderdeel van hun taak zorg dragen dat de kennis over de basiszorg blijft waar die hoort, en de reguliere verzorgenden en verpleegkundigen coachen en controleren omtrent het verrichten van de juiste wondzorg. Het feit dat zij geen lijn- maar staffunctionarissen zijn is hierbij een complicerende factor. Ze moeten meer bevoegdheden krijgen om medewerkers aan te spreken op hun verantwoordelijkheden. Dit staat nu veel te weinig op de agenda's van bestuurders en afdelingshoofden. De mensen in de zorg zijn te lief voor elkaar. De terugkeer van de verpleegkundig directeur – die in Duitsland nog wel bestaat – zou in dit verband een goede ontwikkeling zijn.'

PRODUCTKWALITEIT

Kennisontwikkeling in de wondzorg is dus essentieel, aldus Halfens. En hoewel hij aangeeft dat het wat hem betreft waardevoller is die kennisontwikkeling te betrekken op het handelen van de professionals, worden toch wel degelijk ook in toeneemende mate vragen gesteld over de kwaliteit van de producten die bij de wondzorg worden gebruikt. Op politiek niveau groeit immers de roep om op basis van de effectiviteit van de beschikbare producten beslissingen te nemen over de vergoeding ervan. Halfens gaf al aan dat dit niet eenvoudig is. Een onderzoeksgroep van het AMC in Amsterdam onder leiding van Hester Vermeulen en Dirk Ubbink (beiden senior onderzoeker en projectleider, werkzaam op de afdeling kwaliteit en procesinnovatie) inventariseerde welke wondproducten in Nederlandse ziekenhuizen worden gebruikt bij donor

sites. Dat blijken 23 verschillende wondproducten te zijn, en slechts in een derde van de ziekenhuizen is een protocol aanwezig op basis waarvan de productkeuze wordt gemaakt. Bij die Rembrandt-trial waren een verpleegkundige en een arts betrokken die nu allebei aan het promoveren zijn: Anne Eskes en Fleur Brölmann. Eskes heeft haar onderzoek naar kennisontwikkeling in de wondzorg bij met name acute wonden bijna afgerond. Ze vertelt: 'De variatie in de wondbehandeling bij donor sites blijkt erg groot te zijn. Dit kan onder andere te maken hebben met het ontbreken van bewijs over wat het beste wondproduct is bij dit type wond en met de individuele voorkeur van artsen en verpleegkundigen. Maar ook de betrekkelijkheid van de WCS-wondclassificatie bij dit type wond speelt een rol: de meeste typen donor site wonden lijken teveel op elkaar. Met de Rembrandt-trial hebben we onderzocht welk type wondproduct voor donor sites het best is. Dat blijkt hydrocolloid te zijn.'

De volgende stap is dan te zorgen dat hydrocolloid voor deze toepassing in de behandelrichtlijn wordt opgenomen. Die nationale en multidisciplinaire richtlijn is Brölmann aan het ontwikkelen en die moet een combinatie vormen van evidence, klinische expertise en de wens van de patiënt. En uiteindelijk moet die richtlijn weer de basis vormen voor protocolontwikkeling binnen elk centrum, zodat per individuele patiënt de juiste behandelkeuze kan worden gemaakt. 'In dit kader is het belangrijk ook de alternatieven voor hydrocolloid te beschrijven', zegt Brölmann, 'want met een hydrocolloid geneest deze wond weliswaar sneller, maar het materiaal is ook duurder dan andere producten die kunnen worden toegepast.'

WEINIG ONDERZOEK

Brölmann heeft ook gekeken naar de vraag hoeveel over wondzorg wordt gepubliceerd. Dat blijkt tegen te vallen en ook de kwaliteit van het onderzoek dat wél wordt beschreven, laat te wensen over. 'Gelukkig stijgen zowel de kwantiteit als de kwaliteit wel', zegt ze. 'De vraag naar evidence

based besluitvorming is duidelijk gegroeid. Dit vertaalt zich trouwens meer naar evidence voor de behandeling van chronische wonden dan voor acute. Ook wel logisch, want een chronische wond vormt een groter probleem. Waarschijnlijk ligt dit ook ten grondslag aan het advies van het College voor Zorgverzekeringen om de wondproducten voor acute wonden niet meer te vergoeden maar alleen nog die voor chronische wonden. Maar dat is kortzichtig want een acute wond kan ook een chronische wond worden.'

Eskes stelt dat het goed zou zijn als fabrikanten van wondproducten de kwaliteit van nieuwe producten die ze op de markt brengen gaan onderbouwen met bewijsvoering. 'De eisen voor het op de markt brengen van geneesmiddelen zijn veel strenger dan die voor medische hulpmiddelen', zegt ze. 'Van heel veel van de beschikbare producten weten ze niet hoe effectief die zijn.' Die strengere eisen voor geneesmiddelen vindt Brölmann op zich terecht. 'De gevolgen van toepassing van verkeerde geneesmiddelen kunnen groter zijn dan de gevolgen van toepassing van verkeerde wondproducten', zegt ze. 'Maar strengere eisen voor verbandmiddelen zouden wel de enorme praktijkvariatie in toepassing kunnen beperken. Zo lang die eisen er niet zijn is het onmogelijk een onderscheid te maken tussen 'er is geen evidence voor een bepaald product' enerzijds en anderzijds 'we weten dat dit product niet werkt'. Toch is solide onderzoek wel mogelijk, zoals wij bij donor sites hebben laten zien. Het is alleen kostbaar en arbeidsintensief. En je hebt te maken met mensen met verschillende ziektebeelden. In een gerandomiseerde studie kun je de invloed daarvan op je resultaten uit-evenen, zoals wij ook hebben gedaan. En we hebben relatief vergelijkbare wonden gebruikt, zodat je ook echt iets wezenlijks kunt zeggen over de rol van het wondproduct in de genezing.'

DISCUSSIE UITLOKKEN

Het kán dus wel, stellen Eskes en Brölmann. 'En ook de rol van kleinschalig onderzoek moet niet worden

onderschat', zegt Eskes. 'Kleine studies werpen de vragen op die met groter onderzoek kunnen worden beantwoord. Dan nog is het overigens niet makkelijk om gedragsverandering bij professionals tot stand te brengen. Als iemand een type wond al jarenlang op een bepaalde manier behandelt en tevreden is over de resultaten, dan zet je die werkwijze niet op basis van de uitkomsten van één onderzoek direct opzij.'

'Maar, vult Brölmann aan, zo'n grote studie als de Rembrandt-trial lokt wel discussie uit bij artsen en verpleegkundigen. 'Dat is winst', zegt ze. De landelijke prevalentiemeting voor decubitus – inmiddels vijftien jaar verder – laat zien hoe groot die winst kan zijn. Al blijft Halfens erbij dat die zich beter kan vertalen in de ontwikkeling van kwaliteit van het zorgaanbod dan in bezuiniging op producten. 'De investering in wond-expertisecentra is de juiste weg', zegt hij. 'Zo moet het: eerst kijken naar multidisciplinaire samenwerking en gericht handelen en dan pas naar de producten. Al ben ik het anderzijds wel eens met de stelling dat het een goede zaak zou zijn als de industrie de meerwaarde van zijn productintroducties moet aantonen voordat die voor vergoeding in aanmerking komen.'

***Frank van Wijck, freelance journalist**