

Evidence based wound care

De verdediging van het proefschrift 'Knowledge development and research utilization in evidence based wound care'.

K.C. Timm- van Ruitenburg interviewt Anne Eskes*

Op 12 december 2012, verdedigde Anne Eskes haar proefschrift in de Agnietenkapel in Amsterdam. Omdat in Nederland niet heel veel onderzoek wordt gedaan op het gebied van wondzorg, was dit een bijzondere aangelegenheid die werd bijgevoerd door de redactie van WCS Nieuws. Na afloop spraken we met Anne nog na over haar promotie.

Anne, één van de conclusies uit jouw onderzoek is dat het zwart geel rood model dat wij beter kennen als het WCS Classificatiemodel, niet toepasbaar zou zijn op donorsites, omdat wetenschappers en medisch specialisten moeite hebben met het classificeren van deze wonden volgens dit model. Maar waarom zouden wetenschappers en medisch specialisten dit moeten kunnen, als de wondbedekker veelal door de wondverpleegkundige wordt gekozen en bepaald?

A: De meeste overeenstemming in gebruik van het model was bij de wondverpleegkundigen, echter dat was een gemiddelde uitkomst. Wetenschappers scoorden het laagste als ze moesten beoordelen op kleur, vochtigheid

van de wond en genezing. Het is dus geen geschikt model voor deze wonden. Als iemand toch het model hanteert bij donorsites, dan bij voorkeur de wondverpleegkundige omdat zij met behulp van het schema de wonden het meest uniform beoordeelt (onderling als wondverpleegkundigen).

Vind jij dat de resultaten van een goede Randomized Controlled Trial beter geïmplementeerd moet worden en hoe zou je dat dan praktisch willen invullen?

A: Jazeker moeten de resultaten van zo'n onderzoek goed worden geïmplementeerd. Deels worden deze al meegenomen in de nieuwe richtlijn wondzorg, maar ook die moet

naar praktijk worden omgezet. Inmiddels is het onderzoek wel geaccepteerd voor publicatie in het tijdschrift British Journal of Surgery, een veel gelezen vakblad.

Denk je ook dat het WCS Kenniscentrum Wondzorg een rol kan spelen bij de implementatie van de onderzoeksresultaten?

A: Jazeker, de WCS zie ik als de basis om kennis op het gebied van wondzorg te verspreiden. Alle wondverpleegkundigen worden door het WCS netwerk op de hoogte gehouden van de laatste ontwikkelingen in het vak en het is aan de wondprofessional om deze opgedane kennis te verspreiden op zijn/haar werkplek.

De diverse professoren vuurden allerlei vragen op je af. We nemen enkele vragen nog eens door zodat je in alle rust de antwoorden kunt aanvullen of toelichten.

Prof. C.M.A.M. van der Horst, plastisch chirurg Academisch Medisch Centrum

Het zwart geel rood model is niet bruikbaar voor donorsites; had je zelf iets anders bedacht en is het model wel gevalideerd?

A: Bij brandwonden is eerder onderzocht hoe een subjectieve beoordeling toch een valide oordeel kan geven over wondgenezing. Deze studie heeft aangetoond dat een ervaren clinicus een betrouwbaar en valide oordeel kan geven over de wondgenezing van de brandwond (1). Het zwart geel rood model is wel gevalideerd, ook voor acute wonden, met uitzondering dus van de donorsites. Bij mijn weten is het nog niet gevalideerd voor brandwonden.

Is een kostenanalyse betreffende de wondmaterialen alsnog mogelijk? Die gegevens worden gemist in het onderzoek naar de ideale wondbedekker bij donorsites.

A: Uitgebreider onderzoek is uiteraard mogelijk als er meer financiële ruimte is. Uit onderzoek van Vermeulen bleek dat zowel artsen en verpleegkundigen als patiënten de wondgenezingssnelheid, de opnameduur en de pijn tijdens verbandwissels als belangrijkste punten ervoeren, terwijl de frequentie van verbandwissels, de kosten van wondverzorging en de zelfstandigheid bij het verbinden minder belangrijk bleken (2). De behandeling met hydrocolloïden is vermoedelijk duurder. Met het nieuwe vergoedingstelsel kan het zijn dat kosten een grotere rol gaan spelen.

Prof. dr. R.S. Breederveld, leerstoel acute brandwondgeneeskunde en traumachirurg Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk

Gebruikelijk is een donorsite binnen vijf tot tien dagen genezen. In uw definitie is de wondgenezing veel langer;

- wat is de gebruikte definitie van wondgenezing?
- wat is genezing?
- zijn de donorsites op dezelfde wijze geogst? De gebruikelijke dikte van een donorsite is 0,3mm.

A:

- Wij hebben gehanteerd dat de huid volledig gereëpithelialiseerd moet zijn en er geen sprake meer mag zijn van korstvorming; dat is bij de hydrocolloïd dus ook het geval. De verstrekte definitie is door iedereen gehanteerd, maar wijkt af van definities uit andere studies. Wondgenezing werd vastgesteld door onafhankelijke onderzoekers of zorgverleners en in enkele gevallen door patiënten zelf. Het is een pragmatische trial.
- De definitie van wondgenezing is vaak subjectief. Gevoelsmatig krijg je ook als zorgverlener wel het idee dat een wond binnen 14 dagen is genezen omdat er geen complicaties optreden. Dan zijn er misschien nog wel wat restverschijnselen, maar wordt de wond toch als dicht beoordeeld. Om te kijken of ons beeld over wondgenezingssnelheid overeen komt met de werkelijkheid is op zich nog wel een onderzoek waard!
- Er zijn verschillende dermatomen gebruikt en deze werden ook op verschillende dieptes afgesteld. Echter is de daadwerkelijke diepte lastig te bepalen omdat er verschil in druk geweest kan zijn, waardoor de diepte wel wisselt. In de Rembrandt trial hebben wij de dikte van de huidafname bijgehouden en de dikte van de huidafname was over alle groepen gelijk verdeeld. Dit kan dus niet de spreiding van de uitkomsten veroorzaken.

Prof. dr. P.F. Roodbol, bijzonder hoogleraar verplegingswetenschappen: innovatie en educatie UMCG, Groningen

Een vochtig milieu is dus aanbevelingswaardig voor donorsites. Waarom dan de voorkeur voor een hydrocolloïd en niet voor een hydrofiber? Zijn toch soortgenoten?

A: Hydrofiber en hydrocolloïd zijn inderdaad soortgenoten. De hydrofiber heeft meer vochtabsorberende eigenschappen en bij toepassing op donorsites creëer je dan dus geen vochtig milieu. Je kunt het wel zo toepassen dat er wel een vochtig wondmilieu ontstaat, maar dan is er sprake van oneigenlijk gebruik. We hebben de (onverwachte) uitkomsten ook aan de industrie voorgelegd en hopen dat zij er iets mee gaan doen.

V&V 2020 beroepsprofielen hebben in hun beschrijving wondzorg opgenomen als verpleegkundig deskundigheidsgebied. Vindt u het een specifieke of generieke vaardigheid?

A: Beiden; gespecialiseerde wondverpleegkundigen zijn

Hester Vermeulen overhandigt de bul aan Anne



nodig gezien het bepalen van het onderliggend lijden bij wonden. 50% van de patiënten die in het ziekenhuis ligt heeft een of meerdere wonden. Diagnose en therapie moeten zeker door wondverpleegkundigen plaatsvinden. Van afdelingsverpleegkundigen mag je verwachten dat zij wondzorg kunnen toepassen omdat het in de opleiding behandeld is. Vooral van verpleegkundigen die op een chirurgische afdeling werken mag verwacht worden dat zij op de hoogte zijn van de algemene wondzorg.

Is taakherschikking en de specialisatie wondzorg wel goed?

A: Jazeker, de verpleegkundige is de spin in het web bij multimorbiditeit. Ze kunnen de continuïteit van zorg waarborgen, de taken die niet door artsen hoeven te worden uitgevoerd kunnen zij prima overnemen. Afdelingsverpleegkundigen zijn er voor de minder gecompliceerde wonden. Wondverpleegkundigen zijn een rolmodel voor andere verpleegkundigen, zij dienen hun expertise over complexe wondzorg te verspreiden.

Je hebt uitgebreid internationaal onderzoek gedaan naar de competenties van de wondverpleegkundige om optimale wondzorg te bereiken. Het zou een begin kunnen zijn voor functieprofielen en opleidingseisen. Hierover zijn helaas geen vragen gesteld. Wel is je onderzoek meegenomen in het beschrijven van de functieprofielen voor wondzorgprofessionals door de werkgroep van het Wondplatform Nederland. Deze profielen zullen begin 2013 verschijnen.

Prof. dr. S.E.R. Hovius, plastisch chirurg Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Een alginaat is zo makkelijk te plaatsen postoperatief, waarom dan toch een hydrocolloid; dat lekt zo.

A: Er zijn wel wat meldingen van lekkage geweest, maar het heeft niet tot klachten van patiënten en zorgverleners geleid.

Prof. dr. R.J.P.M.Scholten PhD, Evidence Based Medicine, AMC, Amsterdam

Je hebt een RCT geschreven, waarom heb je gekozen voor votecounting? Als er veel dezelfde uitkomsten zijn, waarom heb je die dan niet samengevoegd?

A: Het samenvoegen van resultaten (oftewel een meta analyse) was niet mogelijk, omdat de studies te heterogeen zijn doordat de uitkomstmaten te verschillend zijn. Om toch een trend weer te geven hebben wij gebruikt gemaakt van votecounting. Het nadeel van votecounting is dat je geen weging geeft aan de kwaliteit van de studies. Een goed uitgevoerde RCT telt net zo zwaar mee als een methodologisch zwakke studie. Echter helpt het de lezer wel om snel een overzicht te krijgen.

Beide laatste professoren stelden meer vragen over de methodiek die is gebruikt bij de onderzoeken. Heel terecht natuurlijk en Anne kon ze prima beantwoorden, maar het waren zeer technische vragen die niet inhoudelijk over wondzorg gingen. Daarom hebben we ze bij dit interview buiten beschouwing gelaten.

Literatuur

1. Bloemen MC, van Zuijlen PP, Middelkoop E. 2011 **Reliability of subjective wound assessment.** Burns Jun;37(4):566-71. doi: 10.1016/j.burns.2011.02.004. Epub 2011 Mar 8.
2. Vermeulen H, Ubbink DT, Zwart F de, Goossens A, Vos R de. 2005 **Welke aspecten vinden artsen, verpleegkundigen en patiënten belangrijk bij de keuze voor een verbandmateriaal? Een vignetten studie.** WCS Nieuws. 21(4):3-9.

* Anne Eskes, stafmedewerker Research & Bedrijfsvoering, wetenschappelijk stagebegeleider, Wetenschapsbureau Linnaeusinstituut, Spaarne Ziekenhuis en Kennemer Gasthuis.

Karin Timm, eindredacteur WCS Nieuws.