

Het 25^{ste} European Wound Management Association 2016 te Bremen

E. Muller-Sloof*

Op 11 mei 2016 bracht een cityhopper mij met een viertal collega's in alle vroegte vanaf Amsterdam-Schiphol naar de luchthaven van Bremen (DE). Rond 10.30 uur meldde ik me bij de inschrijfbalie van het 25^{ste} internationale congres van de European Wound Management Association (EWMA) dat van 11 tot 13 mei gehouden werd in de Messe te Bremen (foto 1). Thema: patients, wounds, rights: de patiënt is meer dan een wond alleen. Hij/zij heeft recht op gezondheid en deskundige, interdisciplinaire zorg, zowel in preventieve als curatieve zin.



Foto 1. Ingang EWMA

De EWMA (1) is opgericht in 1991 en beoogt de kwaliteit van (wond)zorg te vergroten door kennisoverdracht en de resultaten van (al dan niet) wetenschappelijk onderzoek te implementeren in de alledaagse praktijk. De EWMA is een overkoepelende organisatie van Europese wondzorgorganisaties uit 36 landen in samenwerking met wereldwijde wondzorgorganisaties. Dit jaar werd het congres georganiseerd in samenwerking met twee Duitse wondzorgorganisaties: Initiative Chronische Wunden e.V. (2) en WUND.A.CH. (3), beiden actief in Duitstalige landen. De EWMA vierde haar 25-jarig jubileum. In de afgelopen 25 jaar heeft de EWMA een belangrijke rol gespeeld in de internationale wondzorg.

De EWMA 2016 in Bremen werd door meer dan 5500 deelnemers bezocht (doorgaans zijn dit er 5000), afkomstig uit heel Europa, maar ook uit onder andere Noord-Amerika, Zuid-Amerika, Afrika en Australië. Deelnemers

zijn voornamelijk wondprofessionals met een diversiteit aan interesses op het gebied van wondzorg, allen werkzaam binnen hun eigen domein, maar met een gezamenlijke focus: kennis opdoen over nieuwe ontwikkelingen binnen de wondzorg en het leggen van nieuwe contacten, want natuurlijk speelt 'netwerken' ook een belangrijke rol op dit congres!



Foto 2. Programmaboekje EWMA

De vele deelnemers vulden de hallen, bedrijvenstands, lunchrooms en sessieruimtes. Er kon een keus gemaakt worden uit meer dan duizend wetenschappelijke sessies (presentaties, posterpresentaties, workshops, keysessions, full-day streams, presentaties via de satelliet et cetera). Keuze te over! (foto 2)

Ik had mij voor vertrek verdiept in het programma en mij ingeschreven voor enkele lezingen. Tussen de drommen mensen vond ik mijn weg. De aanwijzingen van de EWMA-app brachten mij bij de eerste workshop 'The general practitioner and his (unsolvable) problems with wounds' door Stefan Fuchs (foto 3). Het ging hierin weliswaar om Duitse huisartsenpraktijken, maar er zijn ongetwijfeld parallellen met de Nederlandse setting. In de regio Sachsen-Anhalt participeerden in 2015 vijftien huisartsen in een onderzoek naar chronische wonden (met name *ulcus cruris venosum*) in het kader van onder andere kostenbeheersing (kosten zijn in Duitsland voor rekening van de huisarts zelf), wondmateriaal, wondgenezingsduur en deskundigheid van de zorgverleners (huisarts, wondexpert). De incidentie van patiënten met een *ulcus cruris venosum* was in 2015 vijf tot tien patiënten per huisartsenpraktijk. Als een *ulcus* binnen twee weken geen genezings-tendens vertoonde, zou, volgens afspraak, een wondexpert ingeroepen worden. In de praktijk gebeurde dit echter niet of veel later (bij 25% van de huisartsen pas na een jaar!). Daarnaast was de behandeling niet eenduidig. Ondanks bestaande internationale richtlijnen (4) werd er door 'slechts' 43% van de huisartsen gebruik gemaakt. Een deel van de huisartsen wist niet eens van het bestaan ervan. Conclusies van het onderzoek: iedereen 'deed maar wat'. De wondexpert werd te laat ingeroepen. Er bleek dringend behoefte aan theoretische en praktische wondscholing. Daarnaast was er behoefte aan multidisciplinaire wond-zorg, verbeterde interdisciplinaire communicatie en gebruikmaking van elkaars expertise. Herkenbaar...? 'k Dacht het wel!

Ik sloot me, na een aantal stands bezocht te hebben, aan bij de lezing van Bijan Najafi: 'Empowering the patient in



Foto 3. Lezing dr. med. S. Fuchs



Afbeelding 1. Triangle of wound assessment ToWa

wound care by means of the new technologies'. Een diabetisch voetulcus (DFU) is een ernstige complicatie bij diabetes en leidt veelal tot emotionele belasting, functie-verlies en sociale belemmering. Daarnaast brengt een DFU hoge zorgkosten met zich mee. Diabetische voetulcera gaan in 7,5% procent van de gevallen gepaard met neuropathie (5). Er is een hoge recidiefkans van 30-40% (6). Er bestaat een grote kans op amputatie (een lager opgeleide patiënt heeft 38% meer kans) (7). Naast wondbehandeling en sturing van comorbiditeit (onderliggend lijden) is offloading, oftewel drukvermindering van de voetzool, essentieel in de wondgenezing (8). Het effect van offloading is in de literatuur uitgebreid aangetoond (9), maar het succes van offloading is afhankelijk van de therapietrouw, want offloading dient continu te zijn (10,11). Najafi onderstreepte in dit kader de aandacht voor de patiënt. Zet de patiënt centraal! Houd rekening met zijn/haar wensen, ADL, mobiliteit en comfort. Dit vergroot de therapietrouw!

Offloading kan op diverse manieren. Bijvoorbeeld door het dragen van een walker. Patiënten vinden een walker nogal eens te zwaar of te lomp, merken een disbalans in het lopen (ongelijk lopen) of trekken de walker niet op de juiste manier aan, wat het lopen belemmert. Dit vermindert de therapietrouw. In een studie van Crews et al. (2012) worden vier types walker (op kniehoogte, enkelhoogte en twee types normale schoenhoogte) met elkaar vergeleken op comfort, drukontlasting en therapietrouw (12). Walkers op kniehoogte en enkelhoogte dragen het prettigst. Een andere manier van offloading is een TCC (Total Contact Cast, een soort gipsverband). Een TCC heeft het meeste effect op de wondgenezing (8,13), maar een TCC kan volgens Najafi de mobiliteit belemmeren wat tot demotivatie leidt (14). Volgens de spreker kunnen bij zowel de walker als een TCC op termijn contralaterale heup- en knieklachten ontstaan door disbalans in het lopen. Dit kan simpel verholpen worden door de contralaterale voetzool op gelijke hoogte te brengen met de walker of TCC. Het effect van de offloading neemt hierbij slechts met 5% af en het comfort wordt vergroot. Vervolgonderzoek moet een en ander nader uitwijzen, maar de praktische adviezen zijn mijns inziens zeker zinvol.

Aansluitend hield Sicco Bus zijn lezing: 'How technology can help in reducing recurrences (and costs)'. Offloading in de zin van een extra zool in de metatarsale regio (in de holling van de voet) waardoor de tenen vrij komen te liggen, verlaagt de (recidief)kans op een diabetisch voetulcus (6,15). Belangrijk ook hier: de schoenen moeten orthopedisch zijn aangemeten én gedragen worden, anders neemt het effect af (6,16). Naast offloading werd in deze lezing ook behandeling met negatieve druktherapie, laser en shockwave genoemd, hoewel de laatste twee in ontwikkeling zijn (17,18).

In de veelheid aan sessies heb ik een keuze moeten maken. Diverse interessante lezingen liepen parallel. Een weergave van alle bijgewoonde sessies in dit artikel is onmogelijk. Toch wil ik als laatste een korte impressie geven van de lezingen: 'Make every day count with the Triangle of Wound Assessment' door Dr. med. Karl-Christian Mütter, 'Taking practice beyond the edge with the Triangle of Wound Assessment' door Gerhard Schröder en 'patients beliefs, stress and adherence' door Jessica Walburn. Een wond heeft een grote impact op de patiënt. Een holistische benadering van de patiënt (de gehele mens in zijn lichamelijke, psychische en sociale context) is dan ook essentieel. Eerst een volledig beeld van de patiënt, pas dan gericht wondbeoordeling! Dit betekent een anamnese afnemen (onder andere comorbiditeit, medische voorgeschiedenis, allergie, medicatiegebruik, leeftijd, pijn/pijnbeleving, voeding, roken, alcoholgebruik, gewicht, beroep, sociale omstandigheden et cetera), de klacht uitvragen, klinisch en lichamelijk (eventueel aanvullend) onderzoek uit (laten) voeren en op basis van de verkregen informatie een gericht wondbehandelplan samenstellen. Hierin is het door Falanga et al. (2000) (19) beschreven TIME-model (tissue, infection, moisture, edge) een handig hulpmiddel.

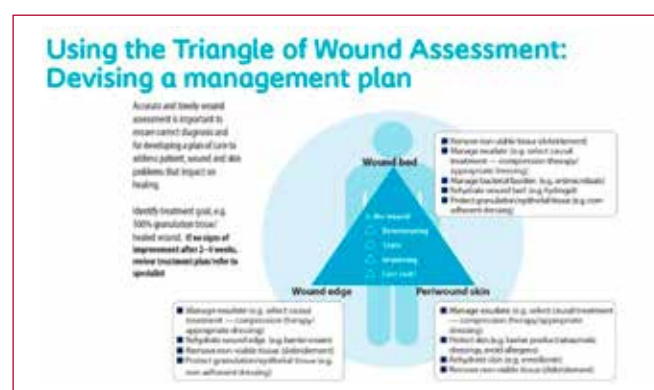
Om de impact van een wond op een patiënt nog beter te doorgronden en patiëntgerichtere behandelplannen samen te stellen, is in 2013/2014 een groot onderzoek uitgevoerd

door Dowsett et al. (20). Uit dit onderzoek blijkt dat de wondomgeving minstens zo belangrijk is als het wondbed zelf omdat bij 70% van de wonden huidproblemen optreden (21) die de wondgenezing vertragen (22). Beoordeling van het wondbed alléén is daarom niet voldoende en de beoordeling van de wondomgeving moet verfijnd worden. Een uitvloeisel van Dowsetts onderzoek is het driehoeksmodel: the Triangle of Wound Assessment oftewel ToWa (afbeelding 1). De wondbeoordeling wordt hierbij verdeeld in drie zones: wondbed, wondrand en wondomgeving. Voor beoordeling van het wondbed gebruik je TIME (19): beoordeel op kleur (zwart, geel en rood, WCS Classificatiemodel), infectieverschijnselen en exsudaat; meet daarnaast de wondgrootte. Verwijder geel beslag en zwarte necrose en bestrijd een infectie! Beoordeling van de wondrand betreft 1-2 mm van de wondrand. Let hierbij op maceratie, uitdroging, ondermijning en omgerolde/harde wondranden (foto 4). Verwijder dikke en omgerolde randen, behandel maceratie met een passend absorberend verband en dien bij uitdroging extra vocht toe. Beoordeling van de wondomgeving betreft 4 cm van de omliggende huid. Let hierbij op maceratie, ontvelling, uitdroging, hyperkeratose, callus en eczeem. Maceratie vraagt om absorptie, ontvelling vraagt om bescherming en uitdroging vraagt om extra vocht. Hyperkeratose en callus dienen verwijderd te worden en eczeem vraagt om behandeling met een passende anti-eczeemzalf of, bij een vochtig beeld, met crème. In afbeelding 2 worden de aandachtspunten en interventies van de ToWA in beeld gebracht. Kortom, effectieve wondbehandeling richt zich op een uitgebreide diagnostiek vanuit een holistische visie en een specifieke wondbeoordeling met behulp van de ToWA. Dat de wondprofessional bevoegd, bekwaam en bijgeschoold moet zijn, behoeft geen betoog (20, 23,24,25).

Aansluitend hield Jessica Walburn haar lezing over therapietrouw. Bij therapietrouw houdt de patiënt zich aan de gemaakte afspraken. Bij therapieontrouw volgt de patiënt de adviezen niet, deels of op het verkeerde tijdstip op óf



Foto 4. Wondrand en wondomgeving



Afbeelding 2. Werkwijze ToWA



Foto 5. WCS Stand

blijft de patiënt weg bij bijvoorbeeld een consult. Over de omvang van therapietrouw is helaas weinig bekend. Therapietrouw is niet eenduidig gedefinieerd en er bestaat geen valide meetinstrument. Maar we hebben er allemaal mee te maken! Wie herkent niet de situatie waarin de patiënt met een veneus ulcus vertelt de zwachtels 's nachts al afgewikkeld te hebben omdat 'ze zo warm waren'? Dit doet volgens Finlayson et al. (2010) 33-52% van de patiënten. Hoog leggen van een been wordt zelfs door 60% van de patiënten niet gedaan. En preventieve maatregelen worden al evenmin genomen bij een genezen voetulcus (26,27). Het is arm gesteld met therapietrouw... Therapietrouw is gedrag (bewust of onbewust) dat beïnvloed wordt door drie factoren: in staat zijn (capability), gemotiveerd zijn (motivation) of de kans te krijgen (opportunity) om adviezen op te volgen (29). Iemand is 'capable' als hij lichamelijk de adviezen kan opvolgen (bijvoorbeeld lopen), begrijpt wat hij moet doen en plannen kan maken. Iemand



Foto 6. Bremer stadsmuzikanten



Foto 7. EWMA 2017

is 'motivated' als hij vertrouwen heeft in de behandeling, goed ziekte-inzicht heeft, zelfredzaam en niet depressief is. Iemand heeft 'opportunity' adviezen op te volgen als er geen sociale of financiële belemmeringen zijn (30). Zijn deze positieve factoren aanwezig? Dan kan de patiënt positief bijdragen aan zijn genezingsproces en bestaat er grotere kans op therapietrouw. Dit positief bijdragen vermindert stress en pijn (31,32). Omgekeerd werken stress, depressie, angst en frustratie negatief op de (wond) genezing en therapietrouw. Daarom: vraag de patiënt wat de wond voor hem/haar betekent. Wat hij/zij ervan weet. Of hij/zij de behandeling vertrouwt. Stel korte en simpele vragen! Maak dan samen een plan. Licht dit eenvoudig toe, desnoods met een simpele tekening. Deze patiëntbenadering is een waardevolle aanvulling op de Triangle of Wound Assessment (afbeelding 2)!

In de pauzes ontmoette ik bekenden en vele nieuwe gezichten. Ik bezocht de vele stands, waaronder de door WCS-commissie- en bestuursleden bemande stand (foto 5) met informatie over WCS Academie, WCS Nieuws, WCS Website et cetera en in het bijzonder ... de EWMA 2017, die van 3 tot 5 mei wordt gehouden in Amsterdam!

Na drie leerzame dagen begaf ik mij samen met de groep richting de Bremer luchthaven. Mijn koffer bevatte de nodige op het congres verzamelde informatie, aantekeningen of vluchtige krabbels én een respectabel aantal 'we-nemen-snel-contact-op-visitekaartjes'. Wat heb ik interessante lezingen gevolgd, boeiende mensen ontmoet en supergezellige momenten beleefd met onze groep in het hotel en de Bremer binnenstad (foto 6). We vonden, de borden volgend op de luchthaven, de gate van onze terugvlucht. Op naar Amsterdam! Op naar de EWMA 2017 (foto 7)!

Literatuur

1. Website **European Wound Management Association**. <http://ewma.org>.

2. Website **Initiative Chronische Wunden e.V.** <https://www.icwunden.de>.
3. Website **Dachorganisation aller deutschsprachigen Vereine und Gruppen Management von Akuten und Chronische Wunden.** <http://www.wund-dach.org>.
4. RCN Clinical Guidelines. (2000). **Management of patients with venous leg ulcers.** Audits protocol. <http://bit.ly/1L7usyt>.
5. Cutting K, White R, Mahoney P. **Clinical identification of wound infection: a Delphi approach.** European Wound Management Association (EWMA) Position Document. Identifying criteria for wound infection, 2005; MEP: London
6. Bus SA, Haspels R, Busch-Westbroek TE. **Evaluation and optimization of therapeutic footwear for neuropathic diabetic foot patients using in-shoe plantar pressure analysis.** Diabetes Care, 2011; 34:1595-600.
7. Guest JF, Ayoub N, Greaves T. **Clinical outcomes and cost-effectiveness of an externally applied electroceutical device in managing venous leg ulcers in clinical practice in the UK.** Journal of wound care, 2015;24:572-80.
8. Bus SA, Valk GD, Van Deursen RW et al. **The effectiveness of footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in diabetes: a systematic review.** Diabetes/metabolism research and reviews, 2008;24:S162-80.
9. Cavanagh PR, Bus SA. **Off-loading the diabetic foot for ulcer prevention and healing.** Plastic and reconstructive surgery, 2011;127:248S-256S.
10. Knowles EA, Boulton AJM. **Do people with diabetes wear their prescribed footwear?** Diabetic medicine, 1996;13:1064-8.
11. Macfarlane DJ, Jensen JL. **Factors in diabetic footwear compliance.** Journal of the American Podiatric Medical Association, 2003;93:485-91.
12. Crews RT, Sayeed F, Najafi B. **Impact of strut height on offloading capacity of removable cast walkers.** Clinical Biomechanics, 2012;27:725-30.
13. Armstrong DG, Nguyen HC, Lavery LA et al. **Off-Loading the Diabetic Foot Wound. A randomized clinical trial.** Diabetes care, 2001;24:1019-22.
14. Najafi B, Bharara M, Grewal G et al. **Quantification of physical activity as a function of offloading modality in patients with diabetic foot ulcers. A randomized cohort study.** In Qatar Foundation Annual Research Forum. 2012;BMP39.
15. Owings TM, Woerner JL, Frampton JD et al. **Custom therapeutic insoles based on both foot shape and plantar pressure measurement provide enhanced pressure relief.** Diabetes care, 2008;31:839-44.
16. Waaijman R, Bus SA. **The interdependency of peak pressure and pressure-time integral in pressure studies on diabetic footwear: no need to report both parameters.** Gait & posture, 2012;35:1-5.
17. Dumville JC, Land L, Evans, D et al. **Negative pressure wound therapy for treating leg ulcers.** The Cochrane Library, 2015.
18. Wang CJ, Wu CT, Yang YJ et al. **Long-term outcomes of extracorporeal shockwave therapy for chronic foot ulcers.** Journal of surgical research, 2014;189:366-72.
19. Falanga, V. **Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds.** Wound Repair Regen, 2000;8:347-52.
20. Dowsett C, Gronemann M, Nyløkke M et al. **Taking wound assessment beyond the edge.** Wound International, 2015; 6:6-10.
21. Ousey K, Stephenson J, Barret S et al. **Wound care in five English NHS Trusts: results of a survey.** Wounds UK, 2013; 9:20-8.
22. Cartier H, Barrett S, Campbell K et al. **Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: a multicentre product evaluation.** Wounds International, 2014;10:26-30.
23. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. **Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin.** Journal of Wound Care, 2001;10:7-10.
24. World Union of Wound Healing Societies. **Wound Exudate and the Role of Dressings.** A Consensus Document. MEP Ltd: London Hollingworth, H. **Challenges in protecting peri-wound skin.** Nursing Standard, 2009;24:53-62.
25. EWMA 2017 Amsterdam. <http://ewma.org/ewma-conference/ewma-conferences/>
26. Beattie AM, Campbell R, Vedhara K. **'What ever I do it's a lost cause.' The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study.** Health Expectations, 2014;17:429-39.
27. Finlayson K, Edwards H, Courtney M. **The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers.** Journal of clinical nursing, 2010;19:1289-97.
28. Horne R, Weinman J, Barber N et al. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking.** London: NCCSDO, 2005, 40-6.
29. Michie S, Stralen van MM, West R. **The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions.** Implementation Science, 2011;6:1.
30. Jackson C, Eliasson L, Barber N et al. **Applying COM-B to medication adherence. A suggested framework for research and interventions.** The European Health Psychologist, 2014;16:7-17.
31. Leventhal H, Nerenz DR, Purse J. **Illness representations and coping with health threats.** 1984. <http://www.paincommunitycentre.org>.
32. Horne R, Chapman SC, Parham R et al. **Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review.** Necessity-Concerns Framework, 2013;8:e80633.

** Emmy Muller-Sloof MSc ANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen, Wondexpertise-centrum Groene Hartziekenhuis, Gouda, lid WCS Chirurgische Wonden en Stoma, docent WCS Academie (algemene wondzorg en chirurgische wond), redactielid WCS Nieuws*

Contact

emullersloof@gmail.com