



Kwaliteit van de brandwondenverpleegkunde

A.E.E. de Jong*

Verpleegkundigen staan, omdat ze 24 uur zorg per dag leveren, in een goede positie om het totale zorg proces te overzien, vooruitgang en verandering te signaleren, specifieke verpleegproblemen op te lossen en om de zorg rondom de patiënt te coördineren. Deze rol binnen het primaire proces is stevig verankerd en houdt stand bij alle ontwikkelingen en veranderingen. Veranderingen binnen de brandwondenverpleegkunde waren er de afgelopen 40 jaar op bijvoorbeeld het gebied van onderwijs en onderzoek, maar ook in de praktijk. Ontwikkelingen op het gebied van onderwijs hebben geleid tot een geaccrediteerde Opleiding voor Brandwondenverpleegkundigen. Wat onderzoek betreft zijn onderzoeksprioriteiten vastgesteld, kunnen we van de meeste patiënten pijn meten, weten we wat de meest adequate pijninterventies zijn en kunnen we verpleegkundige werklast in kaart brengen. Verpleegkundigen besturen bovendien de laatste jaren mee in nationale en internationale brandwondenorganisaties, schrijven artikelen en hoofdstukken voor tijdschriften en boeken, zijn docent en spreken op congressen of brengen hun specifieke kennis op andere manieren over.

Praktijk

Een groot deel van de werkzaamheden van brandwondenverpleegkundigen bestaat uit het dagelijks verzorgen van de wonden. Wonden in alle stadia van de wondgenezing, die elk weer een eigen verzorging vereisen, wonden met een groot oppervlak en op moeilijk te verbinden lichaamsdelen, zoals handen en gelaat. Verpleegkundigen verbinden die wonden in een kamertemperatuur van ongeveer dertig graden en worden vaak in de weg gezeten door slangen van veel infusen en van beademing of dialyse. Een uitgebreide wondverzorging, uitgevoerd door twee verpleegkundigen, duurt ongeveer twee en een half uur. Op dit gebied zou misschien nog ruimte voor verandering kunnen zijn, in het voordeel van patiënt, verpleegkundige en organisatie. Maar er zijn voor de toekomst ook andere aspecten waarop we ons moeten richten.

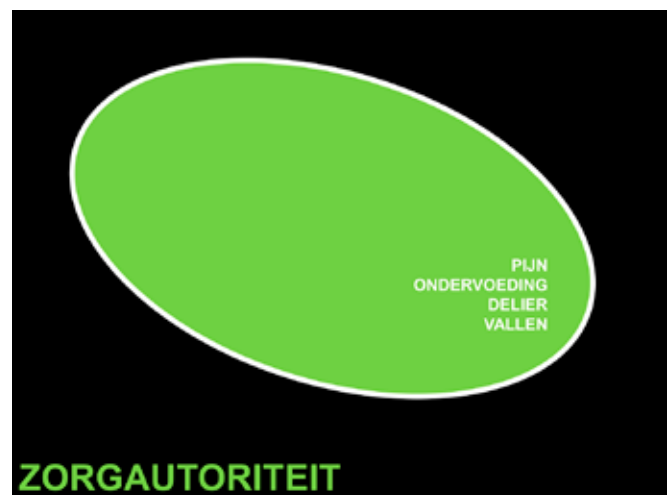
Kwaliteit

Voor de best mogelijke brandwondenzorg namelijk is optimale kwaliteit van de verpleegkundige zorg nodig. En de kwaliteit van verpleegkundige zorg kan gemeten worden door middel van verpleegkundige kwaliteitsindicatoren. Het artikel van Aiken et al. (1) dat in 2014 in de Lancet is gepubliceerd laat zien hoe belangrijk verpleegkundigen zijn. Hoge kwaliteit van verpleegkundige zorg kan een verschil maken: minder complicaties, kortere opnameduur en verminderde mortaliteit. Wat betekent dit voor de verpleegkundige brandwondenzorg: op welke kwaliteitsindicatoren moeten wij ons gaan richten om dit verschil te kunnen maken, de effectiviteit van verpleegkundige zorg te

kunnen meten en om in kaart te brengen welke uitkomsten verpleegkundigen bereiken.

Zorgautoriteiten

Om de meest relevante kwaliteitsindicatoren vast te stellen zouden verschillende perspectieven bekeken moeten worden. Ten eerste is er het perspectief van de autoriteiten, veiligheidsmanagementsystemen en zorgverzekeraars. De door hun vastgestelde indicatoren die het meest binnen het verpleegkundig domein vallen zijn vroege herkenning en behandeling van pijn, van ondervoeding en van delier en valincidenten (figuur 1).



Figuur 1. Perspectief zorgautoriteit

Verpleegkunde

Maar ook de verpleegkundige beroepsgroep zelf heeft verschillende agenda's met betrekking tot kwaliteit van verplegen. Ten eerste heeft de verpleegkunde ook een veiligheidsagenda. In onze patiëntenpopulatie zien we dat er steeds meer ouderen komen, meer patiënten met chronische ziekten en met multimorbiditeit en dus meer patiënten met delier, pijn en angst. Op deze patiëntengroep moet geanticipeerd worden, waarbij het primaire doel het behouden van de zelfredzaamheid en het dagelijks functioneren is.

Natuurlijk is veiligheid essentieel, maar toch verdient de patiënt meer dan niet beschadigd te raken. Daarom heeft de tweede agenda betrekking op de ervaring van de patiënt en familie. De belangrijkste patiënt en familie gecentreerde verpleegkundige resultaten zijn tevredenheid over de zorg, betrokkenheid bij de zorg en een gevoel van welzijn.

En de derde agenda is gerelateerd aan de verpleegkundigen zelf. Hierin spelen competenties en werktevredenheid een rol. Verschillende studies hebben al laten zien dat investeren in een lerende omgeving effectief is bij het optimaliseren van verplegen en tevredenheid over het werk (figuur 2).

Patiënt

Tot slot kijken we natuurlijk ook naar uitkomstmaten die de patiënt het belangrijkste vindt. Patiënten met brandwonden gaven aan dat deze uitkomstmaten terugkeer naar een normaal functioneren en naar optimale zelfzorg zijn, en verder afwezigheid van pijn en jeuk.

Daarnaast gaven patiënten aan een aantal kenmerken van de brandwondenverpleegkundige belangrijk te vinden. Deze zijn vooral gerelateerd aan de wondverzorging.

Gedurende de wondverzorging heeft de patiënt het liefst een ervaren en competente verpleegkundige, die goed georganiseerd en systematisch werkt, geduldig en voorzichtig is, aandacht geeft, doet wat ze zegt, die laat zien dat ze over de juiste kennis beschikt en de patiënt voorziet in duidelijke en relevante informatie. Naast de wondverzorging vinden patiënten het belangrijk dat er voor afleiding wordt gezorgd als zij in langdurige isolatie moeten blijven (figuur 3).

Pijn

Opvallend is dat pijn een indicator is die uit alle perspectieven naar voren komt. Pijn is een belangrijke kwaliteitsindicator omdat het bijvoorbeeld de wondgenezing kan vertragen en mechanismen op gang brengt die kunnen leiden tot verhoogde gevoeligheid voor pijn op de langere termijn. Pijn kan de kans op ontwikkeling van een delier bij intensive care patiënten verhogen. Bovendien voorspelt angst voor pijn voor de wondverzorging posttraumatische stress symptomen.

Wat is er nog meer bekend over pijn als kwaliteitsindicator bij brandwonden? Wordt het gemeten en geregistreerd in de dagelijkse praktijk? En zo ja, doen we het dan allemaal op dezelfde manier? En als we het op de juiste manier meten, hoeveel pijn hebben onze patiënten dan? En is dat dan veel of weinig? Wat is eigenlijk de norm? Antwoorden op deze vragen stellen ons in staat om pijn te evalueren in de praktijk en in onderzoek binnen brandwondencentra.

Uit onderzoek is gebleken dat, hoewel patiënten veel variatie in pijn scores laten zien, hun gemiddelde pijn in rust niet hoger dan drie was als die met een visueel analoge thermometer werd gemeten. Hogere gemiddelden zijn gemeten met andere instrumenten. Ook procedurele pijn, de pijn tijdens de wondverzorging, varieerde, wanneer



Figuur 2. Perspectief professional



Figuur 3. Perspectief patiënt



Figuur 4. Mate van pijn

met verschillende instrumenten werd gemeten (figuur 4). Wat zegt nu een pijnscore van vier of vijf over de kwaliteit van de verpleegkunde? Is een pijnscore van vier of vijf acceptabel op een nul tot tien schaal? Afkappunten van vier en zeven worden veel gebruikt, ongeacht of dat nu postoperatieve pijn, chronische pijn of procedurele pijn betreft en ongeacht de patiëntenpopulatie. Om dit te kunnen generaliseren naar patiënten met brandwonden zou het eerst onderzocht moeten worden. Dit kan door de patiënt te vragen of de zelfrapportage van pijn ook draaglijk wordt gevonden.

Delier

De tweede belangrijke indicator die aandacht verdient is delier, dat in twee van de drie perspectieven naar voren komt. Delier is een acute staat van verwardheid en komt bij 13% van de patiënten met brandwonden voor (17). Het kan leiden tot negatieve uitkomsten, zoals verlengde opname-duur, ongunstige effecten op functionele uitkomstmaten, verhoogde mortaliteit en verhoogde zorgkosten. Belangrijk dus om het te voorspellen en te meten met de juiste instrumenten, zodat interventies kunnen worden ingezet om delier te voorkomen of de duur van een delier zo veel mogelijk te beperken. Op veel IC's wordt de CAM-ICU gebruikt. Voor patiënten met brandwonden blijkt de Intensive Care Delirium Checklist het meest geschikt te zijn zowel wat betreft de betrouwbaarheid en validiteit als ook de bruikbaarheid in de praktijk. Dus welke kies je dan als je deze indicator voor de kwaliteit van verpleegkunde wilt vergelijken met andere brandwondencentra? En welke interventies worden aan welke score gekoppeld? Het is aan de brandwondverpleegkundigen dit te inventariseren en af te stemmen met collega's van andere brandwondencentra.

Conclusie

Wat hebben we nu nodig om onze patiënten te voorzien in

de beste verpleegkundige kwaliteitszorg en hoe kunnen we laten zien dat die zorg goed is? We zouden om te beginnen een top vijf (inclusief pijn en delier) kunnen samenstellen uit de lijst van indicatoren afkomstig van de drie perspectieven en hierbij de meest geschikte instrumenten vinden of ontwikkelen. Dan kunnen we de indicatoren meten, evalueren en vervolgens eventueel verbeteren door ze te koppelen aan de meest effectieve interventies, met als uiteindelijk doel dat onze patiënten hun leven na de brandwonden weer zo goed mogelijk kunnen oppakken. Nog mooier zou zijn als we dezelfde indicatoren wereldwijd zouden gebruiken: 'one standard of burn care'.

Literatuur

1. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. **Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.** *Lancet*, 2014;383:1824-30.
2. Goyatá SL, Rossi LA. **Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs.** *Int J Nurs Terminol Classif*, 2009;20:16-24.
3. Zeilstra WCM. **De rol van de V&VN bij het onderwijs, onderzoek, praktijk en beleidsontwikkeling van de verpleegkundige beroepsuitoefening.** <http://wetenschap.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ZUvwFVqTgVw%3D> Gedownload op 1 februari 2015.
4. Ijkema R, Langelaan M, van de Steeg L, Wagner C. **What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients?** *Int J Qual Health Care*, 2014;26:41-8.
5. National Institute for Nursing Research. **Research highlights.** http://www.ninr.nih.gov/researchandfunding/symptommanagement#.VM4NjGiG_Cs Gedownload op 1 februari 2015.
6. International council of nurses. **Nursing matters 2014.** http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/15c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf. Gedownload op 15 februari 2015.
7. McCormack B, McCance T. **Person-centred Nursing.** Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd. 2010.
8. Sandoval S, Relan P, Thode Jr HC, Singer AJ. **Which burn outcomes are most important to patients?** *Journal of burn care and research*, 2014;35:S117.
9. Madjar I. **Giving comfort and inflicting pain.** Edmonton: Qual Institute Press, 1998:119-50.
10. Weinberg K, Birdsall C, Vail D, Marano MA, Petrone SJ, Mansour EH. **Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self-report.** *J Burn Care Rehabil*, 2000;21:155-6.
11. Breivik EK, Björnsson GA, Skovlund E. **A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data.** *Clin J Pain*, 2000;16:22-8.
12. De Jong AEE, Bremer M, Hofland HWC, Schuurmans MJ, Middelkoop E, van Loey NEE. **The visual analogue thermometer and the graphic numeric rating scale: A comparison of**

- self-report instruments for pain measurement in adults with burns.** Burns, 2015;41:333-40.
13. Byers JF, Bridges S, Kijek J, LaBorde P. **Burn patients' pain and anxiety experiences.** J Burn Care Rehabil, 2001;22:144-9.
 14. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, Cissé M, Lefrant JY, Jaber S. **The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales.** Pain, 2010;151:711-21.
 15. Wibbenmeyer L, Sevier A, Liao J, Williams I, Latenser B, Lewis R 2nd, Kealey P, Rosenquist R. **Evaluation of the usefulness of two established pain assessment tools in a burn population.** J Burn Care Res, 2011;32:52-60.
 16. Carrougher GJ, Ptacek JT, Sharar SR, Wiechman S, Honari S, Patterson DR, Heimbach DM. **Comparison of patient satisfaction and self-reports of pain in adult burn-injured patients.** J Burn Care Rehabil, 2003;4:1-8.
 17. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders among acute burn patients. Burns 2010, 36(7):1072-9.

** Alette de Jong, senior onderzoeker voor de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland en Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk.*