

Nader bekeken

De richtlijn ‘Wondzorg’, evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg

W. Ruigrok van der Werven*

Heb jij hem al gelezen? De richtlijn ‘Wondzorg’, evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg (3,4)? Voor mij kwam hij als een verrassing, een leuke verrassing wel te verstaan, want er is niet eerder een dergelijke richtlijn voor acute wonden (met uitzondering van brandwonden, maar die worden in deze richtlijn niet meegenomen) verschenen. Met veel plezier, maar soms ook met verbazing over de uitkomst heb ik hem bestudeerd. In dit artikel een samenvatting van deze richtlijn.

Deze richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de kernwerkgroep van de afdeling Kwaliteit & Procesinnovatie van het Academisch Medisch Centrum (AMC). Deze werkgroep werd bijgestaan door een indrukwekkende multidisciplinaire groep experts van mandaterende verenigingen en instanties, bestaande uit acht verenigingen van verschillende specialismen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), het WCS Kenniscentrum Wondzorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De richtlijn richt zich op de behandeling en organisatie, in zowel de eerste-, de tweede- als de derdelijns gezondheidszorg van acute wonden, om op basis van vijf knelpunten te komen tot een optimale behandeling voor patiënten met deze wonden. Deze knelpunten zijn:

- reiniging en ontsmetting,
- pijnbestrijding,
- instructies aan de patiënt,
- wondmaterialen,
- organisatie van acute wondzorg.

De aanbevelingen uit deze richtlijn zijn tot stand gekomen met de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) methodiek. De werkgroep heeft naast het wetenschappelijk bewijs ook andere aspecten als praktische overwegingen, patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van de behandelingsmogelijkheden of wondmaterialen en risico's mee laten wegen. Hieronder een beknopte weergave van de aanbevelingen, met soms daaraan toegevoegd mijn persoonlijke mening of een kritische vraag of kanttekening.

Baden doen eerder kwaad dan goed

1. Reiniging en ontsmetting

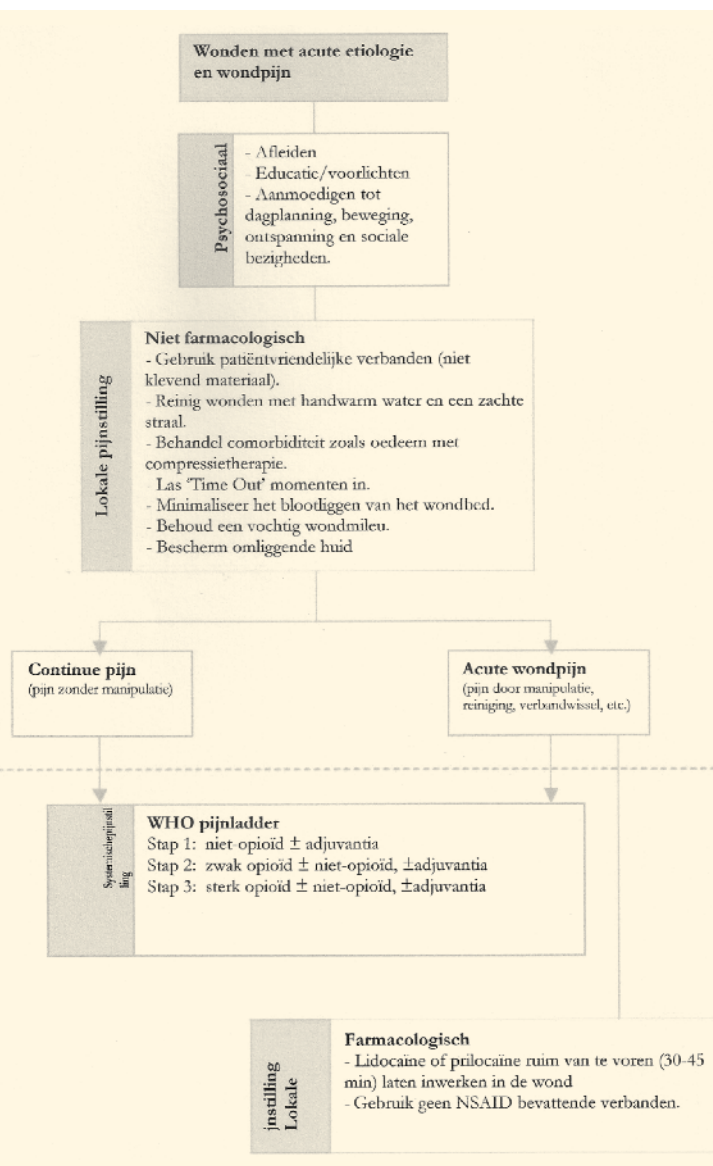
De aanbevelingen:

- Vuile open wonden, zoals straatwonden, bijtonden of snijwonden, dienen gereinigd te worden. Het advies is om daar een zachte straal lauwwarm kraanwater voor te gebruiken. Uit onderzoek is zelfs gebleken dat reiniging met fysiologisch zout een significant hoger risico op infecties laat zien in vergelijking met kraanwater, omdat een flesje fysiologisch zout, na opening, meerdere keren voor één of meer patiënten wordt gebruikt, waardoor de kans op contaminatie toeneemt. De kwaliteit van het kraanwater dient overigens ook in acht genomen te worden.
- De werkgroep is van mening dat het baden van wonden, in welke oplossing dan ook, of slechts in water, geen onderdeel van de wondreiniging behoort te zijn. De risico's van baden in diverse oplossingen zijn verweking van de omliggende huid, een verstoring van de vochtbalans van de wond en eventuele risico's op bacteriële besmetting.

Met deze eerste aanbeveling vind ik de richtlijn nu al een succes. Eindelijk zwart op wit en onderbouwd dat baden eerder kwaad dan goed doen aan een wond. Zegt het voort, zegt het voort en schuif iedereen die nog een Biotex-, Sunil- of sodabadge voorschrijft deze richtlijn onder de neus.

2. Pijnbestrijding

Wondpijn is in deze richtlijn onderverdeeld in acute wondpijn en continue wondpijn, omdat beide een andere oorzaak hebben en ook een andere aanpak vragen. Acute wondpijn wordt veroorzaakt door manipulatie (zoals chirurgisch wondtoilet, verbandwissels), terwijl bij conti-



Figuur 1. Stroomdiagram pijnbestrijding (2)

nue wondpijn de patiënt pijn ervaart zonder dat er gemanipuleerd wordt aan de wond.

De aanbevelingen (figuur 1):

- De werkgroep adviseert lidocaïne of prilocaïne toe te dienen via infiltratieanesthesie om lokaal acute wondpijn te bestrijden. Emla® wordt alleen aangeraden binnen het indicatiegebied, te weten intacte huid, genitale slijmvliezen of voor ulcera cruris.
- De werkgroep adviseert de WHO-pijnladder te hantieren bij het systemisch bestrijden van continue wondpijn.
- De werkgroep raadt het gebruik van lokale NSAID-bevattende schuimverbanden af om acute of continue wondpijn te bestrijden vanwege de beperkte hoeveelheid wetenschappelijk bewijs.
- Patiënten met wonden ervaren de verbandwissel als het meest pijnlijk, vooral als dit gepaard gaat met het

verwijderen van uitgedroogde of verklevende verbanden. De keuze van het verbandmateriaal, een niet verklevend verband, is een simpele en effectieve manier om pijnlijke verbandwissels te voorkomen. Ook voorlichting en het inlassen van 'time-outs' zijn hierbij mogelijkheden.

- Bij primair gesloten wonden (hechtwonden) en secundair granulerende wonden treden nauwelijks pijnklachten op (2,6). Wanneer deze pijnklachten optreden of in intensiteit toenemen zou dat kunnen duiden als een alarmteken voor kolonisatie of infectie van een wond.

3. Instructies aan de patiënt

Het doel van goede instructies geven aan de patiënt is een optimale wondgenezing bewerkstelligen waarbij begrip als therapietrouw, trouw aan de leefregels en ziekte-inzicht een belangrijke rol spelen.

De aanbevelingen:

- Bij een primair gesloten wond dient een wondverband uitsluitend te worden aangebracht om bloed of exsudaat op te vangen, of als een patiënt niet visueel geconfronteerd wil worden met zijn wond. Er is geen onderzoek van voldoende kwaliteit gevonden met betrekking tot wondinfecties tussen bedekte of onbedekte wonden.
- De werkgroep adviseert om kort (10 minuten) te douchen binnen 12 uur in de eerste lijn en na 24 uur in de tweede lijn, indien de patiënt met een primair gesloten wond dit wenst.
- De operateur dient iedere patiënt instructies te geven ten aanzien van mobilisatie.
- Wonden niet bloot stellen aan UV(A)-licht in de genezingsperiode voor de duur van minimaal 3 maanden.

De vraag die nu opkomt, is waarom er verschil bestaat in het advies tussen het nat worden van een primair gesloten wond in de eerste lijn en in de tweede lijn. Het antwoord daarop zit in het geringe aantal onderzoeken die er gedaan zijn op dit gebied. De werkgroep heeft in de aanbeveling strikt de uitkomsten van de beschikbare onderzoeken moeten weergeven vanwege het feit dat literatuuruitkomsten nu eenmaal zwaarder tellen dan de mening van de werkgroep. In dit specifieke geval vind ik dat jammer, want naar mijn mening bevat de werkgroep genoeg expertise en gewicht om hierin stelling te nemen en eenduidigheid te creëren door het advies voor zowel de eerste als de tweede lijn gelijk te trekken.

4. Wondmaterialen

Dit is een uitgebreid hoofdstuk waarin de werkgroep op basis van de wetenschappelijke literatuur en 'expert opinion' aanbevelingen doet voor verschillende wondtypes met acute etiologie, zoals schaaf-, bijt- en scheurwonden,

Tabel 1. Onderwerpen die gebruikt zijn voor zoektocht naar literatuur over diverse verbandmaterialen per type acute wond (2)

	Type wond	Interventie	Vergelijking
a	Primair gesloten wonden	Pleister of simpel gaas	Andere wondbedekkers of lokale wondmaterialen
b	Secundair genezende wonden Specifiek: donorsites	Gaas Alginaat, folie of hydrocolloïd	
c	Geïnfecteerde wonden	Lokale antiseptica	
d	Lekkende wonden	Absorberend verband	
e	Bijtwonden	Nat (kraanwater) gaas	
f	Schaafwonden	Vet gaas	
g	Skintears	Siliconen	

lekkende en geïnfecteerde wonden (tabel 1). De werkgroep is van mening dat er onduidelijkheid bestaat over de effectiviteit van wondmaterialen bij acute wonden, wondmaterialen verkeerd worden toegepast en er verschillende visies bestaan ten aanzien van de 'beste' wondzorg, zowel binnen de disciplines als tussen artsen en verpleegkundigen. Daarnaast ziet men in de overweldigende markt van wondverbandmaterialen tussen de bomen het bos niet meer.

Een primair gesloten wond, zonder lekkage, heeft geen wondbedekker nodig

De aanbevelingen (figuur 2):

- Een primair gesloten wond, zonder lekkage, heeft geen wondbedekker nodig. Slechts bij lekken van wondvocht of bloed, of als de patiënt er om vraagt omdat hij niet visueel geconfronteerd wil worden met de wond, volstaat een simpel gaas- of pleisterverband.
- Acute wonden behoeven in de meeste gevallen geen dure verbandmiddelen. De werkgroep adviseert bij secundair genezende, granulerende wonden een niet verklevend verband te gebruiken. De verbandkeuze dient aangepast te worden aan de omstandigheden van de patiënt, zoals wisselfrequentie, lekkage of pijn. Zowel een te droge als een lekkende wond kan zeer hinderlijk zijn voor de patiënt, maar kan worden opgelost door de juiste keuze van het verbandmateri-

aal. Bij donor site wonden wordt hydrocolloïden geadviseerd, met een folieverband als tweede keus.

- De werkgroep raadt het behandelen van geïnfecteerde wonden met lokaal antibiotica af in verband met allergieën, bijwerkingen en resistentievorming. De werkgroep is van mening dat een lokaal geïnfecteerde wond, na adequate reiniging het beste met honing of jodium behandeld kan worden.
- De werkgroep adviseert voor lekkende wonden een absorberend verband. Een verband met aanvullende absorptiecapaciteit kan worden ingezet wanneer de te verwachten lekkage hoog is. Wanneer extreme lekkage optreedt, dient aanvullende diagnostiek verricht te worden naar de oorzaak van de lekkage.
- Voor bijtwonden wordt een niet verklevend gaasverband geadviseerd, eventueel aangevuld met een absorberend verband. De patiënt dient instructies te krijgen met betrekking tot ontstekingsverschijnselen.
- Oppervlakkige, niet lekkende schaaftwonden kunnen drogen aan de lucht of bedekt worden met vaseline of simpele pleister. Overweeg bij pijn een (semi)-occlusief verband.
- Bij scheur- of lapwonden wordt geadviseerd deze, na adequate reiniging en fixatie, te bedekken met een niet verklevend verbandmateriaal, welke bij voorkeur niet binnen zeven dagen wordt verwisseld.

Op het derde punt wil ik iets uitgebreider ingaan. De werkgroep komt tot de conclusie dat er onvoldoende onderzoek van goede kwaliteit bestaat voor het gebruik van antiseptica. Omdat er geen antisepticum uitmunt, is de werkgroep van mening om jodium of honing te kiezen, op basis van de beschikbaarheid van het product, kennis over

het product en het verschil in eigenschappen tussen beide antiseptica. Echter, in datzelfde hoofdstuk beschrijft de werkgroep in een conclusie dat er minder infecties lijken voor te komen wanneer honing wordt vergeleken met jodiumproducten (1). Dit zou de voorkeur voor honing kunnen rechtvaardigen.

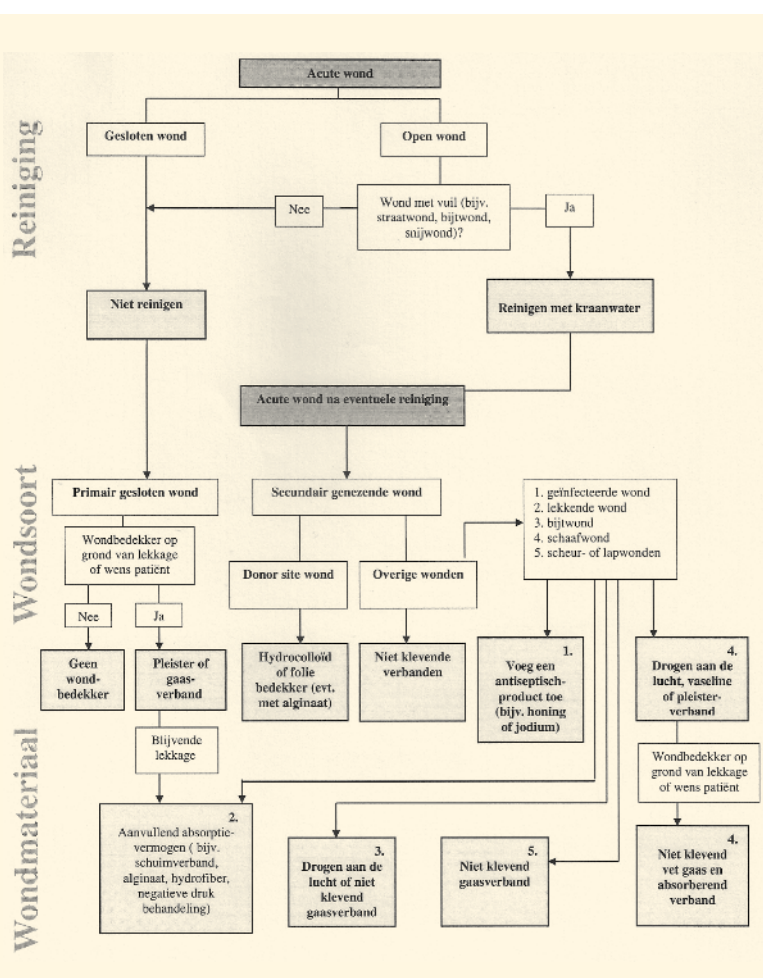
De werkgroep geeft verder aan dat er binnen de productgroepen zelf grote verschillen bestaan in werking en effectiviteit, zoals bij honingproducten. Honing is geen generiek product en, afhankelijk van de bron waar de honing vandaan komt, bestaan er grote verschillen in effectiviteit tussen de verschillende beschikbare honingpreparaten. De werkgroep is dan ook van mening dat in toekomstig onderzoek naar ontsmettingsmiddelen voor acute wonden honing en jodium moet worden meegenomen in één van de studiearmen. En waar zijn de populaire zilververbanden in dit verhaal? In WCS Nieuws nr. 3, 2012 heb ik de vraag al gesteld of na het zilver, honing het goud is in wondhandeling (5). Gaat dat nu bewaarheid worden? Het antwoord is dat zilver en andere lokale antiseptica door de werkgroep niet worden geadviseerd voor acute

wonden door gebrek aan overtuigend wetenschappelijk bewijs. Bij de werkgroep speelden ook andere overwegingen mee, zoals bekendheid met het product, verkrijgbaarheid, kosten en verzekering of vergoeding en gebruiksgemak. Met de aanbeveling in deze richtlijn lijkt het zilver, in ieder geval voor acute wonden, van het erepodium te zijn verstoet.

5. Organisatie van acute wondzorg

Niet alleen de inhoud, maar ook de organisatie van zorg is essentieel voor optimale ketenzorg voor patiënten met wonden. De werkgroep beschrijft verschillende knelpunten, waaronder de hoeveelheid disciplines die zijn betrokken bij de wondzorg, taakherschikking, wijze van communicatie, overdracht met thuiszorg en tegenstrijdige adviezen. De werkgroep heeft met betrekking daarop de volgende aanbevelingen gedaan.

- In de hele keten de acute wond classificeren en registreren volgens het rood-geel-zwart model, inclusief de vochtigheid van de wond door middel van 'droog', 'vochtig' of 'nat'.
- Het verdient aanbeveling om als aanvulling de TIME aanpak te hanteren om een uniform en systematisch wondbeleid te creëren.
- Bij overdracht tussen verschillende disciplines dienen gegevens overgedragen te worden over wondkenmerken, beloop van de wondgenezing, patiëntkenmerken, diagnose- en behandelplan, te bereiken doelen en taken en verantwoordelijkheden.
- Er dienen duidelijke afspraken te zijn binnen de regionale keten bij welke indicaties een patiënt naar wie wordt doorverwezen of terugverwezen.
- Er dient aangegeven te worden wie de behandeling heeft uitgevoerd en wie daarvoor verantwoordelijk is.
- Heelkundige handelingen bij patiënten met acute wonden worden uitgevoerd door zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren (artsen, verpleegkundig specialisten of physician assistants) of dienen overgedragen te worden aan niet zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren (verpleegkundigen en verzorgende individuele gezondheidszorg). Hierbij dient de wet BIG in acht genomen te worden.
- Uitsluitend recept (UR) geneesmiddelen kunnen worden voorgeschreven door een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (artsen, verpleegkundig specialisten of physician assistants), onder strikte voorwaarden van de geneesmiddelenwet en de wet BIG.
- De werkgroep is van mening dat het wondbeleid schriftelijk dient te worden vastgelegd, bij voorkeur door een verpleegkundig specialist, of door een verpleegkundige met wondspecialisatie, waarbij de wensen en de voorkeuren van de patiënt worden meegenomen. Het wondbeleid kan vervolgens door alle zorgbekwame zorgverleners worden uitgevoerd.



Figuur 2. Stroomdiagram wondbehandeling acute wonden (2)

Beschouwing

Deze richtlijn is een aanwinst voor iedereen die met acute wonden te maken heeft. Het geeft concrete aanbevelingen over de behandeling en de organisatie van acute wonden waarmee de zorg effectiever en zeker ook goedkoper kan worden. Echter, de mate van bewijskracht van de beschikbare wetenschappelijke resultaten voor de knelpunten bleek gering, zodat vaak de mening van de experts nodig was bij de totstandkoming van de aanbevelingen (4). Deze aanbevelingen zullen daarmee zeker stof doen opwaaien en aanleiding tot discussie geven. Er blijft dus behoefte aan het ontwikkelen van nieuwe kennis op basis van goed opgezet en uitgevoerd onderzoek. Wat mij betreft ligt hier een uitdaging voor allen die zich graag met wondbehandeling bezig houden. Onderzoek en publiceer!

Literatuur

1. Al-Waili NS, Saloom KY. 1999 **Effect of topical honey on post-operative wound infections due to gram positive and gram negative bacteria following caesarean sections and hysterectomies**. Eur J Med Res; 4:126-130.
2. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Miaskowski C. 2009 **Acute wound pain: gaining a better understanding**. Adv Skin Wound care; 22:373-380
3. Brölmann FE, Vermeulen H, Go PMNYH, Ubbink DT. 2013 **Richtlijn 'Wondzorg'. Evidence-based richtlijn van wonden met een acute etiologie**. Concept richtlijn.
4. Brölmann FE, Vermeulen H, Go PMNYH, Ubbink DT. 2013 **Richtlijnen. De behandeling van acute wonden: 7 tips**. Ned Tijdschr Geneesk; 157:A6086.
5. Ruigrok van der Werven W, Thies A. 2012 **Casus honingverband. Is na het zilver, honing het goud in wondbehandeling?** WSC Nieuws, 28(3).
6. Ubbink DT, Vermeulen H, Goossens A, Kelner RB, Schreuder SM, Lubbers MJ. 2008 **Occlusive versus gauze dressings for local wound care in surgical patients: a randomized clinical trial**. Arch Surg; 143(10):950-5.

* *Wilma Ruigrok van der Werven MA ANP, verpleegkundig specialist intensief klinische zorg, chirurgie en dermatologie Albert Schweitzer ziekenhuis, Zwijndrecht/Dordrecht*

Contact

w.ruigrokvanderwerven@gmail.com