

# Nieuwe richtlijn schetst de route voor optimale zorg voor brandwondenpatiënten

F. van Wijck \*

**De nieuwe richtlijn Zorg voor patiënten met brandwonden moet een eind maken aan de situatie waarin patiënten soms niet worden doorverwezen naar een van de brandwondencentra terwijl dit feitelijk wel nodig is, of wel worden doorverwezen zonder dat hiervoor voldoende reden bestaat. En als patiënten niet worden doorverwezen geeft deze richtlijn de medisch professional de handvatten om de juiste zorg aan deze brandwondenpatiënten te geven. De richtlijn is eerder dit jaar goedgekeurd en kan nu dus in de praktijk worden geïmplementeerd.**

Jaarlijks melden zich ruim 80.000 mensen met brandwonden bij de huisarts, huisartsenpost of spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Degenen met de meest ernstige brandwonden worden doorverwezen naar een van de gespecialiseerde brandwondencentra in Groningen, Beverwijk of Rotterdam. Maar de patiënten die kleinere brandwonden hebben, worden buiten die centra behandeld. Kees Hoogewerf, richtlijnontwikkelaar bij de Nederlandse Brandwonden Stichting, vertelt: 'Er bestond al een richtlijn over wat gedurende de eerste 24 uur met de patiënt dient te gebeuren. Die gaat over de opvang ter plaatse, de opvang en opname in het ziekenhuis, en de vraag of de patiënt wel of niet naar een brandwondencentrum moet worden doorverwezen. Maar met alleen de juiste eerste opvang zijn we er nog niet.'

Rob van Komen, teamleider van Brandwondencentrum Rotterdam en als werkgroepslid betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn, erkent dit. 'Met deze eerste richtlijn was niet geborgd dat de zorg voor patiënten die niet hoeven worden doorverwezen naar een van de brandwondencentra overal in het land uniform wordt vormgegeven', zegt hij. 'In onze regio ben ik als spreker betrokken geweest bij heel veel informatiebijeenkomsten over dit onderwerp. Maar daar komt niet iedereen naar toe en je weet ook niet of degenen die er wel komen de aangereikte informatie goed benutten. Het gevolg van het ontbreken van landelijke uniformiteit was dat we in de praktijk toch vaak onduidelijkheid zagen over het correct interpreteren van de diepte van de wond, het percentage van het lichaam dat is aangedaan, of de vraag of de verbranding leidt tot een functionele beperking. Dit zijn de criteria waarop wordt bepaald of doorverwijzing naar een brandwondencentrum wel of niet aan de orde is, en onduidelijkheid erover betekent dat die verwijzing niet altijd goed verloopt. Soms worden patiënten doorverwezen terwijl dit feitelijk niet

nodig is. Op zich niet heel erg, maar het kan bij mensen voor onrust zorgen, en het betekent voor de centra bovendien dat de capaciteit voor patiënten die onze gespecialiseerde zorg wél nodig hebben wordt beperkt. Omgekeerd betekent het ook dat patiënten soms niet worden doorverwezen terwijl dit juist wel nodig is. Dan blijft het de patiënt ontbreken aan gespecialiseerde wondzorg en moet hij na verloop van tijd alsnog worden doorverwezen. Met het risico dat dan al, uiteraard onbedoeld, schade is toegebracht die had kunnen worden voorkomen, of die in ieder geval beperkt had kunnen worden.' Hoe vaak verloopt het behandelproces niet zoals het hoort te verlopen? Op die vraag zegt Hoogewerf geen concreet antwoord te kunnen geven. 'We hebben relatief weinig zicht op wat er buiten de brandwondencentra gebeurt', zegt hij. 'Maar onder andere via de brandwonden informatielijn weten we wel dat patiënten veel vragen hebben. Op die informatielijn komen bovendien ook wel eens vragen van huisartsen binnen. Dat is een indicatie, maar: we weten niet wat we niet weten. In ieder geval weten we dat het voorkomt dat grote brandwonden worden onderschat en kleine brandwonden worden overschat. We gaan dus zeker monitoren of dit met de implementatie van beide richtlijnen beter wordt.'

## Gerichte ondersteuning bieden

Er bestond dus duidelijk behoefte aan een tweede landelijke richtlijn, specifiek bestemd voor de huisartsen, de huisartsenposten en de ziekenhuizen, die de hierboven door Van Komen beschreven onduidelijkheden wegneemt. 'Het is de professionals die daar werken niet kwalijk te nemen dat ze niet altijd goed weten hoe ze moeten handelen', zegt Hoogewerf. 'Als je die 80.000 patiënten per jaar verdeelt over alle huisartsen en huisartsenposten in ons land, is meteen duidelijk dat het aanbod van brandwondenpatiënten per locatie niet bijzonder groot is.'

Het is voor veel van die professionals geen routinezorg. Desondanks gaat de zorg gelukkig heel vaak wél goed. Maar met de nieuwe richtlijn willen we deze professionals gericht ondersteunen en voorkomen dat in het grijze gebied dat Rob beschreef toch verkeerde beslissingen worden genomen.'

*Je moet als behandelaar zorgen dat je de alarmbellen herkent en dus weet wanneer je een patiënt alsnog moet doorverwijzen*

De richtlijn was dus nodig omdat er in de praktijk verschillende knelpunten bleken te zijn, vat Hoogewerf samen. 'Hierbij hoort naast de al genoemde ook nog het tijdig herkennen van een afwijkend beloop van het genezingsproces. Je moet als behandelaar zorgen dat je de alarmbellen herkent en dus weet wanneer je een patiënt alsnog moet doorverwijzen of in ieder geval de behandeling moet aanpassen of opschalen. Verder zaten de zorgprofessionals en de patiëntenvereniging, die actief bij het opstellen van de nieuwe richtlijn betrokken was, op één lijn: de richtlijn moest helderheid bieden over vragen over pijn en pijnbeleving, nabehandeling en psychosociale begeleiding. Dit laatste moet niet worden onderschat. Je bent er als brandwondenpatiënt meestal bewust bij en beleeft dus wat er met je lichaam gebeurt, zowel tijdens het ontstaan van de brandwond als tijdens de wondverzorging. Dat kan een enorme impact hebben.'

### Aansluiten bij de praktijk

Bij de opzet van de nieuwe richtlijn is gebruik gemaakt van de kennis die al was opgedaan bij het schrijven van de eerste. Samen met alle betrokken partijen (zie kader) is een inventarisatie van de knelpunten gemaakt. Om een antwoord te geven op die knelpunten is systematisch gezocht naar wetenschappelijke literatuur om tot de beste evidence te komen. Vervolgens is dit gecombineerd met de klinische relevantie, het patiënten perspectief en het professionele perspectief, waarbij steeds de weging is gemaakt van hoe praktisch toepasbaar het beschikbare bewijs is. 'Misschien is een wondverband wel zo specifiek dat een huisarts dat niet op voorraad heeft in zijn praktijk', zegt Hoogewerf. 'Als je met dat soort dingen rekening houdt, kom je tot concrete oplossingen die aansluiten bij de praktijk. Om deze afweging goed te kunnen maken is het essentieel om alle relevante disciplines in de werkgroep vertegenwoordigd te hebben, van huisarts tot gespecialiseerde brandwondenprofessional. De centra hebben namelijk kennis van de state of the art brandwondenzorg, maar hebben niet voldoende voor ogen hoe het er in de huisartspraktijk aan toe gaat. En de huisartsen hebben op hun beurt weer geen tijd om die state of the art bij te

Bij de totstandkoming van de richtlijn zorg voor patiënten met brandwonden waren betrokken:

#### Initiatiefnemers

- Brandwondenzorg Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

#### Organisatie

- Nederlandse Brandwonden Stichting
- CBO, a TNO Company

#### Mandaterende verenigingen en instanties

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Nederlandse Vereniging voor Brandwondenzorg
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Kinderchirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie
- Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland
- Vereniging van Mensen met Brandwonden
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- WCS Kenniscentrum Wondzorg

houden. Je hebt elkaar dus nodig om een goed midden te vinden. Tijdens de besprekingen merkten we overigens dat de opvattingen van de verschillende zorgprofessionals niet ver van elkaar af stonden. Ze luisterden goed naar elkaar, het proces verliep harmonieus. Ook de relatie met de patiëntenvereniging was prettig. De vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging hadden naast hun ervaring als brandwondenpatiënt ook kennis van de medische wereld. Dit maakte het eenvoudiger om de evidence en de klinische informatie te combineren met de input vanuit de patiëntenvereniging waardoor het patiëntperspectief optimaal belicht wordt. Bijzonder is dat in de nieuwe richtlijn de evidence protocollen in het Engels zijn opgenomen. 'Wil een ander land ook zo'n richtlijn maken, dan hoeven ze dat deel van het werk dus niet opnieuw te doen', geeft Hoogewerf als reden voor deze beslissing. 'Zelf hebben we goed gebruik gemaakt van de Nieuw-Zeelandse richtlijn, waarin ook deze evidence-tabellen waren opgenomen.' De eerste richtlijn wordt nu aangepast op basis van de sinds de publicatie beschikbaar gekomen nieuwe evidence. 'We gaan daarin die tabellen ook in het Engels opnemen', zegt Hoogewerf.

## Nu de implementatie

De richtlijn is in april formeel goedgekeurd, dus nu worden de protocollen geschreven voor de implementatie ervan.

Die zou in principe vlot moeten kunnen verlopen, stelt Van Komen. 'Alle relevante beroepsgroepen waren immers bij de totstandkoming van de richtlijn betrokken', zegt hij. 'Ze zijn dus op de hoogte. Bovendien zullen we de komst en het belang van de nieuwe richtlijn de komende tijd veelvuldig onder de aandacht brengen bij vergaderingen, symposia en de scholingen die we verzorgen voor huisartsen, thuiszorgorganisaties et cetera.' Wat de implementatie zal vereenvoudigen, is dat de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn overzichtelijk zijn weergegeven in vier stroomschema's. Professionals zijn hierdoor in staat om snel te beoordelen hoe het behandeltraject moet verlopen.

Hoogewerf: 'Voor de eerste richtlijn hadden we dit ook al gedaan. We hebben inmiddels die stroomschema's vertaald in een app ([app.brandwondenzorg.nl](http://app.brandwondenzorg.nl)). Die is nu gelanceerd en zal in de komende periode worden geëvalueerd. Als blijkt dat hij werkbaar is en goed gebruikt wordt, kunnen we ook voor de vier stroomschema's in de nieuwe richtlijn weer zo'n app ontwikkelen. De opzet van de richtlijn is echt in alle opzichten zo praktisch mogelijk, we hebben er alles aan gedaan om de gebruiker zo snel en zeker mogelijk bij het juiste behandelplan te laten uitkomen. Bovendien hebben we de contactgegevens van de brandwondencentra opgenomen, voor wie toch nog wil overleggen bij twijfel.'

De richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en de Nederlandse Brandwonden Stichting. De richtlijn is digitaal beschikbaar via [www.brandwondenzorg.nl/voor-zorgprofessionals/richtlijnen](http://www.brandwondenzorg.nl/voor-zorgprofessionals/richtlijnen).

\* *Frank van Wijck, freelance journalist*