

# Verslag van het EWMA-congres 2017 in Amsterdam

M. Kemmeren\*

Eindelijk was de EWMA (European Wound Management Association) in Amsterdam voor een congres van 3 tot 5 mei 2017. Het congres is mede georganiseerd door WCS Kenniscentrum Wondzorg. Er waren 4.394 bezoekers uit de hele wereld in de RAI en ze werden op Nederlandse wijze verwelkomd (foto 1). Ze konden meer dan 900 presentaties bijwonen. Het wordt het grootste evenement op het gebied van wondbehandeling in Europa genoemd en dat is niet voor niets. Het thema van dit jaar was: 'Change, opportunities and challenges - wound management in changing healthcare systems.'



Foto 1. Bezoekers werden op de eerste dag verwelkomd op Nederlandse wijze

## Congres dag 1

Na een spectaculaire opening kwamen in een plenaire sessie vier professionals uit Europa, Amerika, Nederland en Nieuw-Zeeland spreken over het thema van het congres. Vanuit de verschillende landen werd een beeld geschetst van de veranderingen binnen de wondbehandeling nu en in de toekomst. De volgende veranderingen, uitdagingen en kansen werden genoemd: Mensen worden ouder, waardoor er een toename is van chronische ziekten; politieke veranderingen, zoals in Amerika, waar de nieuwe president weer andere ideeën heeft over het huidige gezondheidzorgsysteem; de verschillende gezondheidszorg systemen in diverse landen die allen op andere wijze gefinancierd worden; zorgverzekeraars die voor een groot deel mee willen bepalen welk verband er vergoed wordt, maar ook het kennisniveau van patiënt en verpleegkundige en wat dacht je van de schaarste van de verpleegkundige op de arbeidsmarkt. Hierna heb ik een sessie bijgewoond waar Matthias Augustin sprak over 'Chronic Venous Disease management'. Als verzekeringsmaatschappijen

alle vormen van compressie gaan vergoeden, verminderen de kosten van de behandeling van het veneuze ulcus cruris. Robert Damstra sprak hierna over 'Oedema prevention as anti-woundstrategy in an expert center for wound and compression care'. Zijn betoog was gericht op het zo vroeg mogelijk starten met de behandeling van een ulcus cruris en de focus leggen op vroege diagnostiek en preventie. Verder is een goede organisatie van de wondbehandeling met een multidisciplinair behandelteam belangrijk en het meten van de effecten van de behandeling. Hij adviseerde het expertdocument 2015 'Compressietherapie aan de onderste extremiteiten' (WCS en NVDV) te gebruiken bij de inzet van het juiste compressiemiddel. Hierna vertelde Maud Heinen over haar onderzoek in 2011 'Lively legs. increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients'. Het onderzoek geeft inzicht in de gezondheidsproblemen die patiënten met een ulcus cruris ervaren en de invloed van een evidence based programma om gezondheidsgedrag bij patiënten te veranderen. De conclusie van het onderzoek vertelde ons dat aanpassing van leefstijl bij ulcus cruris zorgt voor minder recidieven. Mijn nieuwsgierigheid was gewekt en ik besloot de workshop van medeonderzoeker Irene van Glind te gaan volgen. Irene van Glind gaf de workshop 'leefstijlbegeleiding: lively legs'. Haar presentatie was 'ulcus cruris meer dan wondzorg en compressie'. Het programma lively legs is ontwikkeld om de patiënt in zes gesprekken met een getrainde verpleegkundige te motiveren tot gedragsverandering. Het doel is therapietrouw te bevorderen en het aanpassen van de leefstijl. De gebruikte methode is motivation interviewing. Tijdens de workshop kregen we met elkaar de gelegenheid om te oefenen in motivational interviewing en te ontdekken wat deze gesprekstechniek voor invloed heeft op gedrag. Op het einde van de eerste dag heb ik de inspirerende workshop 'wounddebridement' door Jürg Traber (vaatchirurg in Zwitserland) gevolgd. We werden meegenomen in de wereld van het scherp debride-



Foto 2. Debridement oefenen op varkenspoot

ren. Alle materialen werden uitgelegd en er werd geoefend op een varkenspoot (foto 2). Zowel scalpel, dermacutter en scherpe lepel kwamen aanbod. Er was aandacht voor de verschillende huidlagen en de verschillende weefsels die je tegenkomt. Hoe hanteer je je scalpel en welke maat neem je voor welke wijze van debrideren. Ook het hechten werd geoefend.

### Congres dag twee

Dag twee begon lekker vroeg. Om acht uur zat ik bij de eerste workshop: 'eczeem bij ulcus cruris' door Michael Mühlstadt en Luc Gryson. Michael vertelde over het herkennen van eczeem. Er werd uitgebreid ingegaan op de bereiding en werking van zalven, crèmes, lotions, emulsies, pasta's en gels via de driehoek van Polano. Vooral de emulgatoren, die zorgen dat twee stoffen kunnen mengen, kunnen klachten geven omdat sommige patiënten hier niet tegen kunnen. Ik vond het jammer dat niet specifiek werd in gegaan op de behandeling van eczeem, maar de workshop beperkte zich tot de behandeling van huidproblemen. In groepjes mochten we verschillende zalven, crèmes, emulsies, oliën en pasta's ervaren. De sessie van Bibi van Montfrans ging over 'how to measure success in wound healing? The dermatologist's perspective'. Waarom meet je, wat meet je en welke patiëntengroep/activiteit meet je? Haar betoog ging voornamelijk over de manier waarop gemeten wordt. Meet je voor en na een behandeling om de effecten te kunnen bepalen, meet je kwaliteit van leven, met welk doel meet je, etc. Meet je voor onderzoek of om je eigen behandeling te verbeteren of om de patiënten beter te kunnen voorlichten. Een flink bezochte presentatie. Jammer dat niet specifiek over meetinstrumenten die in de dermatologie gebruikt worden werd gesproken. Dan naar de volgende sessie waar specifiek een meetinstrument werd gepresenteerd, namelijk: 'the triangle of wound assessment'. In de sessie werd het instrument uitgelegd, hoe je dit kunt implementeren en hoe je je collega's enthousiast kunt maken om dit instrument te gaan gebruiken. Emmy Muller vertelde over de 'Triangle of woundassessment' (foto 3).

Een wondbehandeling start met een wondanamnese. Het is een belangrijke fase, omdat de informatie die je krijgt

sturend is voor de wondbehandeling. In de 'triangle of woundassessment' wordt de patiënt holistisch benaderd. De achtergrond van de patiënt, cultuur, sociale context, kennis en doelen, worden besproken. In een optimale behandeling neem je de patiënt hierin mee. Als je naar de wond kijkt, kijk je naar de wondbodem, de wondranden en de huid rondom de wond. Hierna beschrijf je de doelen samen met de patiënt. Een mooi, eenvoudig instrument wat mijns inziens implementeerbaar is binnen verschillende organisaties. Dermatoloog Kirsi Isoherranen uit Finland sprak over 'A typical wound - tools to make the diagnosis and treat the patient'. Vooral hoe herken je ze en hoe behandel je ze. Een praktische workshop die veel handvatten geeft voor in de praktijk. Hoe herken je een ulcus van Martorell, een vasculitis, een pyoderma gangrenosum, een huidmaligniteit, etc. Er kwam vooral naar voren dat de medische voorgeschiedenis belangrijk is bij de diagnostiek. Een niet genezend ulcus, zeer pijnlijk bij een patiënt met hypertensie, dan kun je denken aan een ulcus van Martorell. Door deze informatie was het herkennen van de foto's met de verschillende ulcera een makkie.

### Congres dag drie

Dag drie, weer vroeg uit bed om de eerste sessies bij te wonen. Ik wilde de gastsessies bijwonen van de ICC (International Compression Club). Ondanks het vroege tijdstip zat de zaal bijna helemaal vol, met opvallend veel mannen van 65+ in pak. Robert Damstra, sprak over: 'chronic edema and lymphedema. The same?' Hij vertelde over nieuwe inzichten. Er is altijd gedacht dat de terugvloed van oedeem voor 90% via het veneuze stelsel gaat,

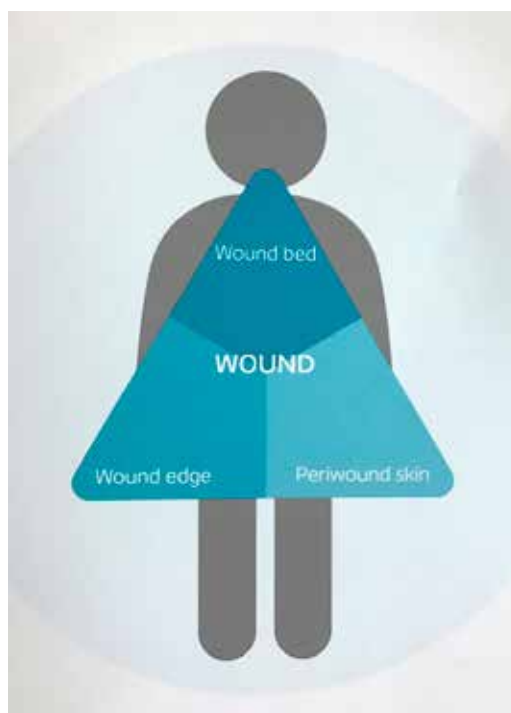


Foto 3. 'Triangle of woundassessment'

echter dit gaat 100% via het lymfatisch systeem. Om oedeemreductie te bewerkstelligen kun je niet veel meer verbeteren aan het lymfatische stelsel want dit werkt al op volle toeren. Je moet je richten op compressie! Net als een wond is ook lymfoedeem geen diagnose, het onderliggend lijden moet gediagnostiseerd worden. Lymfoedeem is (in tegenstelling tot wat altijd gedacht werd) bij sommige patiënten reversibel, door gedragsverandering en leefregels, waaronder gewichtsvermindering, compressie, bewegen, etc.

Christine Moffatt vertelde over het LIMPRINT onderzoek: 'epidemiology: swollen legs, a new epidemic'. Ze voerde dit onderzoek voor de ILF (International Lymphoedema Framework) uit. Ze gaf aan dat de invloed van chronisch oedeem op de kosten van de gezondheidszorg wordt onderschat. Er zijn geen data. Ze wil het aantal lymfoedeem (primair en secundair) patiënten met wonden en de invloed van lymfoedeem op de patiënt en de gezondheidszorg onderzoeken. Het onderzoek wordt in juni 2017 op de ILF-conferentie gepresenteerd. Waldemar Olszewski sprak over 'hydromechanics and ICG imaging of edema fluid flow in edematous tissues'. Hij vroeg zich af welke druk te geven om oedeem te verplaatsen? Wat gebeurt er tijdens manuele drainage? Zodra je de handen weg haalt vloeit het oedeem gelijk weer terug naar de interstitiële ruimte. Compressie is effectiever want druk wordt continue toegepast en oedeem blijft weg. De pneumatische lymfapress verplaatst het oedeem door druk, maar je hebt ook tijd nodig om het oedeem te verplaatsen. Wat er precies onder de huid gebeurt vraagt nog verder onderzoek.

Hierna ging ik naar de gastsessie van de V&VN Wondexpertise. De sessies die ik zeker wilde bezoeken in verband met de presentatie van het concept 'kwaliteitsstandaard complexe wond' door het Wondplatform. Sandra Jansen presenteerde 'The role of the casemanager complex wound management, Dutch nurses perspective'. De belangrijkste vraag die gesteld werd was wie moet de rol van casemanager op zich nemen tijdens de wondbehandeling van complexe wonden? Aan de hand van de indicatorenset wondexpertisecentra van de V&VN in 2011, werd geconcludeerd: de wondconsulent of verpleegkundig specialist. Hierna kwam Zena Moore met: 'Who is the case manager of the complex wound management, international perspective'. Een presentatie die mij aan het denken zet. Ze vroeg zich af waarom er zoveel verschillende namen zijn voor wondprofessionals: wondverpleegkundige, wondconsulent, aandachtsvelder wond en verpleegkundig specialist. Ze vindt dat er één wondprofessional moet komen die in alle Europese landen kan werken, met de hoogste opleiding. Aan de hand van de competenties komt ze tot de volgende conclusie: de casemanager moet zijn degene met de kennis, vaardigheden en de competenties in complexe

wondbehandeling en ze moet een zelfstandige bevoegdheid hebben! Hier sluit de sessie van het wondplatform mooi op aan. Robbert Meerwaldt vertelt zeer boeiend en duidelijk over Concept Quality standard complex wound care in the Netherlands. De kwaliteitsstandaard is geen recept voor welk verbandmateriaal je op welke wond hoort te doen, maar het is een duidelijk kader voor de organisatie van de wondzorg in Nederland. De kaders zijn scherp, maar met de mogelijkheid om toe te passen op de situatie binnen je eigen regio. Opvallend vond ik dat er geen definitie 'complexe wond' werd gegeven, maar een wondclassificatie. Heel prettig vind ik de termijn van drie weken waarin bij uitblijven van wondgenezing doorverwezen dient te worden naar het expertteam of het ziekenhuis. De termen expertteam en regiebehandelaar zijn nieuw. Regiebehandelaar hoeft niet altijd een medicus te zijn, maar wel iemand met een academische opleiding. De patiënt staat centraal, vanuit de patiënt is een duidelijk patiënten traject geformuleerd. De bekostiging zal betrekking hebben op de gehele ketenzorg. Veel om over na te denken, maar ik ben optimistisch!

De laatste middag ben ik vooral gaan kijken naar de industrie en de nieuwe ontwikkelingen die de komende maanden ook in Nederland gepresenteerd gaan worden. Een vogelvlucht:

- Een wondbedekker gemaakt van vishuid. De vishuid lijkt veel op de huid van de mens waardoor het een perfecte basis is voor de ingroei van huidcellen en bloedvaten.
- Een meetinstrument voor het lokaliseren van lokaal oedeem, vooral bedoeld voor het verzamelen van data.
- Een nieuw Total Contact Cast systeem dat snel en eenvoudig aan te leggen is (tien minuten). Zelfs voor in de thuissituatie door een specialistisch verpleegkundige.
- Een schuimverband dat flexibeler is op ronde lichaamsdelen. Het heeft zichtbare absorptie van wondexsudaat waardoor je beter kan bepalen wanneer de pleister vervangen moet worden. Er zitten gaatjes in waardoor het exsudaat sneller geabsorbeerd wordt.
- Veel verschillende manieren van negatieve druk. Sneller aan te brengen en huidvriendelijker.
- Een behandelstoel voor morbide obese patiënten van >300 kg, speelt in op zwachtelen zonder dat de professional hoeft te bukken. Ergonomisch verantwoord!

Hierna naar huis, moe en voldaan. Terwijl ik naar de trein liep zag ik de pamfletten buiten hangen: volgend jaar EWMA 2018 in Polen, in Krakow. Hopelijk kan ik hier ook weer bij zijn.

\* Margot Kemmeren, wondconsulent *Beweging 3.0*