

Eva Verkerk

PhD student, IQ healthcare
Radboudumc, Nijmegen

Getty Huisman

senior onderzoeker, IQ healthcare
Radboudumc, Nijmegen

Tijn Kool

senior onderzoeker, IQ healthcare
Radboudumc, Nijmegen

Simone van Dulmen

senior onderzoeker, IQ healthcare
Radboudumc, Nijmegen

RICHTLIJN VOOR ACUTE WONDEN NOG TE
WEINIG NAGELEEFD

Minder wondzorg is soms beter



GETTY IMAGES

Artsen en verpleegkundigen verlenen nog regelmatig niet-gepaste zorg bij acute wonden. Hoe het wél moet, staat beschreven in een richtlijn. Maar die wordt niet altijd opgevolgd, blijkt uit onderzoek van IQ healthcare.

Behandeling van acute wonden is dagelijkse praktijk voor alle zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn. Maar doordat er zoveel verschillen zijn in soorten wonden, in beschikbare verbandmaterialen en in opinies over de behandeling, bestaat er een enorme variatie in de wondzorg. Dit beïnvloedt de kwaliteit van zorg en brengt hoge kosten met zich mee.

In 2013 is de multidisciplinaire richtlijn voor acute wondzorg in de ketenzorg ontwikkeld, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Uit deze richtlijn heeft de richtlijnwerkgroep in 2014 de vijf 'Verstandige Keuzes bij een acute wond' gekozen (zie kader).¹

Verstandige Keuzes zijn evidencebased aanbevelingen waarmee zorgverleners en patiënten samen beslissingen kunnen nemen over de best passende zorg. Ze gaan over vormen van zorg waarbij terughoudendheid op zijn plaats is. De Verstandige Keuzes bij een acute wond zijn destijds onder de aandacht gebracht in het onderwijs voor wondconsulenten en via de nieuwsbrieven en websites van de ontwikkelende organisaties. Maar veel artsen en verpleegkundigen zijn hiervan niet op de hoogte, of doen er althans in de praktijk niks mee. Zo bleek uit ons onderzoek hiernaar, dat bestond uit een vragenlijst en interviews en dat tevens een aantal belemmerende factoren ten aanzien van deze kennis aan het licht bracht.

Vragenlijst

Op de vragenlijst hebben 171 verpleegkundigen en 71 artsen gereageerd, werkzaam in 35 ziekenhuizen. Minstens driekwart van de verpleegkundigen is op de hoogte van de Verstandige Keuzes.

Artsen zijn iets minder vaak op de hoogte, maar dit verschilt per aanbeveling (zie tabel).

De aanbevelingen 'Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout' (1) en 'Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat' (4)

zijn het minst bekend onder verpleegkundigen. De aanbeveling 'Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond' (3) is het minst bekend onder artsen. Een deel van de geënquêteerden die de Verstandige Keuzes wel kennen, geeft aan er in de praktijk soms niet naar te handelen. Dat betrof vooral de aanbevelingen 'Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout' en 'Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond', en gold met name onder artsen.

KENNIS EN TOEPASSING VAN DE VERSTANDIGE KEUZES: ENQUÊTERESULTATEN

	Verpleegkundigen	Artsen
1. Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout	n=153	n=67
Ja, ik ken deze aanbeveling...	117 (76,5%)	55 (82,1%)
...en handel ernaar	95 (81,2%)	36 (65,5%)
...maar handel anders in de praktijk	22 (18,8%)	19 (34,5%)
Nee	36 (23,5%)	12 (17,9%)
2. Week de wond niet in een badje met reinigingsmiddel	n=152	n=67
Ja, ik ken deze aanbeveling...	138 (90,8%)	58 (86,6%)
... en handel ernaar	132 (95,7%)	57 (98,3%)
... maar handel anders in de praktijk	6 (4,3%)	1 (1,7%)
Nee	14 (9,2%)	9 (13,4%)
3. Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond	n=148	n=65
Ja, ik ken deze aanbeveling...	137 (92,6%)	44 (67,7%)
... en handel ernaar	115 (83,9%)	30 (68,2%)
... maar handel anders in de praktijk	22 (16,1%)	14 (31,8%)
Nee	11 (7,6%)	21 (32,3%)
4. Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat	n=151	n=67
Ja, ik ken deze aanbeveling...	131 (86,8%)	49 (73,1%)
... en handel ernaar	123 (93,9%)	47 (95,9%)
... maar handel anders in de praktijk	8 (6,1%)	2 (4,1%)
Nee	20 (13,2%)	18 (26,9%)
5. Stuur een patiënt nooit zonder leefregels naar huis	n=153	n=67
Ja, ik ken deze aanbeveling...	148 (96,7%)	54 (80,6%)
... en handel ernaar	136 (91,9%)	53 (98,1%)
... maar handel anders in de praktijk	12 (8,1%)	1 (1,9%)
Nee	5 (3,3%)	13 (19,4%)

Belemmerende factoren

Uit interviews met zeventien verpleegkundigen, zes artsen en twintig patiënten kwamen enkele factoren naar voren die het opvolgen van de Verstandige keuzes belemmerden. De belangrijkste factoren blijken een gebrek aan kennis, de werkomgeving, onduidelijk beleid, en de (veronderstelde) wensen van de patiënt. Kennis over wondzorg is een belangrijke voorwaarde: ook als artsen en verpleegkundigen op de hoogte zijn van een aanbeveling, is het soms toch moeilijk om deze te accepteren of in te zien in welke situaties hij wel en niet van toepassing is. Het gevolg is dat ze bijvoorbeeld in veel situaties toch een pleister plakken. Bij met name aanbeveling 1 en 4 speelt de directe werkomgeving een belangrijke rol. Als het bijvoorbeeld moeite kost om een wond te reinigen met kraanwater en de fles fysiologisch zout voor het grijpen staat, wordt vaak voor het laatste gekozen. Tevens speelt het beleid op de afdeling een rol in het opvolgen van de aanbevelingen. Protocollen of afspraken met betrekking tot wondzorg zijn regelmatig onduidelijk of niet bekend. Ten slotte is een belangrijke factor dat verpleegkundigen en artsen ervan uitgaan dat patiënten graag bepaalde zorg willen, bijvoorbeeld dat hun wond wordt gereinigd met fysiologisch zout of dat ze een pleister krijgen. Dit speelt een rol bij aanbeveling 1, 3 en 4. Uit de interviews met patiënten blijkt dat een deel van de patiënten inderdaad in eerste instantie een pleister wil, maar uiteindelijk vertrouwt op het advies van de zorgverlener.

Een deel van de patiënten wil in eerste instantie een pleister

Beter voor de patiënt

De meeste verpleegkundigen en artsen kennen de Verstandige Keuzes bij een acute wond en vaak handelen ze er ook naar. Maar het kan beter, zeker als het gaat om de aanbevelingen 'Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout'(1), 'Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond'(3), en 'Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat'(4). Deze aanbevelingen besparen niet alleen kosten voor materialen en middelen, maar zijn ook beter voor de patiënt. Chirurgische patiënten kunnen eerder met ontslag als het verband tijdig wordt verwijderd. Het reinigen van wonden met kraanwater leidt tot minder infecties dan reinigen met steriel fysiologisch zout, wellicht omdat geopende flessen bacteriën kunnen bevatten. Er is geen verschil gevonden in infectierisico bij het wel of niet verbinden van

VIJF VERSTANDIGE KEUZES BIJ EEN ACUTE WOND

1. Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout. Het reinigen van acute wonden is alleen nodig als er sprake is van een vuile open wond. Dan is reiniging met lauwwarm (drinkbaar) kraanwater voldoende.
2. Week de wond niet in een badje met reinigingsmiddel. Het toepassen van badjes met was- of reinigingsmiddelen (soda, Biotex, Badedas, etc.) om voeten of handen met een wond in te laten weken, heeft een nadelig effect op de wond en omliggende huid. Dit kan de infectiekans vergroten en de wondgenezing remmen.
3. Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond. Het met verbandmateriaal bedekken van chirurgisch gesloten wonden na een incisie leidt niet tot minder wondinfecties. Bovendien kan het verwisselen van klevend verbandmateriaal pijnlijk zijn. Een wondbedekker is alleen nodig als de wond lekt, ter bescherming van schurende kleding, of als de patiënt de wond niet wil zien.
4. Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat. Voor veel wonden, zoals postoperatieve-, scheur-, lap- of bijt-wonden, is een niet klevend (vet- of paraffine-) gaasverband voldoende. Bij wondlekkage kan aanvullend absorberend verband worden gebruikt. Bij wonden ontstaan door huidtransplantaties (huid van een ander lichaamsdeel) zijn een hydrocolloïd (verband dat de wond vochtig houdt) of een folie het beste.
5. Stuur een patiënt nooit zonder leefregels naar huis. Een patiënt met een chirurgisch gesloten wond mag na 24 uur kort douchen (niet langer dan 10 minuten). Instrueer de patiënt wat te doen bij infectieverschijnselen. Geef de patiënt ook instructies mee over wanneer en hoe het lichaamsdeel met de wond weer gebruikt mag worden.

primair gesloten wonden, en het verwijderen van verband kan vervelend of pijnlijk zijn voor de patiënt.² De richtlijn raadt dan ook aan om de wond alleen te bedekken als de patiënt de wond niet wil zien, de wond lekt of onder schurende kleding zit. Het niet meer bedekken van een wond vanaf twee dagen na de operatie leidt ertoe dat de patiënt eerder met ontslag kan. Ook is er geen verschil in wondgenezing gevonden tussen verschillende soorten verband, zodat de richtlijn een niet-klewend gaasverband aanbeveelt voor de meeste wonden. Ten slotte zorgt het geven van goede leefregels voor een kleinere kans op wondinfectie. Een betere implementatie van de Verstandige Keuzes levert dus betere zorg op voor minder kosten. Overigens is het werken volgens de aanbevelingen uiteraard geen doel op zich. Het gaat om een richting. Zorgverleners kunnen er altijd beargumenteerd van afwijken.

Aanbevelingen

Voor het verbeteren van de wondzorg in ziekenhuizen zien wij kansen voor de wondconsulent. Deze experts op het gebied van wondzorg komen op veel afdelingen in consult en kunnen dit onderwerp onder de aandacht brengen en veranderingen aanjagen. Voor het stimuleren en faciliteren van goede wondzorg op de afdeling doen we de volgende aanbevelingen:

1. Vergroot de kennis

Kennis over wondzorg kan worden verbeterd via een nieuwsbrief, scholing of posters op de afdeling of via wondconsulenten of aandachtsvelders. Herhaalde aandacht via verschillende kanalen helpt. Benadruk daarbij ook dat patiënten vertrouwen hebben in de keuzes die zorgverleners maken, bijvoorbeeld als deze uitleggen dat een verband niet nodig is.

2. Richt de werkomgeving adequaat in

Zorg voor een dusdanige inrichting van de werkomgeving dat artsen en verpleegkundigen de aanbevelingen goed kunnen opvolgen. De keuze voor kraanwater en goedkoop verbandmateriaal is makkelijk te maken. Ook kunnen een briefje op de verbandkar, prijskaartjes bij het verbandmateriaal of mededelingen in het patiëntendossier zorgverleners op het goede spoor zetten.

3. Verwerk de aanbevelingen in de protocollen

Evalueer en verbeter de protocollen en breng ze actief onder de aandacht. Protocollen horen de juiste informatie te bevatten, goed vindbaar en leesbaar te zijn voor de zorgverleners die ermee werken en duidelijk te vermelden wie voor wat verantwoordelijk is. ■

contact

eva.verkerk@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en het rapport 'Implementatie van de Verstandige Keuzes bij een acute wond' vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE BESTUURDER



HUGO KEUZENKAMP

is bestuurslid van het
Westfriesgasthuis in Hoorn

Verkeerd bed

Heeft u weleens in een verkeerd bed gelegen? Ik wel. Ik zal u de details besparen. Maar niet alleen het liefdesleven wordt weleens gehinderd door verkeerde bedden. Ziekenhuizen staan er vol mee. En de zorg zou de zorg niet zijn als dit niet keurig gereguleerd zou zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit kent dus een heuse prestatieomschrijving voor verkeerde bedden, een declaratiecode en een tarief.

Laten we met de prestatieomschrijving beginnen. Oekaze BR/REG-18140a definieert een verkeerde beddag, kort gezegd, als noodgedwongen verblijf in een ziekenhuis omdat bijvoorbeeld een eerstelijnsverblijf niet beschikbaar is. Met declaratiecode 190031 kan het ziekenhuis dan maximaal 269,82 euro per dag in rekening brengen. Da's meer dan een nachtje Van der Valk, waar je 110 euro voor betaalt, weliswaar zonder ontbijt, lunch en diner.

Geen onaardige bijverdienste voor die ziekenhuizen, hoor ik u denken. Maar verkeerde bedden zijn een

ramp. Ze zorgen voor verstopping van ziekenhuizen die jaren bezig zijn geweest met het optimaliseren (lees: inkrimpen) van de beddenhuizen. Dat werkt goed als de keten werkt. Maar vorig jaar was dat

VERKEERDE BEDDEN ZIJN EEN RAMP

evident niet het geval. Tijdens de griep epidemie had ons huis bijna een kwart verkeerde bedden. Het leidde tot dagelijkse patiëntenstops. Dat is slecht voor de ziekenhuizen en vooral voor de patiënten.

Dit jaar moet dat anders. In het hoofdlijnenakkoord is 20 miljoen euro extra budget gemaakt voor thuiszorg en eerstelijnsverblijf. Alleen blijkt nu dat sommige zorgverzekeraars dat geld niet willen uitgeven. Dat lijkt erg op een verkeerd film. Maar als ik nu zelf in een verkeerd bed ga liggen, dan klopt het weer met elkaar.