

BETER LATEN & BETER DOEN

Gesloten wond

In de rubriek *Beter laten & Beter doen* komt een handeling aan bod die niet of juist wel bewezen voordelen heeft. Deze keer: gebruik geen bedekkend verbandmateriaal bij primair gesloten wonden.

auteurs

Anja Brunsveld-Reinders
senior-adviseur EBP, LUMC, Leiden

Albert Simonse
verpleegkundig expert en
wondverpleegkundige,
LUMC, Leiden

Tessa Rietbergen
projectleider, Zorgevaluatie &
Gepast Gebruik, Diemen

Anouk Slutter
projectleider, V&VN, Utrecht

Hester Vermeulen
hoogleraar Verplegingswetenschap,
IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

Getty Huisman-de Waal,
universitair hoofddocent,
IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

‘Geef voorlichting
aan de patiënt
dat een pleister
onnodig is’

ONDERZOEKERS VAN IQ HEALTH VAN het Radboudumc hebben in 2023 een herziene lijst van Beter Doen- en Beter Laten-handelingen (BDBL-handelingen) gepubliceerd.¹⁻² In dit nummer van TvZ wordt de aanbeveling *gebruik geen bedekkend verbandmateriaal bij primair gesloten wonden* toegelicht. Daarna leggen we aan de hand van een businesscase uit het Radboudumc uit hoe naleving van deze aanbeveling kan leiden tot passende zorg. Ook geven we inzicht in de eerste ervaringen met het de-implementeren van deze handeling in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Aanbevelingen

De aanbeveling *gebruik geen bedekkend wondmateriaal bij primair gesloten wonden* komt uit de richtlijn Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden uit 2022.³ De aanbeveling is van toepassing in de wijkverpleging, verpleeghuiszorg, verstandelijk-gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg.

Afgeraden wordt om een bedekkend verbandmateriaal bij primair gesloten wonden te gebruiken. Een wondbedekker dient uitsluitend te worden overwogen in twee situaties. De eerste: om exsudaat of

Beter Laten: hoe besparen we tijd, leed en geld in de zorg? Welke handelingen kunnen verpleegkundigen en verzorgenden beter laten? **Voorbeeld:**

Wondzorg

Wat is het?



Reinig en bedek geen primair gesloten wonden.



Waarom Beter Laten?
Dit draagt niet bij aan wondgenezing, voorkomt geen infecties en het verwijderen van verband of pleisters kan pijnlijk zijn.

Hoe vaak komt het voor?

Jaarlijks worden er bijna

1,5 miljoen

operaties uitgevoerd in Nederland.



Per wond worden er gemiddeld

2

pleisters gebruikt.



Verpleegkundigen reinigen en bedekken de meeste operatiewonden routinematig.

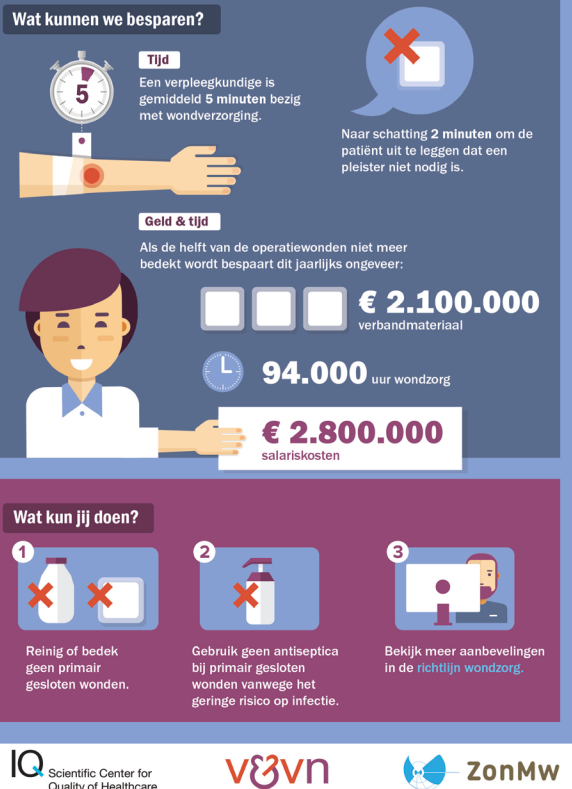
Bronnen: CBS Statline | Wondexpert Radboudumc | Ubink 2008. Occlusive vs gauze dressings for local wound care in surgical patients | QAO algemene ziekenhuizen | Afdeling Inkoop Radboudumc | richtlijn wondzorg |

transsudaat op te vangen. De tweede: als een patiënt hieraan de voorkeur geeft, ook al is hij/zij erover geïnformeerd dat het bedekken van de wond het infectierisico niet vermindert en het verwijderen of verwisselen van verbandmateriaal extra pijn kan veroorzaken.

Uit literatuur blijkt dat twee scenario's voor postoperatieve primair gesloten wonden leiden tot dezelfde infectiekans. Aan de ene kant gaat het om bedekking met verbandmateriaal, aan de andere kant om het onbedekt laten of het insmeren van de wond met vaseline, direct na tot 48 uur na het sluiten van de wond. Noch bij volwassenen noch bij kinderen is een verschil in infectiekans gevonden. De onderbouwing voor deze aanbeveling is gebaseerd op literatuur verschenen in 2011 en eerder. Ze wordt door betrokkenen nog steeds ondersteund.

Businesscase

In 2017 stond de aanbeveling al op de eerste Beter Laten-lijst.⁴ Naar aanleiding daarvan is in het Radboudumc een businesscase opgesteld om na te gaan wat de gevolgen konden zijn wanneer de aanbeveling gede-implementeerd werd in de praktijk. Uit literatuuronderzoek, gesprekken met experts en cijfers van het



CBS kunnen de volgende conclusies worden getrokken.⁴ Jaarlijks werden in Nederland bijna 1,5 miljoen operaties uitgevoerd. Verpleegkundigen reinigden en bedekten de meeste operatiewonden routinematig na de eerste 24 uur. Zij gebruikten door- gaans gemiddeld twee eilandpleisters per patiënt in de postoperatieve fase. Volgens de richtlijn is dit niet nodig. Een verpleegkundige besteedt gemiddeld vijf minuten aan het reinigen van de wond en het aanbrengen van een nieuwe pleister, inclusief toepassen van handhygiëne. Het kost een verpleegkundige naar schatting twee minuten om de patiënt uit te leggen dat een pleister niet nodig is. De gemiddelde prijs van een eilandpleister was € 1,50 en van een verpleegkundige € 29,75 per werkbaar uur (*peildatum*: 2017). Als de helft van de operatiewonden niet meer bedekt wordt in de postoperatieve fase, wordt ongeveer € 2.100.000 aan verbandmateriaal bespaard en 94.000 uren aan tijd voor wondzorg, omgerekend ongeveer € 2.800.000 aan salariskosten. In totaal kan jaarlijks bijna € 5 miljoen euro bespaard worden wanneer verpleegkundigen en artsen (chirurgen) het aantal pleisters in de postoperatieve fase met de helft kunnen verminderen.

Ervaringen uit de praktijk

In het LUMC werkt de wond- en decubituscommissie aan opvolging van deze

aanbeveling. Primair wordt gezien dat de meeste winst te behalen is in de periode > 24 uur na de operatie, want in de eerste 24 uur wordt in de praktijk de wond toch afgedekt vanwege lekkage van wondvocht. De voorzitter van de wond- en decubituscommissie, wondverpleegkundige Albert Simonse, werkt samen met verpleegkundigen om het plakken van een pleister na de eerste 24 uur postoperatief te verminderen.

Uit gesprekken met verpleegkundigen bleek dat zij op de hoogte waren van de richtlijn en het ziekenhuisprotocol waarin beschreven staat dat na 24 uur geen pleister meer hoeft te worden geplakt. Het werd duidelijk dat de vertaalslag naar de patiënt en de wond nog niet altijd gemaakt wordt. Hierbij worden meestal dure eilandpleisters geplakt. Verder geven patiënten bijvoorbeeld aan zonder bedekking last te hebben van de wond bij schurende kleding of dat ze een onbedekte wond een onprettig idee vinden. Daardoor wordt toch snel alsnog een pleister geplakt. Bij ontslag worden vaak nog reservepleisters meegegeven voor thuis. Het blijkt een gewoonte te zijn. Verpleegkundigen vinden het lastig om patiënten hier goed over voor te lichten. Ook kennen ze niet altijd alternatieven voor wondbedekkers als de patiënt die toch wensen, zodat het aantal eilandpleisters niet verminderd kan worden. Er is veel winst te behalen in het voorlichten van de patiënt dat een pleister op een droge gesloten wond onnodig is.

Verpleegkundigen gaven de volgende alternatieven aan voor een eilandpleister:

- Geef eerst duidelijk voorlichting aan de patiënt dat een pleister op de wond onnodig is.
- Dek niet-lekkende primair gesloten chirurgische wonden alleen af op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.
- Gebruik een onsteriel gaas en bevestig dit met pleistertape bij pijn of als de patiënt ondanks voorlichting toch uitdrukkelijk bedekking wenst.
- Gebruik een standaard 'huis- tuin- en keukenpleister', bijvoorbeeld een Hansaplast-pleister.
- Geef geen verbandmateriaal meer mee bij ontslag.
- Leg bij ontslag duidelijk uit hoe de patiënt hier thuis mee kan omgaan.

Op de afdeling chirurgie is een pilot gestart waarin verpleegkundigen via het informatiescherm informatie kregen die was aangeleverd door de wondverpleegkundige. De informatie werd in kleine stukjes aangeboden. En per week werd aanvullende informatie gegeven met als doel verpleegkundigen aan het denken te zetten rondom dit thema. Bijvoorbeeld: (1) wat staat er in de richtlijn, (2) welke alternatieven gebruik je en (3) welke uitleg geef je aan de patiënt?

Het doel is om meer bewustwording te creëren rondom keuzen die verpleegkundigen maken en gewoonten die ze hebben. Verpleegkundigen nemen niet altijd de tijd om patiënten duidelijk voorlichting te geven.⁵ In de komende tijd wordt in casusbesprekingen met de verpleegkundigen doorgenomen hoe het in de praktijk toepasbaar is dat de patiënt de juiste informatie ontvangt van de verpleegkundige. En waar dit toch gewenst is worden alternatieven ingezet. Na de pilot wordt met een grotere werkgroep gekeken hoe de werkwijze kan worden geïmplementeerd op andere afdelingen.

Tip

Simonse geeft aan dat het verstandig is klein te beginnen. Neem verpleegkundigen op een speelse manier mee in de wijze waarop zij de wondzorg verder kunnen verbeteren en daardoor tijd en materiaal besparen. En hoe ze de patiënt van goede informatie kunnen voorzien. Neem in dit traject de betrokken artsen en verpleegkundigen mee om bij hen draagvlak en uniformiteit te creëren. ➡

REFERENTIES

1. V&VN. Beter laten aanbevelingen, overall lijst 2023. www.venvn.nl/media/5caksr2/beter-laten_lijst-algemeen-v2.pdf
2. V&VN. Beter doen aanbevelingen, overall lijst 2023. www.venvn.nl/media/hdkojzft/beter-doen-lijst-algemeen.pdf
3. Specialist FM. Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden 2022. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondzorg_-_korte_beschrijving.html
4. Dulmen SA, Verkerk EW, Huisman-de Waal G, e.a. Een verpleegkundige en verzorgende beter-laten-lijst. Nijmegen: IQ healthcare; juli 2017.
5. Verkerk EW, Waal GH, Overtoom LC, e.a. Low-value wound care: Are nurses and physicians choosing wisely? A mixed methods study. *Int J Nurs Pract.* 2023;29(6)