Adaptatie Duodecimrichtlijn: Conservative and plastic treatment of leg ulcers.

Laurens Laeremans, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Beele, Universiteit Gent

Co-promotor: mevr. Martine Goossens, KULeuven

Begeleiding: Dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

EBMPracticeNet

Praktijkopleidster: Dr. Katelijne Vos

In samenwerking met Haio: Lot Van de Moortel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract:

Inleiding:

Met de toenemende vergrijzing, zijn ook cardiovasculaire aandoeningen samen met hun complicaties een erg belangrijk opkomend probleem. Om deze reden koos ik ervoor om samen met een collega Haio de Finse Duodecimrichtlijn “Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers” aan te passen naar een bruikbaar instrument in de Belgische huisartsgeneeskunde ter behandeling van arteriële en veneuze ulcera.

Methodologie:

Via EBMPracticeNet kregen we een handboek (Adaptatie DuodecimRichtlijnen) waarin de te volgen stappen uitgeschreven staan. Dit is gebaseerd op de “Adapte Manual and Resource Kit” wat internationaal aanvaard is als instrument om richtlijnen aan te passen aan de lokale omstandigheden, zodat dit steeds volgens een vast stramien gebeurt. In de screeningsfase stelden we op basis van het PIPOH concept zes klinische vragen op die we graag beantwoord wilden zien. Hierna zochten we in internationale en nationale databases naar relevante richtlijnen en literatuur. De hieruit weerhouden literatuur beoordeelden we onafhankelijk van elkaar met behulp van AGREE II, waarbij we in geval van een verschil groter dan één punt tot een consensus moesten proberen te komen. De aanbevelingen screenden we op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. We vergeleken onze aanbevelingen met de gevonden literatuur, deden aanpassingen waar nodig, noteerden al onze gegevens in een matrix en legden deze voor aan een leescommissie van EBMPracticeNet. In de adaptatiefase maakten we een eerste versie van onze nieuwe richtlijnen en gaven deze een gradering mee omtrent de kwaliteit van het bewijs en de graad van aanbeveling door middel van het GRADE systeem. In de implementatiefase tenslotte, toetsten we onze aanbevelingen af in onze seminariegroepen met behulp van een PowerPoint presentatie en maakten we een steekkaart, alsook folders voor de patiënt, zorgkundige en de verpleegkundige.

Resultaten:

In de anamnese gaat men heel de relevante voorgeschiedenis na zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, neurologische aandoeningen,… Via het klinisch onderzoek gaat men tekenen van perifeer arterieel lijden na door het bepalen van een enkel-arm index, perifere pulsaties, capillaire refill, huidtemperatuur. De belangrijkste oorzaak van ulcera is echter veneus lijden. De hoeksteen van de behandeling van veneus lijden is compressietherapie, waarbij met het type kan laten afhangen van patiëntkenmerken, maar de aangeraden vorm bestaat uit meerlagige, korterek verbanden. Is het been voldoende ontzwollen, dan kan men overstappen op compressiekousen. Verder zijn ook hoogstand, beweging en kuitspieroefeningen belangrijk. Om een ideaal wondmilieu te creëren, moet men necrotisch weefsel en purulent exsudaat verwijderen. Ter preventie van infecties bij hoog risico wonden, kan men kiezen voor een topisch antisepticum, topische antibiotica zijn echter uit den boze. Bij een klinisch duidelijk geïnfecteerd ulcus, zijn orale antibiotica aangewezen na afname van een kweek. Men kan dan bijvoorbeeld starten met amoxicilline-clavulaanzuur of flucloxacilline. Naar preventie toe zijn de twee belangrijkste aanbevelingen huidverzorging en compressietherapie. Het geven van diuretica is slechts zinvol bij oedeem ten gevolge van hartfalen. Wanneer er geen evolutie in genezing is na twee à drie maanden, of men twijfelt aan de oorzaak, dan kan men beter verwijzen.

Discussie

De Duodecimrichtlijn was erg beknopt en moeilijk toepasbaar in eerste lijn. We hebben ons daarom slechts gefocust op diagnostiek, behandeling en preventie, omdat dit de essentie is van de taak van de huisarts in deze gevallen. Door de keuze voor onze klinische vragen, gaat nu veel verloren rond welke specifieke wondzorg bij welk type ulcus toe te passen, maar dit is meer de taak van de, in wondzorg gespecialiseerde, verpleegkundigen.

Inhoudsopgave:

Abstract 2

Dankwoord 5

Inleiding 6

Methode 7

- Screeningsfase 7
- Adaptatiefase 10
- Implementatiefase 10

Resultaten 11

Discussie 17

Conclusie 18

Bronnen 19

Bijlagen 20

- Bijlage 1: PIPOH vragen per klinische vraag 20
- Bijlage 2: Beoordeling van richtlijnen volgens AGREE II 22
- Bijlage 3: Informatiefiche peer review 25
- Bijlage 4: PowerPoint presentatie seminariegroepen 26
- Bijlage 5: Steekkaart 31

Bijlage 6: Patiënten folder 33

Bijlage 7: Zorgkundige folder 35

Bijlage 8: Aanmelding Masterproef 37

Bijlage 9: Protocol 38

Bijlage 10: Goedkeuring Ethische commissie 39

Dankwoord:

In de eerste plaats zou ik via deze weg graag mijn promotor willen bedanken, zonder haar paraatheid was ik in de allerlaatste twee stressvolle weken nooit nog in staat geweest om een werk te produceren zoals dit. Ze wees me op verscheidene zaken die mijn kwaliteit toch wel naar beneden haalden.

Verder zou ik dit werk nooit hebben kunnen maken zonder de samenwerking met mijn mede-Haio Lot. Ze toonde geduld wanneer ik er weer eens niet in slaagde een deadline perfect te halen, toonde begrip wanneer ik door persoonlijke problemen niet in staat was verder te werken aan de thesis en spoorde me aan zo nodig toch even die paar versnellingen hoger te schakelen.

Ook mijn praktijkopleidster Katelijne verdient zeker een positieve vermelding. Ze heeft me gedurende mijn twee Haio jaren begeleid, had steeds een luisterend oor klaar, toonde begrip wanneer ik verlof nodig had om dit werk rond te krijgen en was de belangrijkste persoon die me aanspoorde dit werk af te maken.

Ten slotte wens ik ook mijn familie en vrienden te bedanken die mij, ondanks mijn groeiende slechte humeur naarmate de deadline naderde, steeds bijstonden voor een praatje en een ontspanningsmoment.

Inleiding:

Deze thesis is te kaderen binnen een groter geheel. In 2010 nam het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte - en invaliditeitsverzekering) het initiatief om een grote online databank van evidence based richtlijnen uit te bouwen onder de naam EBMPracticeNet, die samenwerkt met de werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn en met de Finse huisartsenorganisatie Duodecim.

Op deze manier willen de deelnemende organisaties een online platform creëren waar al het relevante EBM (Evidence Based Medicine) materiaal beschikbaar is voor de beoefenaars van een job binnen de medische sector, met onder andere de originele richtlijnen van Duodecim.[1]

Alle richtlijnen die worden afgekeurd wegens minderwaardige kwaliteit van de inhoud, onvoldoende consistentie van de aanbeveling met de inhoud, en moeilijke toepasbaarheid binnen de Belgische gezondheidszorg, worden gecatalogeerd als “te herzien”. Ieder jaar stelt EBMPracticeNet enkele richtlijnen uit deze categorie ter beschikking van Haio’s die dan per twee in het kader van hun masterproef een adaptatie kunnen doen zodat deze richtlijnen bruikbaar worden voor onze gezondheidswerkers.

Samen met een mede-Haio, Lot Van De Moortel, heb ik er voor gekozen om de Duodecimrichtlijn “Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers” aan te passen naar een meer bruikbare versie voor de huisarts, met aandacht voor diagnostiek, behandeling en preventie.

Dit deden we omdat er in de huidige patiëntenpopulatie steeds meer en meer vergrijzing op te merken is, wat zijn gevolgen heeft op cardiovasculair gebied. Mensen hebben een hogere vatbaarheid voor arteriële en veneuze doorbloedingsstoornissen. Dit kan allemaal zonder veel gevolgen blijven, tot er een slecht helende wonde ontstaat die soms weken tot maanden behandeld moet worden vooraleer er volledige genezing bereikt wordt. Volledige genezing is echter zeker niet in 100% van de gevallen te bereiken.

Hopelijk kan deze thesis ertoe bijdragen om aandachtig te zijn voor arteriële en veneuze insufficiëntie bij patiënten. We hopen echter vooral dat er, met behulp van onze aanbevelingen, een adequate behandeling wordt ingesteld voor chronische ulcera en er geschikte preventieve maatregelen genomen worden om recidieven te vermijden.

Methodologie:

Via EBMPracticeNet kregen we een handboek (Adaptatie DuodecimRichtlijnen) waarin de te volgen stappen uitgeschreven staan. Dit is gebaseerd op de "Adapte Manual and Resource Kit" wat internationaal aanvaard is als instrument om richtlijnen aan te passen aan de lokale omstandigheden, zodat dit steeds volgens een vast stramien gebeurt.[2] Deze methode volgt drie fases die verder zijn onderverdeeld in verschillende stappen en hieronder beschreven zullen worden.

Screeningsfase:

Stap 1: Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en bepaal de PIPOH-elementen.

Aan de hand van een PIPOH (Patient population/disease characteristics, Intervention(s) of interest, Professionals targeted by the guideline, Outcomes and endpoints to be taken into consideration, Healthcare setting and context) moesten we bepalen wat de scope was van de aanbeveling. Op basis van deze PIPOH methode, formuleerden we dan onze klinische vragen en dit zo concreet en kort mogelijk.

Op deze manier formuleerden we volgende klinische vragen:

1) Welke elementen uit anamnese en KO (Klinisch Onderzoek) zijn van belang in het differentiëren in verschillende oorzaken van ulcus cruris?
2) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in de eerste lijn voor veneus ulcus?
3) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in eerste lijn bij arterieel ulcus?
4) In welke gevallen van ulcus cruris dienen antibiotica opgestart te worden in de eerste lijn?
5) Welke methodiek wordt gebruikt voor de verbandkeuze bij de wondzorg van ulcus cruris?
6) Bij welke patiënten met een ulcus cruris is doorverwijzing naar 2e lijn aangewezen?

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen.

De zoektocht naar relevante richtlijnen en publicaties werd op internationale en Belgische databases uitgevoerd en werd verdeeld tussen mijn collega Haio Lot Van de Moortel en mezelf. Lot nam klinische vragen 2, 5 en 6 voor zich, terwijl ikzelf vooral naar antwoorden op vragen 1, 3 en 4 zocht.

We gingen op zoek in volgende databases:

- Internationaal: GIN, NGC, NHS guideline finder, Trip Database
- Belgisch: KCE, HGR-CSS, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI, FOD gezondheidszorg

Als zoektermen gebruikten we: ulcus cruris, leg ulcer, chronic leg wounds, chronic wounds of chronische wonde, venous ulcer of veneus ulcer, wondzorg, compressietherapie.

Verder gebruikten we voor ons opzoekwerk enkele exclusiefactoren, namelijk: het beschikbaar zijn van de volledige tekst, niet ouder dan vijf jaar, Engels- of Nederlandstalig, het moest gaan om richtlijnen of eventueel systematische reviews, het moest toepasbaar zijn in de eerste lijn.

Dit had als gevolg dat we tien richtlijnen selecteerden voor verdere oppervlakkige screening in de volgende stap.

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen.

In deze stap keken we na:

- Of deze richtlijnen wel degelijk een antwoord gaven op onze geformuleerde klinische vragen,
- Of de richtlijnen wel degelijk aan onze exclusiecriteria voldeden,
- Of de kwaliteit voldoende was door de volgende drie vragen van AGREE II (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) na te gaan:
    1) Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
    2) De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.
    3) Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

Na deze korte screening, kwamen we uit bij volgende drie richtlijnen:

1) NHG-Standaard ulcus venosum
2) SIGN Management of chronic venous leg ulcers
3) Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers

Hierna konden we verdergaan met de uitgebreidere screening.

Stap 4: Waardeer geselecteerde richtlijnen.

Stap 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II

In deze stap evalueerden mijn mede-Haio en ik onafhankelijk van elkaar de overgebleven richtlijnen via AGREE II. AGREE II is een product van “The AGREE Next Step Consortium” en werd gefinancierd door de “Canadian Institutes of Health Research”. Het is een algemeen aanvaard instrument ter beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen door middel van drieëntwintig vragen verspreid over zes domeinen (Onderwerp en doel, Betrokkenheid van belanghebbenden, Methodologie, Helderheid en presentatie, Toepassing, Onafhankelijkheid van de opstellers).[3]

Wanneer de beoordeling van mijn mede-Haio meer dan één punt verschilde met de mijne, probeerden we een consensus te bereiken via argumentatie.

We waren het bij de drie richtlijnen over eens dat ze goed van kwaliteit waren en bruikbaar waren voor de verdere adaptatie van onze richtlijn.

Stap 4.2: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen.

In deze stap inventariseerden we alle relevante aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen en uit de originele Duodecimrichtlijn per geformuleerde klinische vraag, met de gegeven evidentie en graad van aanbeveling zover deze gegeven zijn. Indien de gradering niet volgens GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) was verlopen, keken we na op welke manier de auteurs hun graad van aanbeveling hadden bepaald en noteerden we deze ook in onze matrix.[4,5]

Stap 4.3: Waardeer aanbeveling op courantheid.

Aangezien richtlijnen snel gedateerd kunnen zijn, keken we na of er misschien een recentere versie beschikbaar was, indien dit niet het geval was, gingen we na hoe oud de gebruikte bronnen waren en of er reeds recentere literatuur beschikbaar was. Was er recentere literatuur beschikbaar, dan keken we of deze een grote invloed had op de aanbevelingen van de weerhouden richtlijn. Indien deze in dezelfde lijn lagen, moesten we niets doen; waren er echter belangrijke contradicties, dan moesten we de richtlijn eventueel alsnog verwerpen.

Stap 4.4: Waardeer aanbevelingen op samenhang.

Dit proces omvat drie, voor zich sprekende, stappen:

1) Nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag
2) Evaluatie van de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd
3) Evaluatie van de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Stap 4.5: Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid.

In deze finale stap van de waarderingen, gingen we na of de gevonden aanbevelingen ook toepasbaar zijn in de Belgische context: is er voldoende kennis, is er een netwerk indien nodig, kan dit in de huidige organisatie van de huisartsenpraktijk,… Indien nodig deden we nog enkele aanpassingen aan de aanbevelingen, zochten we alternatieven op, of schrapten we delen van de aanbevelingen.

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.

We keken naar ons proces tot hiertoe, bekeken welke aanbevelingen we gevonden hadden, wat hun waarde was en hoe toepasbaar ze waren in de Belgische context en of ze erg verschilden met de aanbevelingen van de originele Duodecimrichtlijn.

Aangezien de Duodecimrichtlijn eerder beperkt was, bleken er heel wat aanpassingen nodig.

Stap 6: Nazicht door de leescommissie.

Alle hierboven beschreven stappen werden in detail genoteerd in een Excel bestand en nadien voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet als tussentijdse controle van ons werkproces en de geselecteerde inhoud. We kregen een positieve feedback, waardoor we niet veel adaptaties moesten maken in ons proces.

Fase 2: Adaptatiefase.

Stap 7: Eerste versie opmaken.

Hiervoor vertrokken we vanuit de oorspronkelijke Duodecimrichtlijn. De hierin geformuleerde aanbevelingen werden vergeleken met de aanbevelingen die wij zelf uit andere richtlijnen weerhouden hadden en zo nodig werden de aanbevelingen gewijzigd of aangevuld.

Mijn collega boog zich zoals reeds vermeld over klinische vragen 2, 5 en 6, terwijl ikzelf 1, 3 en 4 controleerde. Deze aangepaste aanbevelingen zijn in de resultaten te lezen.

Fase 3: Implementatiefase.

Stap 8: Peer review.

We legden in deze fase onze aanbevelingen voor aan onze twee seminariegroepen, om op die manier ook de mening te weten van de toekomstige gebruikers en rekening te kunnen houden met eventuele opmerkingen. We deden dit aan de hand van een PowerPoint presentatie (bijlage 4), waarbij we via casuïstiek multiple choice mogelijkheden gaven en hun eigen manier van handelen navroegen. Nadien vroegen we hoe goed ze zich konden vinden in onze aanbevelingen waarna we hun opmerkingen bundelden. Uiteindelijk kregen we feedback van dertien vrouwelijke en zes mannelijke Haio's, waarvan vijftien tweedejaars waren en vier eerstejaars.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus.

We kozen ervoor om implementatiemateriaal uit te werken en dit in de vorm van een steekkaart, een folder voor patiënten, een folder voor zorgkundigen en een folder voor verpleegkundigen.

Stap 10: Finaal nazicht door leescommissie.

Aangezien we na onze peer review en het maken van implementatiemateriaal geen grote wijzigingen meer aanbrachten in onze aanbevelingen, besloten we om onze aanbevelingen niet opnieuw voor te leggen aan de leescommissie van EBMPracticeNet.

Resultaten:

In de screeningsfase hadden we bij stap één reeds volgende klinische vragen geformuleerd in PIPOH formaat (zie bijlage 1):

1) Welke elementen uit anamnese en KO zijn van belang in het differentiëren in verschillende oorzaken van ulcus cruris?
2) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in de eerste lijn voor veneus ulcus?
3) Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in eerste lijn bij arterieel ulcus?
4) In welke gevallen van ulcus cruris dienen antibiotica opgestart te worden in de eerste lijn?
5) Welke methodiek wordt gebruikt voor de verbandkeuze bij de wondzorg van ulcus cruris?
6) Bij welke patiënten met een ulcus cruris is doorverwijzing naar 2e lijn aangewezen?

Bij onze zoektocht naar relevante richtlijnen in stap twee, gingen we in de loop van februari 2015 zowel zoeken in internationale als in nationale databases, namelijk:

In G-I-N gingen we op zoek met verschillende zoektermen. De inclusie- en exclusiecriteria waren telkens de volgende:

- Inclusie: onderwerp veneuze ulcera, doelgroep artsen, ook eerstelijn
- Exclusie: >5j oud, Fins, Spaans, Duits

Per zoekterm leverde dit dan volgende resultaten op:

- Ulcus cruris: drie hits, na in- en exclusie nog één overblijvende
- Leg ulcer: negen hits, na in- en exclusie nog één nieuwe en één reeds gevonden
- Chronic leg wounds: drie hits, na in- en exclusie geen overblijvende
- Chronic wounds: acht hits, na in- en exclusie geen overblijvende

Bij Guideline.gov werkten we met twee verschillende zoektermen. De inclusie- en exclusiecriteria waren telkens de volgende:

- Inclusie: onderwerp veneuze ulcera, doelgroep artsen, ook eerstelijn
- Exclusie: >5j oud, DVT, pub profit organisatie

Per zoekterm leverde dit dan volgende resultaten op:

- Ulcus cruris: zestien hits, na in- en exclusie nog één overblijvende
- Leg ulcer: achtenveertig hits, na in- en exclusie nog drie overblijvende en twee reeds gevonden

Bij Evidence.nhs.uk gebruikten we “leg ulcer” als zoekterm, dit leverde ons negenenvijftig hits op. Wanneer we als inclusiecriteria: onderwerp veneuze ulcera, doelgroep artsen, ook eerstelijn; en als exclusiecriteria: >5j oud, Fins, Spaans, Duits en enkel topische wondzorg toepasten, bleven er slechts één nieuw en twee reeds gevonden richtlijnen over.

In Tripdatabase kregen we met de zoekterm “leg ulcer” zelfs vierhonderdnegenenveertig hits, waarvan er na inclusiecriteria: onderwerp veneuze ulcera, doelgroep artsen, ook eerstelijn; en als exclusiecriteria: >5j oud, Fins, Spaans, Duits en enkel topische wondzorg; slechts één nieuw en één reeds gevonden richtlijnen overbleven.

In KCE gingen we weer aan de slag met meerdere zoektermen. Als inclusiecriteria gebruikten we “veneuze ulcera”.

Per zoekterm leverde dit dan volgende resultaten op:

- Leg ulcer: zes hits, na in- en exclusie nog één nieuwe
- Chronic wounds: tien hits, na in- en exclusie geen overblijvende
- Venous ulcer: vijf hits, na in- en exclusie nog één nieuwe

Bij HGR-CSS gebruikten we “veneuze ulcera” en “eigen publicaties” als inclusiecriteria, terwijl we elke publicatie ouder dan vijf jaar weerden.

Per zoekterm leverde dit dan volgende resultaten op:

- Ulcus cruris: vierenvijftig hits, na in- en exclusie geen overblijvende
- Veneus ulcer: twintig hits, na in- en exclusie geen overblijvende

Bij Minerva vonden we geen richtlijnen terug, maar wel eerder nuttige artikels. Met zoekterm “ulcus cruris” kregen we vijf hits en door inclusiecriteria “ulcera” en “vaatlijden” kwamen we op vijf artikels uit. Met zoekterm “veneus ulcus” kregen we zes hits en door inclusiecriterium “veneuze ulcera” en exclusiecriterium “post-trombotisch syndroom” kwamen we op vijf artikels uit. Met zoekterm “chronische wonde” tenslotte, kregen we drie hits, dewelke na inclusiecriterium “chronische wondzorg” alle drie overbleven.

In het WZC formularium vonden we een hoofdstuk terug over ulcus cruris. Op Farmaca, RIZIV en FOD Volksgezondheid kregen we echter zowel met “ulcus cruris” als met “veneus ulcus” geen hits.

In mei 2015 gingen we ook nog verder zoeken op de site van het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie), waarbij we met zoektermen “ulcus cruris” en “compressietherapie” op exact dezelfde folia als resultaat terecht kwamen. Wanneer we nog zochten op “wondzorg” kregen we vier hits, waarvan er na exclusiecriterium “vaccins” nog twee nieuwe en één reeds gevonden overbleven.

Wanneer we in stap drie een korte screening deden van de gevonden richtlijnen, artikels en folia, bleven er nog maar drie richtlijnen over die goede antwoorden gaven op onze klinische vragen.

Het ging om volgende richtlijnen:

- NHG-Standaard ulcus cruris venosum[6]
- SIGN Management of chronic venous leg ulcers[7]
- Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers[8]

Bij het beoordelen van de richtlijnen volgens AGREE II in stap vier kwamen de afzonderlijke beoordelingen van mijn partner en mezelf goed overeen. Wanneer het verschil in beoordeling groter was dan het toegestane één punt, konden we elkaar via argumenten steeds overtuigen om dichter naar elkaar toe te komen met onze beoordelingen. Deze beoordelingen zijn terug te vinden in bijlage 2, waarbij de groene vakjes de plaatsen voorstellen waar we elkaar vonden door argumentatie.

Vervolgens inventariseerden we de aanbevelingen van zowel de Duodecimrichtlijn, als ook deze van onze drie andere gevonden richtlijnen en beoordeelden we deze verder op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Hierdoor selecteerden we verscheidene aanbevelingen die we wilden aanpassen. Door de verschillende richtlijnen samen te leggen, kwamen we terecht bij volgende aanbevelingen die ons toepasbaar lijken in de Belgische context en dewelke we door het toepassen van het GRADE systeem ook reeds een niveau van kwaliteit en graad van aanbeveling meegaven:

- Door het nagaan van de perifere pulsaties krijgt men al een goed beeld van de arteriële circulatie. (1B)[6, 7, 8, 9]
- Een EAI (Enkel-Arm Index) tussen 0,8 en 1,2 wordt gewoonlijk beschouwd als een teken van goede arteriële doorbloeding indien er geen andere tekenen van arteriële ziekte zijn. Is de index kleiner dan 0,8 en is er een klinisch beeld van arteriële ziekte, dan moeten we uitgaan van arteriële insufficiëntie. Een index boven 1,2 is dan weer suggestief voor arteriële calcificaties. (CBR)[7, 8, 9]
- Men vraagt in de anamnese goed naar de relevante voorgeschiedenis alsook naar de lokalisatie, begrenzing en mogelijke geur van het ulcus. Verder gaat men ook de aanwezigheid van oedemen en jeuk na. (2C)[6, 7, 8]
- Via klinisch onderzoek gaat men de tekenen van CVI (Chronische Veneuze Insufficiëntie) aan het onderbeen na, het gaat hier om: varices, corona phlebectatica, pitting oedeem, orthostatisch eczeem, atrofie blanche, hyperpigmentatie, hyperkeratose, induratie (verharding van omliggend weefsel) en dermatoliposclerose. (1A)[6, 7, 8]
- Ook gaat men via het klinisch onderzoek tekenen van perifeer arterieel vaatlijden na: vergelijk in het linker- en rechterbeen de huidtemperatuur en de capillary refill, palpeer de pulsaties van de a. femoralis, a. tibialis posterior en a. dorsalis pedis. Bepaal de enkel-armindex als de a. dorsalis pedis bij lichamelijk onderzoek niet palpabel is. (1A)[6, 7]
- Men moet ook aandachtig zijn voor tekenen van hartfalen: aanwezigheid van perifeer pitting oedeem; alsook voor tekenen van insufficiëntie van het lymfesysteem: aanwezigheid van perifeer non-pitting oedeem. (1A)[6, 8]
- Bij veneuze ulcera is oedeemcontrole essentieel. (1A)[6, 7, 10]

- Adviseer aan patiënten hoogstand van het been, beweging, kuitspieroefeningen. (1C)[6, 7, 8, 9, 11]

- Het aanleggen van compressietherapie is essentieel. (1A)[6, 7, 8, 9, 12]

- De voorkeur gaat uit naar meerlagige verbanden met een elastische component. Welke type gekozen wordt, hangt af van de voorkeuren van patiënt, ervaring van zorgverleners,… (2C)[6, 7, 8, 9, 12, 13]

    - Practice point: In België vooral gebruik van Dauerbinde (1-lagig, langerek verband) en Rosidal (2-lagig, korterek). Algemeen voorkeur voor Rosidalverband: indien goed aangelegd, mogen deze 24u aanblijven. Bij bedlegerige of nauwelijks mobiele patiënten kan men eerder opteren voor Dauerbinden. Deze dienen aangelegd te worden voor het opstaan en bij het slapengaan moeten ze opnieuw verwijderd worden.

- Compressiekousen kunnen ook aangewend worden als compressietherapie. (1B)[6]

    - Practice point: Er wordt aangeraden om met windels het been eerst te ontzwellen, bij een ontzwollen been kan men naderhand compressiekousen aanmeten. Omwille van het feit dat compressiekousen moeilijker aan te trekken zijn bij een onderliggend ulcus en de nodige wondverbanden; worden kousen vooral gebruikt bij recidiefpreventie.

- Laboratoriumdiagnostiek wordt niet routinematig aanbevolen. Enkel bij verdenking van onderliggende aandoening kan het aangewezen zijn om bloedonderzoek te verrichten. (CBR)[9]

    - Practice point: Vooral volgende onderzoeken kunnen van nut zijn: PBO, CRP, glycemie, nierfunctie en elektrolyten.

    - Practice point: Optimaliseer zo mogelijk de algemene status van de patiënt, met speciale aandacht voor anemie, diabetes en hartfalen.

- Het gebruik van pentoxyfilline (400mg 3x/d) kan een gunstig effect hebben op de wondheling, al dan niet in combinatie met compressie. Aandacht is wel vereist voor neveneffecten en dosisreductie in geval van nier- of leverinsufficiëntie. (2B)[7, 8, 13, 14]

- Over het effect van aspirine, orale zinksupplementen en flavonoïden is onvoldoende betrouwbare evidentie beschikbaar om hierop een aanbeveling te baseren. (1D)[7, 8, 14]

- Indien het ulcus geheeld is en de onderliggende veneuze ziekte niet te corrigeren valt, is het belangrijk compressietherapie voor te schrijven en deze moet zo stevig mogelijk zijn als verdragen wordt door de patiënt. (1B)[6, 7, 15]

- Diuretica zijn alleen zinvol indien er sprake is van oedeem ten gevolge van hartfalen. Bij statisch oedeem door CVI zijn diuretica niet zinvol. (1A)[6]

- Huidverzorging is erg belangrijk. Om de huid in goede conditie te houden is het advies om elke dag ‘s avonds de huid met een indifferente crème/zalf (bijvoorbeeld vaselinecetomacrogolcrème of koelzalf (unguentum leniens, deze zijn hypoallergeen en parfumvrij)) in te smeren. (1B)[6, 8]

- Ter preventie van perifeer oedeem raadt men de patiënt hoogstand van de benen aan bij het zitten en raadt men de patiënt af om gedurende lange tijd recht te staan. (1C)[8]

- Enkel bij een klinisch beeld van een wondinfectie hebben systemische antibiotica zoals amoxicilline-clavulaanzuur of flucloxacilline hun plaats. Er is geen plaats voor het systematisch gebruik van antibacteriële zalven.[6, 8, 9, 16, 17, 18, 19, 20]

- Het gebruik van topische antibiotica wordt afgeraden omwille van het risico op allergische reactie en resistentie. (1B)[6, 7, 8, 16, 17, 18, 19]

- Necrotisch materiaal dient verwijderd te worden, evenals purulent exsudaat ter optimalisatie van het wondmilieu. Er is onvoldoende evidentie om een specifieke methode voor debridement aan te bevelen. (2C)[6, 8, 9, 14]

- Het routinematig gebruik van topische antiseptica bij elke wonde wordt niet aanbevolen.[6, 7, 8, 9, 19]

- Het gebruik van topische antiseptica (povidonjodium, chloorhexidine,...) kan overwogen worden bij een ulcus met verhoogd infectierisico. (CBR)[6, 7, 8, 9, 19]

- Producten en verbanden op basis van honing of zilver worden niet aangeraden. (2B)[6, 7, 8, 9, 14, 19]

- Verwijs naar een dermatoloog, vaatchirurg of multidisciplinaire wondkliniek indien er twijfel is over de oorzaak van het ulcus of indien het ulcus geen tekenen van genezing vertoont na twee à drie maanden behandelen. (1CBR)[6, 8, 9]

    - Practice point: Herevalueer de diagnose bij atypische presentatie, atypisch verloop, tekenen van perifeer vaatlijden (EAI>0,8), erg pijnlijk ulcus, uitgebreide zwarte necrose…

- Verwijs voor een biopsie en eventuele chirurgische behandeling bij verdenking op maligniteit. (1CBR)[6, 7, 8, 9]

- Verwijs patiënten met een vraag naar behandeling van CVI naar een vaatchirurg voor duplex en chirurgische varicesbehandeling, ter vermindering van recidieven. (2B)[6, 7, 8]

Voor de implementatiefase verkozen we een peer review bij onze beide seminariegroepen. Hier kwam vooral naar voor dat veel van bovenstaande aanbevelingen reeds toegepast werden, maar ook waren er enkele bedenkingen over de haalbaarheid van sommige van onze aanbevelingen:

1) In hoeverre is het zelf meten van een EAI in de huisartsenpraktijk haalbaar? Verschillende huisartsen hebben geen Doppler toestel in huis om deze meting zelf uit te voeren of zijn er onvoldoende bedreven in. Het is echter veel kostenefficiënter om deze meting zelf uit te voeren, aangezien perifere pulsaties vaak niet voldoende kunnen gevoeld worden en dit anders veel onnodige verwijzingen naar de vaatchirurg zou veroorzaken.

2) Voor de behandeling van veneuze ulcera gebruiken de mede-Haio's geen andere medicatie dan pijnmedicatie. Compressietherapie en levensstijladviezen zijn voor hen ook de hoeksteen van de behandeling. Ze weten echter niet steeds hoe deze aan te reiken aan de patiënt, een folder zou hiervoor nuttig kunnen zijn.

3) Velen laten het type compressietherapie afhangen van de mobiliteit van de patiënt. Indien de patiënt goed mobiel is, zijn ze eerder geneigd om de korterek te gebruiken, terwijl ze eerder langerek zullen gebruiken bij immobiele patiënten. Wanneer de patiënt zelf in staat is om steunkousen aan te trekken, zullen deze eerder voorgesteld worden, aangezien er dan geen thuisverpleging noodzakelijk is. Voor het correct aanbrengen van de verbanden is een verpleegkundige immers toch vaak wel nodig. Het moeilijkste is de compressie op de juiste moment aan te brengen. In principe zou dit immers moeten gebeuren alvorens de patiënt uit bed is en dit is vaak niet haalbaar via de thuisverpleegkundige. Het is ook vaak moeilijk om de patiënt te overtuigen om iemand zo vroeg te laten komen. Wanneer patiënten gemotiveerd zijn om compressietherapie te proberen, is het vaak erg moeilijk om te zorgen dat ze dit willen blijven doen, terwijl dit wel noodzakelijk is.

4) Ter preventie van recidieven, is juist die voortgezette compressietherapie in combinatie met levensstijladviezen zo belangrijk en dat beseffen onze collega's ook. Net als de nood aan hydraterende crèmes om de huid goed soepel te houden. Er werd ook niet systematisch gebruik gemaakt van diuretica, enkel bij tekenen van cordecompensatie werden deze opgestart. Een verwijzing voor een chirurgische aanpak van het veneus lijden zagen ze niet als prioritair en niet te verkiezen bij de oudere patiënten met veneuze ulcera wegens het verhoogde operatierisico en de vaak ook aanwezige arteriële component.

5) Bij een klinisch duidelijke wondinfectie, zouden ze niet meteen topisch behandelen, maar een kweek afnemen en empirisch behandelen met flucloxacilline in afwachting van de resultaten en dan zo nodig hun behandeling aanpassen.

6) Over de redenen van verwijzing was er eerder onenigheid, ze vonden een termijn van twee tot drie maanden vaak al lang en zouden soms reeds na één maand verwijzen. Over de rode vlaggen zoals pijnlijk ulcus, atypisch verloop, atypische presentatie of necrosevorming waren ze minder op de hoogte. Ze zouden eerder verwijzen bij een stagnerend verloop, wanneer het een relatief jongere patiënt betrof of indien er een uitdrukkelijke vraag vanuit de patiënt was.

7) Iedereen was het erover eens dat een korte steekkaart al goed kan helpen bij het consequent aanpakken van patiënten met chronische ulcera. Om te zorgen dat de patiënt en de eventuele zorgkundige thuis rustig alle informatie kan nalezen zodat ze mee zijn in het verhaal, kunnen we gebruik maken van enkele folders. (Bijlagen 5, 6 en 7)

Discussie:

De oorspronkelijke Duodecimrichtlijn was erg beknopt van vorm en spitste zich meer en ruimer toe op welk type wondzorg er te gebruiken viel bij bepaalde typen ulceraties waarna de richtlijn snel overging op de plastische chirurgie. Dit maakte dat de richtlijn niet goed bruikbaar is in de eerste lijn: de huisarts heeft over het algemeen wel het brede overzicht, maar voor de topische wondzorg heeft de verpleegkundige meer expertise. Het is wel belangrijk dat de verpleegkundige een herevaluatie aanvraagt bij de huisarts wanneer hij/zij een niet-pluis gevoel ervaart over het ulcus.

We hebben besloten de richtlijn meer naar de eerste lijn te halen en alles te bekijken vanuit het oogpunt van de huisarts. Hierdoor gaan we ons minder toespitsen op de specifieke wondzorg per type ulcus, maar dit zou ons te ver leiden in deze thesis en deze wondzorg is een taak van de (gespecialiseerde) verpleegkundigen in overleg met de huisarts.

Daarentegen focussen we in onze richtlijn op de diagnostiek van mogelijk onderliggende comorbiditeit, de onmiddellijke behandeling met compressie en correctie van comorbiditeit, preventie en doorverwijzing wanneer noodzakelijk.

Door deze bewuste keuze, zijn zeker niet alle aspecten van de Duodecimrichtlijn besproken. Het zou echter onmogelijk zijn om in het bestek van deze thesis zo'n brede focus te moeten hanteren om alle aspecten te bespreken.

We moeten ook beseffen dat richtlijnen een mooie houvast zijn voor de huisarts, maar dat de patiënt uit een richtlijn nooit echt bestaat vanwege zijn, vaak aanwezige, comorbiditeit. Ook moet men kijken naar de context waarin een richtlijn ontwikkeld is en of deze wel toepasbaar is in de eigen context. Dit wordt bij de Finse Duodecimrichtlijnen vaak duidelijk: sommige producten zijn hier niet verkrijgbaar, de gezondheidszorg is anders georganiseerd en men formuleert vaak verschillende mogelijkheden zonder echt opties naar voor te schuiven. Wanneer men een richtlijn wilt toepassen, moet men vertrekken vanuit de patiënt en niet vanuit de richtlijn. Vaak zijn er immers factoren aanwezig zoals comorbiditeit, levensomstandigheden en al dan niet omkadering door mantelzorgers, die maken dat verschillende aanbevelingen onmogelijk toe te passen zijn. Op zo'n momenten is men genoodzaakt alternatieven te zoeken en niet halsstarrig vast te houden aan de richtlijn.

Verder moet men kritisch kijken naar de bronnen en of deze al dan niet gedateerd zijn. Op korte tijd kunnen er herzieningen gepubliceerd worden van de oorspronkelijke bronnen, waardoor sommige aanbevelingen niet meer van toepassing of gewijzigd zijn. Het is dus de verantwoordelijkheid van de arts om te zorgen dat hij steeds nagaat of een richtlijn nog wel relevant is en of er geen nieuwere richtlijnen gepubliceerd zijn.

We hebben er voor gekozen om een peer review te doen in onze seminariegroepen. Dit maakt dat we de mening hebben van jonge artsen. Op zich zouden deze nog beter op de hoogte moeten zijn van de verschillende richtlijnen vanwege hun examens in het kader van de opleiding, maar door hun leeftijd is hun ervaring eerder beperkt. Daarom kan men vragen stellen bij de kennis rond praktische haalbaarheid van sommige van onze aanbevelingen.

Conclusie:

Ter samenvatting kunnen we duidelijk stellen dat de hoeksteen van de behandeling compressietherapie is. Welk type beslist men dan weer verder in functie van zijn patiënt en de praktische haalbaarheid. Het is echter belangrijk dat deze zowel tijdens de behandeling, als ook ter preventie nadien wordt verder gezet. Bij deze preventie hoort ook nog de huidverzorging, een huid in betere conditie is immers minder geneigd om chronische wonden te ontwikkelen.

Het is belangrijk te onthouden dat er geen plaats is voor topische antibiotica. Systemische antibiotica zoals amoxicilline-clavulaanzuur of flucloxacilline kunnen dan weer ingezet worden bij een klinisch duidelijk geïnfecteerde wonde en na afname van een kweek. Indien een topisch antibacterieel middel wenselijk is, kan men topische antiseptica gebruiken zoals povidonjodium of chloorhexidine.

Verder mag men niet vergeten oog te hebben voor de mogelijke co-morbiditeit. Indien deze nog niet in kaart gebracht is, kan men met een beperkt labo-onderzoek naar bloedbeeld, CRP, glycemie en nierfunctie reeds veel te weten komen over de te corrigeren co-morbiditeit.

Indien men echter te maken krijgt met een erg pijnlijk ulcus, een atypisch verloop, een atypische presentatie, uitgebreide zwarte necrose of tekenen van perifeer vaatlijden (EAI<0,8), dan is het noodzakelijk de diagnose te herevalueren en indien er twijfel is over de oorzaak of indien men te maken heeft met een ulcus dat reeds twee à drie maanden geen tekenen van genezing vertoont ondanks adequate behandeling, is verwijzing wenselijk.

Bronnen:

[1] Doel EBMPracticeNet, te raadplegen op: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Doel.aspx

[2] The ADAPTE Collaboration (2009), *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline adaptation. Version 2.0*, Available from: http://www.g-i-n.net

[3] AGREE Next Steps Consortium., *AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen.*, Mei 2009. Te raadplegen op: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf

[4] Atkins D, Best D, Briss P, at al., *Grading quality of evidence and strength of recommendations*., *BMJ* 2004;328:1490-500.

[5] Van Royen P, *Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven*, Huisarts Nu *november 2008; 37(9)*

[6] Van Hof N, Balak FSR, Apeldoorn L, De Nooijer HJ, Vleesch Dubois V, Van Rijn-van Kortenhof NMM. *NHG-Standaard Ulcus cruris venosum (Tweede herziening)*, Huisarts Wet 2010:53(6):321-33.

[7] Brittenden J., Baker P., et al, *Management of chronic venous leg ulcers,* SIGN, August 2010

[8] Angel D., Barker J, et al, *Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers.,* Australian Wound Management Association, 2011

[9] Malanin K., Kuokkanen H. *Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers,* EBM guidelines, 31.5.2013

[10] Barwell JR, Davies CE, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A et al., *Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial.,* Lancet 2004;363:1854-9.

[11] Dix F, Reilly B, David M *et al., Effect of leg elevation on healing, venous velocity and ambulatory venous pressure in venous ulceration.,* Phlebology 2005; 20(2):87–94.

[12] Amsler F, Willenberg T, Blattler W., *In search of optimal compression therapy for venous leg ulcers: A meta-analysis compaired divers bandages with specifically designed compression stockings,* J Vasc Surg 2009;50(3):668-74.

[13] Nelson EA, Prescott RJ, Harper DR, Gibson B, Brown D, Ruckley CV., *A factorial, randomized trial of pentoxifylline or placebo, four-layer or single-layer compression, and knitted viscose or hydrocolloid dressings for venous ulcers.,* J Vasc Surg 2007;45(1):134-41.

[14] Formularium WZC 2014, te raadplegen op http://www.farmaka.be/nl/formularium/259#main

[15] Nelson EA, Bell-Syer SEM, *Compression for recurrence of venous ulcers*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2014

[16] Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW., *NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (Eerste herziening)*, Huisarts Wet 2007;50(9): 426-44.

[17] Australian Wound Management Association Inc (AWMA)., *Position Document of the Australian Wound Management Association: Bacterial impact on wound healing: From contamination to infection*., AWMA, 2009

[18] Guidance on prescribing. In: The British National Formulary No. 59. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2010.

[19] O'Meara S, Al-Kurdi D, Ovington LG., *Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers.*, Cochrane database of Systematic Reviews 2010

[20] Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW, *NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (Eerste herziening)*, Huisarts Wet 2007;50(9): 426-44.

Bijlagen:

Bijlage 1:

1. Welke elementen uit anamnese en ko zijn van belang in het differentiëren in verschillende oorzaken van ulcus cruris?		
PIPOH-elementen	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met ulcus cruris	
Interventions	Anamnese en klinisch onderzoek (doppler/ EAI valt ook onder KO)	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Differentiatie etiologie	
Healtcare Setting	1e lijn	

2. Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in de eerste lijn voor veneus ulcus?		
PIPOH-elementen	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met veneus ulcus	gemengd ulcus, andere ulcustypes
Interventions	Behandeling	lokale wondzorg
Professionals	Huisarts	
Outcomes	(bevordering van)genezing ulcus	
Healtcare Setting	1e lijn	

3. Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in eerste lijn bij arterieel ulcus?		
PIPOH-elementen	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met arterieel ulcus	
Interventions	Behandeling	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	(bevordering van)genezing ulcus	
Healtcare Setting	1e lijn	

4. In welke gevallen van ulcus cruris dienen antibiotica opgestart te worden in de eerste lijn?		
PIPOH-elementen	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met ulcus cruris	
Interventions	Antibiotica	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Genezing ulcus	
Healtcare Setting	1e lijn	

5. Welke methodiek wordt gebruikt voor de verbandkeuze bij de wondzorg van ulcus cruris?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Patienten met veneus ulcus, chronisch ulcus	
Interventions	Wondzorgadviezen, concept voor verbandkeuze	
Professionals	Huisarts, verpleegkundige	
Outcomes	(bevordering van) genezing ulcus	
Healtcare Setting	Eerstelijnsgezondheidszorg, huisartspraktijk, ambulante patiënt	

6. Bij welke patiënten met een ulcus cruris is doorverwijzing naar 2e lijn aangewezen?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Patienten met veneus ulcus	
Interventions	Verwijzing naar tweede lijn	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	(bevordering van) genezing ulcus, betere diagnostiek, recidief preventie	
Healtcare Setting	Eerstelijnsgezondheidszorg, huisartspraktijk, ambulante patiënt	

Bijlage 2

RICHTLIJN TITEL: **NHG-Standaard Ulcus cruris venosum**

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	5	5	
	2	4	3	
	3	5	4	
TOTAAL /21		14	12	
Stakeholder involvement	4	6	6	
	5	5	4	Vanwege noot 3 en 16 onderaan de richtlijn
	6	7	6	
TOTAAL /21		18	14	
Rigour of development	7	6	6	
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handleiding_standaarden_2015.pdf	8	4	3	goede algemene beschrijving, geen specifieke voor deze richtlijn
	9	6	6	
	10	4	5	
	11	6	7	Na doorlezen van de noten verhoog ik mijn cijfer...
	12	6	6	
	13	6	6	
	14	3	3	Nog verder uitzoeken
TOTAAL /56		41	43	
Clarity and presentation	15	6	7	
	16	6	7	
	17	6	7	
TOTAAL /21		18	21	
Applicability	18	3	3	
	19	5	6	
	20	2	3	Noot 19 en 20
	21	5	5	
TOTAAL /28		15	17	
Editorial independence	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	

OVERALL ASSESSMENT	5 - 6	6	**REMARKS**
Strongly recommend			
Recommend (with provisos / alterations)	**x**	x	
Would not recommend			
Unsure			

RICHTLIJN TITEL: **SIGN Management of chronic venous leg ulcers**

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	4	5	
	2	5	6	Annex 1: key questions!
	3	5	4	
TOTAAL /21		14	15	
Stakeholder involvement	4	7	6	
	5	5	6	
	6	7	7	
TOTAAL /21		19	19	
Rigour of development	7	6	6	
http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf	8	5	4	ook algemeen, maar niet concreet voor richtlijn
	9	5	5	
	10	6	6	
	11	6	6	
	12	6	7	
	13	6	6	
	14	7	7	
TOTAAL /56		47	47	
Clarity and presentation	15	6	7	
	16	6	7	
	17	6	7	
TOTAAL /21		18	21	
Applicability	18	5	6	
	19	6	7	
	20	6	6	
	21	5	6	
TOTAAL /28		22		
Editorial independence	22	6	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		13	14	

OVERALL ASSESSMENT	6	6	**REMARKS**
Strongly recommend	**x**	**x**	
Recommend (with provisos / alterations)			
Would not recommend			
Unsure			

RICHTLIJN TITEL: **Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers**

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	6	6	
	2	6	6	
	3	6	6	
TOTAAL /21		18	18	
Stakeholder involvement	4	5	5	er waren geen GP's in de groep
	5	5	5	
	6	6	6	punt 4.4 niet voldoende?
TOTAAL /21		16	16	
Rigour of development	7	7	7	
	8	7	7	
	9	6	6	
	10	6	6	
	11	6	5	
	12	7	7	
	13	6	6	
	14	6	5	
TOTAAL /56		51	49	
Clarity and presentation	15	6	6	
	16	6	6	
	17	6	7	
TOTAAL /21		18	19	
Applicability	18	5	5	
	19	6	5	
	20	6	5	
	21	2	1?	Soms in de practice points wat
TOTAAL /28		19	16	
Editorial independence	22	6	6	http://www.nzwcs.org.nz/about-us/committee-and-coordinators http://www.awma.com.au/pages/research_awmrf.php This publication reflects the views of the authors and not necessarily the views of the Australian Government.
	23	6	6	
TOTAAL /14		12	12	

OVERALL ASSESSMENT	6	5	**REMARKS**
Strongly recommend	**x**		
Recommend (with provisos / alterations)		x	
Would not recommend			
Unsure			

Bijlage 3

Informatiepamflet

Feedback op geadapteerde richtlijn " Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers"

Beste deelnemer,

Vooreerst onze dank voor uw interesse om deel te nemen aan dit onderzoek. De studie kadert in een onderzoeksproject van de onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde en Dermatologie (Universiteit Gent) over de geadapteerde Duodecimrichtlijn " Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers".

Tijdens dit onderzoek zullen wij u in groep enkele (fictieve) casussen voorstellen. Hierbij zullen wij u enkele MCQ-vragen of stellingen voorleggen over de diagnostische of therapeutisch stappen dewelke u zou ondernemen bij de vermelde casus. De antwoorden van de groep worden getoetst aan de aanbeveling geformuleerd in de richtlijn. Bij discrepantie tussen de antwoorden, zullen wij vragen waarom u anders oordeelt dan de aanbeveling: gaat het omdat u nog niet van deze kennis op de hoogte was, zijn er praktische bezwaren, heeft u andere ervaringen bij dergelijke patiënten…? Naargelang de feedback die we vanuit de groep krijgen, kunnen wij onze aanbeveling aanpassen of er bemerkingen aan toevoegen, zodat de richtlijn beter toepasbaar is in de Belgische zorgcontext.

In een tweede deel zullen we u folders voorleggen. De eerste folder is voor de huisarts bestemd en bevat een beknopte en overzichtelijke samenvatting van de richtlijn. Een tweede folder bevat beknopte informatie over veneuze ulcera en het belang van compressietherapie, op maat van de patiënt. Een derde en vierde folder bevat informatie voor zorg- en verpleegkundigen over wat zij in eerste instantie kunnen doen bij een ulcus, wanneer zij een arts moeten verwittigen, hoe zij de compliance kunnen ondersteunen… Hierbij zullen we aan de groep eveneens feedback vragen: wat is goed aan deze folders, wat kan beter of anders?

Een volledige deelname aan het onderzoek zal ongeveer 40 minuten duren. Het staat u evenwel vrij om ten allen tijde uw deelname stop te zetten.

U krijgt geen financiële vergoeding voor uw deelname.

Alle gegevens van het onderzoek zullen op anonieme wijze worden verwerkt. Tijdens het onderzoek zullen wij nooit vragen naar uw naam of andere persoonlijke gegevens waaruit we uw identiteit kunnen achterhalen (zoals uw adres, uw geboortedatum, uw telefoonnummer of e-mail). Een beknopte samenvatting van de resultaten van dit onderzoek zullen beschikbaar zijn via de website van ICHO (icho-info.be)

De onderzoekers ,

Lot Van de Moortel Laurens Laeremans

Bijlage 4

Aanpak van veneus ulcus

Adaptatie van Duodecimrichtlijn naar Belgische zorgcontext

Even voorstellen

- Lot Van de Moortel en Laurens Laeremans
- HAIO
- Masterproef
- Adaptatie Duodecimrichtlijn (Finland) naar Belgische zorgcontext.
- EBM PracticeNet

Vandaag

- Graag feedback op onze aanbevelingen
- Adhv casussen
- Enkele topics geselecteerd
  - Diagnostiek
  - Basisbehandeling (excl. Wondzorg)
  - Antibiotica/antiseptica
  - Verwijzing?

Casus 1 - Julia

- Julia, 79 jaar
- VG: AHT, DM2, 2011: NSTEMI, coronaire stenting, chronisch hartfalen
- Medicatie: Asaflow 80mg 1/d, Metformine 500mg 3/d, Bisoprolol 5mg 1/d, Lisinopril 5mg 1/d, Zocor 40mg 1/d, Burinex 1mg 1co/2d, Steovit forte
- Huidig probleem: 3 weken geleden gehaperd aan een tak in de tuin waardoor wondje thv mediale wijde linkerenkel. Zelf wat ontsmet en plakker op gelegd. Maar nu al 3 weken en geen beterschap



Vraag 1- Diagnostiek

Zal je bij je klinisch onderzoek een Enkel-Arm index bepalen?

A. Neen, dit is duidelijk een veneus ulcus
B. Neen, tenzij er ook claudicatioklachten zijn
C. Neen, tenzij geen voelbare A. Dorsalis pedis
D. Ja, sowieso bij elk chronisch ulcus
E. Ja, er zijn toch risicofactoren op perifeer arterieel vaatlijden

Onze aanbeveling

- Men gaat via het klinisch onderzoek tekenen van perifeer arterieel vaatlijden na:
  - vergelijk in het linker- en rechterbeen de huidtemperatuur en de capillary refill
  - palpeer de pulsaties van de a. femoralis, a. tibialis posterior en a. dorsalis pedis.
  - Bepaal de enkel-armindex als de a. dorsalis pedis bij lichamelijk onderzoek niet palpabel is.

(GRADE 1A)

Praktische haalbaarheid?

Vraag 2 -Behandeling

Welk beleid stel je voor aan Julia?

A. Lokale wondzorg met Flaminal hydro.
B. Lokale wondzorg en levensstijladviezen (hoogstand benen, regelmatig bewegen, kuitspieroefeningen)
C. Wondzorg, adviezen en compressietherapie
D. Wondzorg, adviezen, compressietherapie en flavonoïden (Daflon bvb)

Onze aanbeveling

- Adviseer aan patiënten hoogstand van het been, beweging, kuitspieroefeningen.

(GRADE 1C)

- Het aanleggen van compressietherapie is essentieel.

(GRADE 1A)

- Over het effect van aspirine, orale zinksupplementen en flavonoïden is onvoldoende betrouwbare evidentie beschikbaar om hierop een aanbeveling te baseren.

(GRADE 1D)

Uw mening?

Welk type compressie in de praktijk?

- Compressiekousen
- Compressiewindels type korterek (Rosidal bvb)
- Compressiewindel type langerek (Dauerbinde bvb)
- Andere?

Onze aanbeveling

- Voor compressietherapie gaat de voorkeur gaat uit naar **meerlagige** verbanden met een elastische component. Welke type gekozen wordt hangt af van de voorkeuren van patiënt, ervaring van zorgverlener, .. (GRADE 2C)

  PP: In België is er meest ervaring met Dauerbinde (1-lagig, langerek verband) en Rosidal (2-lagig, korterek). **Eerste keus is een Rosidalverband**: indien goed aangelegd, mogen deze 24u aanblijven, gezien deze voor een lage rustdruk zorgen, maar bij minimale beweging ontstaat een hogere druk. Bij bedlegerige of nauwelijks mobiele patienten opteert men voor Dauerbinden, gezien deze een hoge rustdruk geven. Deze dienen aangelegd te worden voor opstaan en bij slapengaan opnieuw afgedaan worden.

- Compressiekousen kunnen ook aangewend worden als compressietherapie. (GRADE 1B)

  PP: Er wordt aangeraden om met windels het been eerst te ontzwellen, bij ontzwollen been kan men compressiekousen aanmeten. Omwille van moeilijker aan te trekken indien onderliggend ulcus en wondverbanden; worden kousen vooral gebruikt bij recidiefpreventie.

Casus 2 - Marcel

- Marcel, 73 jaar
- VG: degeneratief ruglijden, THP rechts owv gevorderde coxarthrose, cholecystectomie
- Recent: veneus ulcus linker been waarvoor compressie met Rosidal en wondzorg.
- Medicatie: Paracetamol 1g 3/d, Pantomed 20mg 1/d, Simvastatine 20mg 1/d

- Huidig probleem: Jaarlijkse controle bloedonderzoek en voorschriften. Klaagt van "dikke voeten"

Klinisch onderzoek

- BD: 135/85 mmHg
- pols: 75 bpm
- Normale hart- en longauscultatie
- Licht pitting oedeem thv beide enkels>



Vraag 3 - Recidiefpreventie

Wat beveel je aan bij Marcel?

A. Een diureticum
B. Hydraterende crème
C. Levensstijladviezen
D. Compressietherapie
E. Verwijzing voor behandeling van varices

* Meerdere antwoorden mogelijk

Onze aanbeveling

- Indien het ulcus geheeld is en de onderliggende veneuze ziekte niet te corrigeren valt, is het belangrijk **compressietherapie** voor te schrijven en moet deze zo stevig mogelijk zijn als verdragen wordt door de patiënt . (GRADE 1B)
- **Diuretica** zijn alleen zinvol indien er sprake is van oedeem ten gevolge van hartfalen. Bij statisch oedeem door CVI zijn diuretica niet zinvol. (GRADE 1A)
- **Huidverzorging** is erg belangrijk. Om de huid in goede conditie te houden is het advies om elke dag de huid met een indifferente crème/zalf in te smeren (GRADE 1B)
  - Bvb. vaselinecetomacrogolcrème of coldcream
  - Hypoallergeen en parfumvrij
- Ter preventie van perifeer oedeem raden we **hoogstand** van de benen aan bij het zitten en raden we het af om gedurende lange tijd recht te staan. (GRADE 1C)

Casus 3 – Georgette

Reeds 4 weken behandeld voor veneus ulcus. Initieel goede evolutie, maar nu stagnatie, meer pijn en etterig beslag.



Vraag 4 - infectie

Wat stel je voor bij vermoeden van een geïnfecteerd ulcus?

A. Fucidin zalf
B. Iso-betadine gel
C. Kweek van wonde nemen en afwachten
D. Zilverhoudend verband
E. Systemische antibiotica
F. Debrideren van etterig beslag
G. Wondzorg idem verder

Onze aanbeveling

- Enkel bij een **klinisch beeld van een wondinfectie** hebben systemische antibiotica hun plaats. Er is geen plaats voor het gebruik van antibacteriële zalven. (GRADE 1A)
- Necrotisch materiaal dient verwijderd te worden, evenals purulent exsudaat ter optimalisatie van het wondmilieu. Er is onvoldoende evidentie om een specifieke methode voor debridement aan te bevelen. (GRADE 2C)
- Het routinematig gebruik van topische antiseptica bij elke wonde wordt niet aanbevolen. (GRADE 1B)
- Het gebruik van **topische antiseptica** (povidon jood/chloorhexidine, ...) kan overwogen bij een ulcus met verhoogd infectierisico. (CBR)
- Het gebruik van **topische antibiotica** wordt afgeraden omwille van risico op resistentie en allergische reacties. (GRADE 1B)
- Het gebruik van producten en verbanden op basis van **honing of zilver** wordt niet aangeraden . (GRADE 2B)

Vraag 5 - verwijzing

Julia

De wonde van Julia behandel je nu al 3 maand. Je hebt verschillende verbandmiddelen geprobeerd maar er is geen evolutie.

Marcel

Marcel vraagt of er geen andere definitieve oplossing bestaat voor zijn 'spataders', zodat hij die kousen niet meer hoeft te dragen.

Georgette

Ondanks verdwijnen van de wondinfectie en de vrij goede evolutie van de wonde, blijft Georgette klagen van meer en meer pijn.

Wie verwijs je en waarom?

Onze aanbeveling

- Verwijs naar een dermatoloog, vaatchirurg of multidisciplinaire wondkliniek indien er **twijfel is over de oorzaak** van het ulcus of indien het ulcus geen tekenen van genezing vertoont na **2 à 3 maanden** behandelen. (1CBR)
  - Herevalueer diagnose bij: atypische presentatie, atypisch verloop, tekenen van perifeer vaatlijden (AEI<0.8), erg pijnlijk ulcus, uitgebreide zwarte necrose…
- Verwijs voor een biopsie en eventuele chirurgische behandeling bij **verdenking op maligniteit**. (1 CBR)
- Verwijs patiënten met **belangstelling voor chirurgische behandeling van chronische veneuze insufficiëntie** naar een vaatchirurg voor duplex en behandeling, ter vermindering van recidieven. (GRADE 2B)

Steekkaart

- Steekkaart voor huisartsen
- Nuttig?
- Tekorten?
- Overbodigheden?

Bedankt

Bijlage 5

Steekkaart ulcus cruris

Oppuntstelling:

1) Anamnese:
    a. Relevante voorgeschiedenis (Hart- en vaatziekten, diabetes, neurologische aandoeningen)
    b. Eigenschappen ulcer: Locatie, begrenzing, geur
    c. Jeuk
    d. Oedemen

2) Klinisch onderzoek:
    a. Tekenen CVI onderbeen:
        i. Varices
        ii. Corona phlebectatica
        iii. Pitting-oedeem
        iv. Orthostatisch eczeem
        v. Huidveranderingen: Atrofie blanche, hyperpigmentatie, hyperkeratose, induratie (verharding van omliggend weefsel) en dermatoliposclerose.
    b. Tekenen perifeer arterieel lijden:
        i. Vergelijk in het linker- en rechterbeen de huidtemperatuur en de capillaire refill
        ii. Palpeer de pulsaties van de a. femoralis, a. tibialis posterior en a. dorsalis pedis. Wanneer deze laatste niet palpabel is, bepaal je de enkel-armindex[1].
    c. Tekenen van hartfalen:
        i. Aanwezigheid van perifeer pitting oedeem
    d. Tekenen van insufficiëntie lymfesysteem:
        i. Aanwezigheid van perifeer non-pitting oedeem

3) Behandeling:
    a. Algemeen:
        i. Oedeemcontrole door hoogstand, beweging en kuitspieroefeningen
        ii. Compressietherapie[2]
        iii. Laboratoriumdiagnostiek niet routinematig[3]
        iv. Systemische antibiotica zo geïndiceerd[4]
        v. Eventueel Pentoxyfilline 400mg 3/d[5]

[1] Een enkel-armindex tussen 0,8 en 1,2 wordt algemeen aanvaard als een goede arteriële doorbloeding indien er verder geen klinische tekenen zijn van arteriële ziekte. Een index lager dan 0,8 in combinatie met een klinisch beeld van arteriële ziekte wijst op arteriële insufficiëntie, terwijl een index hoger dan 1,2 suggestief is voor arteriële calcificaties.

[2] De voorkeur gaat uit naar meerlagige verbanden met een elastische component. Welke type gekozen wordt, hangt oa af van de voorkeuren van patiënt en ervaring van zorgverleners. Wanneer het been ontzwollen is, kan men, indien gewenst, overschakelen naar een compressiekous klasse II.

[3] Slechts bij verdenking van een onderliggende aandoening, met speciale aandacht voor anemie, diabetes en hartfalen.

[4] Enkel bij klinisch geïnfecteerde wondinfecties, alsook bij bewezen infecties met hemolytische streptokokken hebben systemische antibiotica hun plaats. Er is geen plaats voor het systematisch gebruik van antibacteriële zalven.

[5] Al dan niet in combinatie met compressie. Aandacht voor neveneffecten en dosisreductie igv nier/leverinsufficientie. Over het effect van aspirine, orale zinksupplementen en flavonoiden is onvoldoende betrouwbare evidentie beschikbaar om hier een aanbeveling op te baseren.

4) Wondzorg:
    a. Reiniging wonde
    b. Beoordeling wonde volgens TIME-concept:
        i. Beoordeling van de wondbodem (Tissue), nakijken tekens van infectie (Infection), beoordelen vochtbalans (Moisture), beoordelen huidranden (Edge)
    c. Topische antiseptica overwegen bij verhoogd infectierisico maar niet aangeraden
    d. Niet inklevend verband of actieve verbandmiddelen

5) Preventie:
    a. Correctie co-morbiditeit
    b. Behandeling oedeem in eerste plaats door compressietherapie
    c. Huidverzorging: ‘s avonds aanbrengen hydraterende crème

6) Verwijzen:
    a. Bij twijfel over oorzaak ulcus (veel PIJN, necrose, atypische presentatie, hoge bloedingsneiging, hypergranulatie, overmatig exsudaat, geur…)
    b. Geen tekenen van genezing na 2 à 3 maanden behandeling
    c. Indicatie en interesse voor heelkunde, lasertherapie of sclerotherapie

7) Nuttige adressen:
    a. Hoe schrijf ik verbanden voor?: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/lijst_magistrale_bereidingen_hoofdstukVI.pdf
    b. Wie heeft er recht op een tegemoetkoming en hoe vraag ik deze aan?: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/tegemoetkoming-prijs-actieve-verbandmiddelen.aspx#.VsSpYU1REdU

Bijlage 6

Wanneer moet ik een arts raadplegen?

Van zodra je denkt een nieuw open been te hebben, raadpleeg je best een arts. Hij kan dan meteen nagaan of het inderdaad om een open been gaat en welke behandeling moet gestart worden.
Daarna laat je de wonde best regelmatig controleren door je huisarts.

In een aantal gevallen moet je sneller dan de voorziene controle je arts raadplegen:

- Wanneer je toenemende pijn hebt aan de wonde.
- Wanneer de huid rondom de wonde rood ziet en warm aanvoelt. Het kan zijn dat de wonde geïnfecteerd is.
- Wanneer je pijn hebt in het been na het aanleggen van de windels, die niet betert met enkele minuten rond te lopen.
- Wanneer je de voorgeschreven behandeling niet verdraagt, om gelijk welke reden, en je hierdoor de behandeling niet kan volhouden. Door erover te praten kan je samen met de arts tot een oplossing komen.

Contactgegevens arts:

Stempel arts

Praktische tips

Aanleggen van steunwindels

Bij een nieuw open been zal de arts je meestal eerst windels voorschrijven.

De windels moeten dagelijks aangebracht worden. Aanbrengen gebeurt voor je opstaat, uitdoen wanneer je naar bed gaat. Het is belangrijk dat de windels goed aangelegd worden, daarom gebeurt dit best door een verpleegkundige.

Aantrekken van steunkousen

Steunkousen zijn erg stijf om voldoende druk te kunnen geven. Het is daardoor niet altijd even makkelijk om ze aan te trekken.

Als je er zelf niet in slaagt om de kousen aan te trekken, kan je de hulp inroepen van je partner, familielid of een verpleegkundige. Er bestaan ook verschillende hulpmiddelen voor het aantrekken van kousen. Deze zijn verkrijgbaar bij een bandagist of zorgwinkel van je ziekenfonds.

Wasinstructies

De windels en kousen was je best regelmatig. Dit doe je met de hand of op een programma voor fijne was op 40°C.

Wring je windels of kousen niet uit. Als je ze sneller wilt laten drogen, wikkel ze dan in een handdoek en druk ze goed uit.

Laat de kousen best liggend op een rek drogen. Droog de kousen niet in de droogkast, bij de kachel, op de verwarming of in de zon. Kousen blijven tot 50 wasbeurten hun rek goed behouden.

Vervang je steunkousen na 6 maand.

Open been

Folder voor de patiënt en mantelzorgers



Wat is een open been?

Wat is het?

Een open been is een wondje aan het onderbeen, meestal ter hoogte van het scheenbeen of de enkels. Het ontstaat vaak spontaan, soms na het kwetsen van het been. Het wondje begint klein en wordt groter. Normale wondjes genezen spontaan in ongeveer een week. Bij een open been *geneest het wondje heel langzaam of niet*.

Hoe wordt een open been veroorzaakt?

Een open been wordt veroorzaakt door de een *verminderde bloeddoorstroming* in de benen. De aders in de benen zetten uit (spataders). Daardoor keert het bloed moeilijk terug naar het hart. Hierdoor gaat het vocht zich opstapelen in de huid, waardoor deze kwetsbaar wordt en moeilijker geneest. De huid kan hierdoor ook verkleuren, harder worden en jeuken.

Hoe kan een open been behandeld worden?

Om een open been te laten genezen moet de bloeddoorstroming in de benen hersteld worden. Om de terugkeer van het bloed te bevorderen en te vermijden dat er zich vocht in de huid opstapelt is het noodzakelijk om *steunwindels of steunkousen* te dragen. Deze zorgen voor druk op het been, waardoor het bloed naar het hart gepompt wordt.

Ook door voldoende beweging van de benen wordt het bloed teruggepompt. Door de benen om hoog te leggen wordt de terugkeer eveneens bevordert.

Daarnaast moet de wonde natuurlijk ook goed verzorgd worden.

Wat kan ik zelf doen?

Dagelijks steunwindels dragen

Het allerbelangrijkste om een open been te laten genezen is het herstel van de bloeddoorstroming. Hiervoor zijn steunwindels of -kousen essentieel. Draag ze zeker dagelijks vanaf het moment van opstaan totdat je weer gaat slapen.

Verdraag je de windels of kousen echt niet, meld dit dan aan je arts zodat hij/zij een oplossing of alternatief kan voorstellen.

Laat wondzorg over aan professionals.

Smeer niet zelf allerlei producten aan de wonde. Je laat de keuze van product best over aan een arts of verpleegkundige. Daarna kan je eventueel wel zelf de verzorging vederzetten zoals voorgeschreven.

Hoogstand

Wanneer je neerzit, leg dan je benen omhoog. Je tenen moet op hoogte van je ogen komen. Je knieën zijn licht geplooid.



Stop met roken

Roken zorgt voor een trage wondgenezing. Door te stoppen met roken, bevorder je dus de genezing.

Bewegen

Zorg voor voldoende beweging. Door beweging trekken je kuitspieren samen en wordt je bloed als het ware naar je hart gepompt. Je hoeft geen grote inspanningen te doen, het gaat er vooral om dat je je benen doet bewegen.

Loop regelmatig rond, waarbij je je voeten goed laat afrollen. We raden aan om elk uur minstens enkele minuten rond te stappen.

Doe af en toe oefeningen voor je kuitspieren. Hieronder vind je enkele oefeningen. Deze kan je ook uitvoeren wanneer je zit of ligt.

Oefening 1
Wanneer je neerligt, hef je elk been om beurt een beetje omhoog.

Oefening 2
Hef je je tenen en je hielen afwisselend omhoog terwijl je op een stoel zit.

Oefening 3
Ga achter een stoel staan en neem de leuning vast. Ga op de toppen van je tenen staan en laat je terug op de hielen zakken. Herhaal dit een paar keer.

Oefening 4
Draai rondjes met je voeten als je zit of ligt.

Oefening 5
Zit op een stoel en steun op je hielen. Draai je tenen naar buiten.

Om een nieuw open been te vermijden

Blijf zeker je steunkousen of -windels dagelijks dragen!

Houd je huid soepel door ze dagelijks in te wrijven met een vette crème. Laat deze crème voorschrijven door je arts.

Let op dat je je benen niet stoot of kwetst.

Bijlage 7

Aan- en uittrekken van steunkousen

- Steunkousen zijn erg stijf om voldoende druk te kunnen geven, waardoor de patiënt deze zelf moeilijk kan aantrekken. Als zorgkundige kan je hierbij een goede hulp zijn. Een vlotte ***aantrektechniek***:

  - Steek je hand in de kous en neem de binnenzijde van de hiel vast.
  - Trek de kous binnenste buiten tot aan de hiel.
  - Zit voor de patiënt en laat zijn voet op je schoot rusten, met de voet in 90°.
  - Steek de tenen in de kous en trek de kous tot de hiel op de juiste plaats zit.
  - Rol de rest van de kous over het onderbeen. De kous moet tot 2 cm onder de knieplooi komen.
  - Controleer of de hiel goed zit en er geen plooien in de kous meer zitten.

- Trek de kousen 's morgens aan wanneer de patiënt nog in bed ligt of net na het opstaan. Trek de kousen uit bij het slapengaan.
- Met ***rubberen handschoenen*** met profiel heb je meer grip op de kousen. Hierdoor rek je de kousen ook minder uit en gaan ze langer mee.
- Gebruik ***geen talkpoeder***, dit droogt de huid uit en maakt ze extra kwetsbaar.
- Wrijf na het uittrekken de benen in met een ***neutrale hydraterende crème***.
- Is het te moeilijk om de kousen aan te trekken, kan je de patiënt adviseren een ***hulpmiddel*** aan te schaffen. Deze zijn verkrijgbaar bij bandagist of zorgwinkel van mutualiteit.

Wanneer moet een arts of verpleegkundige verwittigd worden?

Van zodra je een ***nieuw open been*** opmerkt bij een patiënt, laat je best een arts of verpleegkundige contacteren, of neem je zelf contact op indien de patiënt akkoord gaat. Hij kan dan meteen nagaan of het inderdaad om een open been gaat en welke behandeling moet gestart worden.

In een aantal gevallen moet eveneens een arts of verpleegkundige geraadpleegd worden:

- Wanneer de patiënt klaagt van ***toenemende pijn aan de wonde***.
- Wanneer de huid rondom de wonde ***rood ziet en warm aanvoelt***. Het kan zijn dat de wonde geïnfecteerd is.
- Wanneer de patiënt klaagt van ***pijn in het been na het aanleggen van de windels of kousen***, die niet betert met enkele minuten rond te lopen.
- Wanneer de patiënt de voorgeschreven behandeling, om gelijk welke reden ***niet kan volhouden***. De arts kan dan eventueel een andere oplossing voorzien.

Laat wondzorg over aan verpleegkundigen en arts. Tenzij je duidelijke instructies gekregen hebt.

Stempel arts

Open been

Folder voor zorgkundigen en mantelzorgers



Wat is een open been?

Wat is het?

Een open been is een wondje aan het onderbeen, meestal ter hoogte van het scheenbeen of de enkels. Het ontstaat vaak spontaan, soms na het kwetsen van het been. Het wondje begint klein en wordt groter. Normale wonden genezen spontaan in ongeveer een week. Bij een open been ***geneest het wondje heel langzaam of niet***.

Hoe wordt een open been veroorzaakt?

Een open been wordt veroorzaakt door de een ***verminderde bloeddoorstroming*** in de benen. De aders in de benen zetten uit (spataders). Daardoor keert het bloed moeilijk terug naar het hart. Hierdoor gaat het vocht zich opstapelen in de huid, waardoor deze kwetsbaar wordt en moeilijker geneest. De huid kan hierdoor ook verkleuren, harder worden en jeuken.

Hoe kan een open been behandeld worden?

Om een open been te laten genezen moet de bloeddoorstroming in de benen hersteld worden. Om de terugkeer van het bloed te bevorderen en te vermijden dat er zich vocht in de huid opstapelt is het noodzakelijk om ***steunwindels of steunkousen*** te dragen. Deze zorgen voor druk op het been, waardoor het bloed naar het hart gepompt wordt.

Ook door voldoende beweging van de benen wordt het bloed teruggepompt. Door de benen om hoog te leggen wordt de terugkeer eveneens bevordert.

Daarnaast moet de wonde natuurlijk ook goed verzorgd worden.

Hoe kan ik helpen?

Motiveer de patiënt over het belang van steunwindels

Het allerbelangrijkste om een open been te laten genezen of te voorkomen is het herstel van de bloeddoorstroming. Hiervoor zijn steunwindels of -kousen essentieel. Patiënten staan hier vaak weigerachtig tegenover, zeker na de genezing van de wonde. Probeer daarom mee de patiënt te motiveren tot het blijven dragen van deze windels en kousen.

Hoogstand

Herinner de patiënt om in rust de benen in hoogstand te leggen. Het is ideaal om ***3-4x per dag 30 min hoogstand*** aan te houden. Help om de ideale houding aan te nemen: halfliggend met de tenen op ooghoogte. Knieën in 20-30° flexie, heup in 40°, voeten in ca. 15°



Bewegen

Motiveer de patiënt om regelmatig te bewegen. Door beweging trekken de kuitspieren samen en wordt het bloed als het ware naar het hart gepompt.

Ga bvb. regelmatig een ***eindje stappen*** met de patiënt, waarbij je let op het goede afrollen van de voet.

Stimuleer de patiënt om ***kuitspieroefeningen*** te doen of doe ze samen. Hiernaast vind je enkele oefeningen, die ook in zit of lig kunnen uitgevoerd worden.

Oefening 1
Wanneer je neerligt, hef je elk been om beurt een beetje omhoog.

Oefening 2
Hef je je tenen en je hielen afwisselend omhoog terwijl je op een stoel zit.

Oefening 3
Ga achter een stoel staan en neem de leuning vast. Ga op de toppen van je tenen staan en laat je terug op de hielen zakken. Herhaal dit een paar keer.

Oefening 4
Draai rondjes met je voeten als je zit of ligt.

Oefening 5
Zit op een stoel en steun op je hielen. Draai je tenen naar buiten.

Hulp bij aan- of uittrekken van steunkousen en huidverzorging

Tips en adviezen vind je achteraan in deze folder

Onderhoudstips

Onderhoud van steunkousen

De windels en kousen worden best regelmatig (2x/week) gewassen. Ze dienen gewassen te worden met de hand of op een ***programma voor fijne was op 40°C***.

Wring je windels of kousen niet uit. Als je ze sneller wilt laten drogen, wikkel ze dan in een handdoek en druk ze goed uit.

Laat de kousen best ***liggend op een rek drogen***. Droog de kousen niet in de droogkast, bij de kachel, op de verwarming of in de zon. Kousen blijven tot 50 wasbeurten hun rek goed behouden.

Vervang de steunkousen na ongeveer 6 maand.

Bijlage 8



Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Laurens Laeremans

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: Lot Van de Moortel
Titel van het project :

Adaptatie van duodecimrichtlijn 'Conservatieve behandeling en plastische chirurgie ter behandeling van beenulcera'

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- o Praktijkverbeterend project
- o Onderzoeksproject
- o Literatuuronderzoek
- x **Duodecim-project**

Achtergrond/Aanleiding:

Het creëren van richtlijnen voor de gezondheidszorg, zorgt ervoor dat we als arts hetzelfde werken, waardoor het veel gemakkelijker is om een beleid uit te stippelen dat het meest geschikt is voor de patiënt.

Concrete vraagstelling:

Adaptatie van Duodecimrichtlijn i.v.m. beenulcera

Geplande methode:

FASE 1: Screeningsfase: 1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de PIPOH-elementen. 2. Zoeken naar relevante richtlijnen. 3. Screenen van de gevonden richtlijnen. 4. Waarderen van de geselecteerde richtlijnen (evaluatie via AGREE II, inventariseren van de inhoud, waarderen op courantheid, samenhang en toepasbaarheid). 5. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie. 6. Nazicht door de leescomissie. FASE 2: Adaptatiefase: 7. Eerste versie opmaken. FASE 3: Implementatiefase: 8. Peer review. 9. Formuleren van een praktijkconsensus. 10. Finaal nazicht door de leescommissie

Datum en handtekening

27.11.14	haio	27.11.14	praktijkopleider
26/11/2014	promotor	28.11.14	coördinator

Katelijn Vos

De Tania D'Hollander

Bijlage 9

Op basis van andere richtlijnen en wetenschappelijke evidentie maakten wij een adaptatie van de Finse Duodecim-ricthlijn " Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers". Hiervoor volgden we de gestandaardiseerde ADAPTE-procedure. In een tweede fase willen we deze geadapteerde richtlijn voorleggen aan peers. Op deze manier kunnen we eventueel aanpassingen doorvoeren of bemerkingen aanbrengen. Zodoende hopen we een breder draagvlak te creëren voor deze richtlijn. Daarnaast ontwikkelen we enkele ondersteunende folders of steekkaarten, gebaseerd op onze richtlijn,(voor de patiënt, voor de huisarts, voor de zorgkundige en voor de verpleegkundige). Zo willen we de implementatie en het gebruik van de richtlijn faciliteren.

Om feedback te verzamelen zouden we als volgt te werk gaan: we zullen een presentatie maken waarin we aan de hand van fictieve casussen onze aanbevelingen voorstellen. Om feedback uit te lokken, worden er bij deze casussen MCQ-vragen of stellingen geplaatst. Zodoende willen we nagaan wat de huidige praktijkvoering is,. Daarna stellen we onze aanbeveling voor en treden we in discussie over de eventuele verschilpunten tussen huidige praktijkvoering en de aanbevolen praktijkvoering. Dit willen we doen in 1 LOK-groep van huisartsen en 1 seminariegroep van huisartsen-in-opleiding (Haio's). De LOK-groep is de groep waarbij 1 van de onderzoekers aangesloten is. De seminariegroep is de groep waarin 1 van de onderzoekers deelneemt.

Om onze folders voor verpleegkundigen en zorgkundigen te toetsen, willen we onze folders graag voorleggen aan een groep van deze zorgverleners. Hiervoor zouden we contact opnemen met de beroepsgroep van Zorgkundigen (BeFeZo) en met het Wit-Gele Kruis, aangezien we specifiek mikken op thuisverpleegkundigen. Het WGK is immers een grote organisatie die actief is over heel Vlaanderen. Met de verzamelde feedback, dewelke anoniem verwerkt wordt, zullen wij onze richtlijn en folders aanpassen waar nodig en mogelijk. Zo hopen wij tot een praktisch bruikbaar instrument te komen waarmee evidence based medicine in de huisartspraktijk toegepast kan worden.

Bijlage 10

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Attn: Commissie voor Medische Ethiek

Weefselbank
Polikliniekgebouw 8 - Kelderverdieping
Prof. dr. Hilde BEELE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0108	08-mrt-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Adaptatie duodecimrichtlijn "Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers" - Implementatiefase: peer review van richtlijn en peer review van begeleidende folders. (ManaMa Laurens Laremans)

Belgisch Registratienummer: B670201627301

* Adviesaanvraagformulier dd. 13/01/2016 (volledig ontvangen dd. 22/01/2016)
* Informatiepamflet en informed consent

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. H. BEELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/02/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/02/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/02/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/02/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/03/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/03/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker vorrdt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0108	08-mrt-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0108

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. H. BEELE - UZ Gent - Weefselbank

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 86
sandra.depaepe@uzgent.be