Adaptatie Duodecim richtlijn "Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers" – behandeling en verwijzing van veneuze ulcera

Lot Van de Moortel, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Hilde Beele, Universiteit Gent

In samenwerking met: Laurens Laeremans

Master of Family Medicine 2014-2016
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Abstract 3

Inleiding 4

1. **Duodecim en EBM*Practice*Net** 4
2. **Keuze van het onderwerp** 4
3. **Veneus ulcus cruris** 5
4. **Doelstellingen** 5

Methode 7

1. **Screeningsfase** 7
2. **Adaptatiefase** 11
3. **Implementatiefase** 12

Resultaten 13

1. **Screeningsfase** 13
2. **Adaptatiefase** 20
3. **Implementatiefase** 26

Discussie 30

Conclusie 33

Afkortingen 35

Referenties 36

Bijlage 1: AGREE-evaluatie 39

Bijlage 2: GRADE-classificatie 42

Bijlage 4: Patiëntenfolder 43

Bijlage 5: Folder voor zorgkundigen 45

Bijlage 6: Goedgekeurd protocol 47

Bijlage 7: Goedkeuring Ethisch Comité 48

Abstract

Inleiding: Naarmate het belang van evidence-based medicine toeneemt in de eerste lijn, is er ook een toenemende nood aan wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. EBM*Practice*Net wilt hier een antwoord op bieden door het ter beschikking stellen van een databank met binnenlandse en buitenlandse richtlijnen over een groot aantal diverse onderwerpen. Hiervoor werden buitenlandse richtlijnen van de Finse vereniging Duodecim aangekocht. Deze richtlijnen worden geëvalueerd op inhoud, consistentie en toepasbaarheid en indien nodig geadapteerd naar de Belgische zorgcontext.
Veneuze ulcera zijn een chronisch gezondheidsprobleem met een belangrijke economische en sociale impact. Met deze adaptatie willen we de kennis versterken omtrent de lokale en algemene behandeling van veneuze ulcera en de indicaties tot verwijzing. In een tweede luik willen we het gebruik van deze richtlijn in een multidisciplinair kader ondersteunen door de ontwikkeling van informatiefolders.
Methode: De oorspronkelijke Duodecimrichtlijn werd geadapteerd naar de Belgische context door middel van de ADAPTE-procedure. Er werden klinische vragen opgesteld, waarvoor aanbevelingen werden gezocht door literatuurstudie van andere richtlijnen. De aanbevelingen werden geëvalueerd op courantheid, consistentie en toepasbaarheid. Vervolgens werden de aanbevelingen geadapteerd aan de recentere literatuur en de Belgische zorgcontext. De nieuwe richtlijn werd geëvalueerd door 2 seminariegroepen van huisartsen in opleiding. Er werden gebruiksklare folders ontwikkeld voor zorgkundigen en patiënten, dewelke ook werden geëvalueerd door de vertegenwoordigers van de doelgroep.
Resultaten: In de behandeling van veneuze ulcera speelt compressietherapie de hoofdrol. Over welke methode van compressie men verkiest is er geen eenduidigheid. Voor de wondzorg wordt aanbevolen om in eerste instantie de wonde te reinigen en af te dekken met een niet-inklevend verband. Voor de keuze van actieve verbandmiddelen kan men gebruik maken van het TIME-concept. Het routinematig gebruik van antiseptica wordt afgeraden; deze producten zijn enkel aanbevolen in geval van dreigende infectie. Verwijzing naar de tweede lijn is aangewezen bij een onvoldoende evolutie, atypische presentatie, twijfel over de diagnose of om indicatie tot behandeling van chronische veneuze insufficiëntie na te gaan.
Discussie: Adaptatie kan een manier zijn om tijd- en kostenefficiënt lokale richtlijnen te ontwikkelen. Gezien de zwakke originele richtlijn werden veel aanbevelingen herformuleerd of aangevuld en werd dit een tijdrovend project. Een belangrijk gemis in deze adaptatie is de beperkte multidisciplinaire inbreng en feedback van patiëntengroepen.
Conclusie: De oorspronkelijke Duodecim richtlijn werd, wat betreft het onderdeel veneuze ulcera, geadapteerd naar de Belgische zorgcontext. Hiermee hopen we de huisartsen te ondersteunen in het uitbouwen van een evidence-based beleid. Met behulp van de informatiefolders willen we kennis en therapietrouw bij de patiënt verhogen en een multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn faciliteren.

Inleiding

1. Duodecim en EBM*Practice*Net

EBM*Practice*Net is een online platform om evidence-based richtlijnen beschikbaar te stellen aan alle zorgverleners. Het initiatief voor het oprichten van deze geüniformiseerde databank werd genomen door het RIZIV (*Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering)* in 2010. Het RIZIV zorgt ook voor de financiering van dit platform. De coördinatie is in handen van CEBAM (*Belgisch centrum voor Evidence-based Medicine*), maar gebeurt in samenwerking met diverse organisaties die zich met EBM (*Evidence-based Medicine*) bezighouden (o.a. BCFI, Bapcoc, Minerva, Domus Medica…) [1]. Het doel is om wetenschappelijke kennis vlot toegankelijk te maken vanuit de praktijksituatie. Hiervoor is de databank gekoppeld aan de CEBAM Digital Library for Health en zijn er links geïntegreerd in de richtlijnen naar andere Belgische EBM-bronnen. Er is tevens een koppeling met de CEBAM Evidence Linker, waarmee richtlijnen rechtstreeks vanuit het elektronisch medisch dossier geraadpleegd kunnen worden. Deze Evidence Linker is geïntegreerd in de meeste softwarepakketten voor de eerste lijn. Zo heeft de zorgverlener met één muisklik toegang tot de nodige EBM-informatie [2].

De richtlijnen in de databank van EBM*Practice*Net zijn enerzijds Belgische richtlijnen , anderzijds is er een grote set buitenlandse richtlijnen opgenomen, die worden geadapteerd aan de Belgische zorgcontext. Deze buitenlandse richtlijnen zijn in hoofdzaak “Duodecim EBM Guidelines”. Dit zijn Finse richtlijnen, die ontwikkeld zijn een erkende methode. Daarnaast is het een zeer uitgebreide collectie van richtlijnen specifiek voor de eerste lijn.
De Duodecim-richtlijnen zijn erg beknopt en praktisch opgebouwd. Ze bevatten enkel de praktische, meest voorkomende en best onderbouwde informatie, zodat de zorgverlener zeer snel de nodige informatie terugvindt tijdens een consultatie.
De redactie van EBM*Practice*Net beoordeelt deze richtlijnen naar inhoud, consistentie en toepasbaarheid. Bij een negatief oordeel zullen deze richtlijnen worden herzien [3].

2. Keuze van het onderwerp

Er werd gekozen om de richtlijn “Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers”[4] te adapteren. Deze richtlijn had van de redactie van EBM*Practice*Net een negatief oordeel gekregen inzake inhoud, consistentie en toepasbaarheid.
De Duodecim-richtlijn beschrijft diagnostiek en behandeling voor zowel het veneus ulcus als voor arteriële en decubitus ulcera. Er word eveneens diep ingegaan op wondzorg en chirurgische opties. Om een goede herziening haalbaar te houden binnen de voorziene tijdsspanne, werd het onderwerp beperkt tot de diagnostiek en

behandeling van veneuze ulcera. In 80 % van de beenulcera is immers een veneuze component aanwezig [5]. Het gedeelte rond wondzorg werd ingeperkt tot enkele basisprincipes.
Voor de adaptatie van deze richtlijn werd samengewerkt met Laurens Laeremans. Door elk werden enkele topics van de richtlijn geadapteerd.

3. Veneus ulcus cruris

Veneuze ulcera zijn een chronisch probleem. Over de globale populatie bedraagt de prevalentie tussen 0,1 % en 0,3 % [5-8]. Veneuze ulcera komen 2-3 maal meer voor bij vrouwen. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. De prevalentie bij 80-plussers loopt op tot 4-5 %. Men schat dat ca. 1-2 % van de bevolking ooit een veneus ulcus heeft [5-7, 9].
Veneuze ulcera hebben een lange genezingsduur. Vaak duurt het maanden vooraleer een ulcus volledig geheeld is [5-7, 9]. Daarnaast is er een belangrijke recidiefkans. Recidiefpercentages variëren tussen 17 en 69 % [5-7, 9]
Door de lange behandelingsduur en de hoge recidiefkans veroorzaken veneuze ulcera een belangrijke economische impact op zowel patiënt als maatschappij[5-7].
Naast de belangrijke economische impact, hebben veneuze ulcera ook een belangrijke impact op de levenskwaliteit door pijn, beperking van de mobiliteit, verstoring van de slaap, sociaal isolement …[5-7]

Veneuze ulcera ontstaan als een gevolg van chronische veneuze insufficiëntie. Hierbij is er een insufficiëntie van het oppervlakkig, perforerend of diepe veneuze systeem waardoor de druk in het veneuze en capillaire vaatbed stijgt. Vooral insufficiëntie van het diepe systeem of van de perforanten geeft aanleiding tot het ontstaan van ulcera. Door deze drukstijging ontstaan allerlei veranderingen in het vaatbed, subcutis en cutis: varices, oedeem, stase eczeem, hyperpigmentatie, dermatosclerose, atrofie blanche … Ulcera kunnen spontaan ontstaan of na trauma.
Bijkomende risicofactoren zijn diabetes mellitus, hartfalen en andere oorzaken van oedeem, hypertensie, reumatoïde artritis, immobiliteit en langdurig staan [5-9].

4. Doelstellingen

Het doel van deze Masterproef is om de Duodecim-richtlijn " Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers" te adapteren op basis van recente wetenschappelijke literatuur. Anderzijds willen we de richtlijn ook herevalueren vanuit het perspectief van de Belgische zorgcontext.
De onderzoeksvragen die in deze thesis besproken worden zijn:

- Wat is de behandeling van een veneus ulcus in de eerste lijn?
- Wat zijn de basisprincipes i.v.m. wondzorg die in acht dienen genomen te worden bij een veneus ulcus in de eerste lijn?

- Wanneer en waarheen dient een patiënt met een veneus ulcus doorverwezen te worden vanuit de eerste lijn?

Op die manier zal gepoogd worden om op evidentie gesteunde aanbevelingen te formuleren die praktisch bruikbaar zijn binnen de Belgische huisartspraktijk. Zo hopen we dat de Belgische huisarts hiermee op een vlotte manier de informatie vindt om een veneus ulcus naar EBM-normen te behandelen.

Daarnaast willen we graag de patiënt en zijn omgeving beter informeren omtrent hun diagnose en behandeling. Hiervoor willen we als bijlage bij de richtlijn gebruiksklare folders creëren. Via deze informatie hopen we de therapietrouw te bevorderen.
In deze thesis werden volgende folders opgemaakt:

- Folder voor de patiënt met veneus ulcus
- Folder voor zorgkundige

Beide folders kunnen ook interessant en nuttig zijn voor mantelzorgers.

Methode

Door EBM*Practice*Net werd een handboek ter beschikking gesteld waarin de adaptatieprocedure beschreven wordt Het adaptatieproces is gebaseerd op de ADAPTE procedure. Dit is een instrument met internationale erkenning ter adaptatie van richtlijnen naar een lokale context [10].

1. Screeningsfase

In de eerste fase worden met geselecteerde richtlijnen antwoorden gezocht op enkele klinische vragen. Deze antwoorden worden dan geëvalueerd naar courantheid, samenhang en toepasbaarheid door middel van toetsing aan elkaar en bijkomende recente literatuur.
Het doel van deze fase is het verzamelen van informatie en ondersteunende evidentie met het oog op het opstellen van wetenschappelijk correcte aanbevelingen die toepasbaar zullen zijn binnen de Belgische gezondheidszorg.
Deze fase verloopt in vijf stappen:

a. Definiëren van PIPOH-elementen en formuleren van klinische vragen

In de eerste stap wordt bepaald op welke klinische vragen een antwoord zal gezocht worden. Zoals eerder vermeld werd geopteerd om het domein van de adaptatie te beperken tot enkel veneuze ulcera. Dit enerzijds om een degelijke adaptatie haalbaar te maken, anderzijds omdat andere richtlijnen zich meestal op één type ulcus richten, waardoor de te volgen procedure erg moeilijk te volgen zou zijn bij het bespreken van verschillende types. Er werd getracht een zo breed mogelijk deel van de richtlijn te omvatten. In deze thesis werd voornamelijk ingezoomd op de aspecten behandeling en verwijzing. De andere aspecten werden uitgewerkt door Laurens Laeremans, maar vallen buiten bestek van deze Masterproef. Bij een eventuele publicatie van de richtlijn zullen de resultaten gebundeld worden.

Om de klinische vragen te bepalen werd, na doornemen van inleidende literatuur, de vraag gesteld welke informatie men als huisarts wilt terugvinden in een richtlijn. De klinische vragen werden geformuleerd aan de hand van PIPOH-elementen waarvoor in- en exclusiecriteria werden vastgelegd:

- *Patiënt*: definiëren van de patiëntenpopulatie of ziektekarakteristieken
- *Intervention*: over welke interventie (of diagnostische test) gaat de klinische vraag
- *Professionals*: voor welke doelgroep van professionals is de aanbeveling bedoeld
- *Outcomes*: welke resultaten beoogt men op niveau van patiënt, systeem of gezondheidszorg
- *Healthcare Setting*: binnen welke setting is de aanbeveling van toepassing

Hieronder zijn de geformuleerde vragen met respectievelijke PIPOH-elementen weergegeven.

Klinische vraag 1 : Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen bij patiënten met een veneus ulcus in de eerste lijn?

PIPOH	Inclusie	Exclusie
Patiënt	Patiënten met veneus ulcus	Gemengd ulcus, ander type ulcus
Intervention	Behandeling, medicamenteus, niet – medicamenteus, levensstijl	Wondzorg
Professionals	huisarts	
Outcome	(bevordering van) genezing ulcus	
Healthcare setting	Eerstelijnsgezondheidszorg, huisartspraktijk, ambulante patiënt of patiënt in WZC	

Klinische vraag 2: Welke basisprincipes in de wondzorg worden aanbevolen voor een veneus ulcus in de eerste lijn?

PIPOH	Inclusie	Exclusie
Patiënt	Patiënten met veneus ulcus, chronisch ulcus	
Intervention	Wondzorgadviezen, concept voor verbandkeuze	Adviezen omtrent specifieke wondverbanden
Professionals	Huisarts, (thuis)verpleegkundige	
Outcome	(bevordering van) genezing ulcus	
Healthcare setting	Eerstelijnsgezondheidszorg, huisartspraktijk, ambulante patiënt, patiënt in WZC	

Klinische vraag 3: Bij welke patiënten met een veneus ulcus is een verwijzing naar de tweede lijn aangewezen?

PIPOH	Inclusie	Exclusie
Patiënt	Patiënten met veneus ulcus	
Intervention	Verwijzing naar tweede lijn	
Professionals	huisarts,	
Outcome	(bevordering van) genezing ulcus, betere diagnostiek, recidief preventie	
Healthcare setting	Eerstelijnsgezondheidszorg, huisartspraktijk, ambulante patiënt, patiënt in WZC	

b. Zoeken naar relevante richtlijnen

In de tweede stap werd aan de hand van bovengenoemde PIPOH-elementen gezocht naar relevante bestaande richtlijnen via verschillende databases. De search werd gestart met de G-I-N database (*Guidelines International Network*). Dit is de richtlijndatabank van Guidelines International Network, waarin richtlijnen van 96 organisaties verspreid over 76 landen verzameld zijn. Andere databases die doorzocht werden, zijn: Trip-database, NHS Guideline Finder , Guideline.gov, Hoge Gezondheidsraad en KCE (*Kenniscentrum Gezondheidszorg*) .
Volgende zoektermen werden gebruikt: 'ulcus cruris', 'leg ulcer', 'venous leg ulcer', 'chronic wounds' en 'chronic leg wounds'.

Om te selecteren binnen de 811 hits, werd gebruik gemaakt van enkele inclusie- en exclusiecriteria:

- Richtlijnen minder dan 5 jaar oud
- Veneuze ulcera als onderwerp van de richtlijn.
- Artsen in de beoogde doelgroep
- Toepasbaar in de eerstelijnsgezondheidszorg
- Engels of Nederlands
- Geen richtlijnen enkel over wondzorg
- Geen richtlijnen gepubliceerd door commerciële firma's

Op basis van bovenstaande selectiecriteria werden zeven richtlijnen weerhouden voor verdere screening.

c. Screenen van gevonden richtlijnen

Na de eerste titelselectie van richtlijnen werd een screening uitgevoerd. Hierbij werd nagegaan of er in de geselecteerde richtlijnen een antwoord werd geformuleerd op onze klinische vragen. In tweede tijd werden enkele beperkte kwaliteitsparameters gecontroleerd:

- Werd er gebruik gemaakt van een systematische methode om wetenschappelijke evidentie te verzamelen?
- Werden de sterktes en zwaktes van de gevonden evidente beschreven?
- Werden belangenconflicten vermeld?

Op basis van deze screening werden uiteindelijk drie richtlijnen weerhouden. Voornamelijk de beschikbaarheid van de volledige richtlijntekst bepaalde uiteindelijk het excluderen van bepaalde richtlijnen.

d. Waarderen van geselecteerde richtlijnen

In de vierde stap worden de geselecteerde richtlijnen gewaardeerd naar methodologie en naar inhoud.

i. Evaluatie van de richtlijnen met AGREE II

De methodologische kwaliteit van de geselecteerde richtlijnen wordt geëvalueerd aan de hand van AGREE II-instrument [11].
Dit instrument werd ontwikkeld door de AGREE Next Steps Consortium ter evaluatie van klinische richtlijnen. Het bestaat uit 23 te scoren items verdeeld over zes domeinen:

- Onderwerp en doel
- Betrokkenheid van de belanghebbenden
- Methodologie
- Helderheid en presentatie
- Toepasbaarheid
- Onafhankelijkheid van de opstellers

Alle items worden beoordeeld met een score van 1 (zeer oneens) tot 7 (zeer eens). Tot slot is er een globaal beoordeling waarbij er gescoord wordt van 1 (laagst mogelijke kwaliteit) tot 7 (hoogst mogelijke kwaliteit) en tevens een aanbeveling naar gebruik wordt gevraagd. De richtlijnen dienen door minstens twee onderzoekers onafhankelijk gescoord te worden. Bij een verschil van minstens twee scorepunten gaan de onderzoekers op zoek naar een consensusscore op basis van overleg.

Na deze evaluatie (bijlage 1) werden de drie geselecteerde richtlijnen beoordeeld als van voldoende methodologische kwaliteit. De richtlijnen werden weerhouden voor verdere evaluatie.

ii. Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen en van Belgische EBM informatie

Uit de weerhouden richtlijnen werden de aanbevelingen die antwoord geven op de klinische vragen geïnventariseerd. Ook uit de geselecteerde Belgische EBM-bronnen werden de waardevolle aanbevelingen of conclusies opgelijst.

iii. Waardering van de aanbevelingen op courantheid

Ter evaluatie van de inhoud van de aanbevelingen werd eerst de courantheid beoordeeld. Hierbij werd de leeftijd van de onderbouwende referenties bekeken en werd gezocht naar recentere literatuur met behulp van de geformuleerde PIPOH-elementen. Om recentere literatuur te zoeken werd gewerkt met het “watervalsysteem”, waarbij in eerste instantie gezocht werd naar nieuwere systematische reviews of meta-analyses. Bij onvoldoende resultaat werd verder gezocht naar oorspronkelijke artikels via MEDLINE.

iv. Waardering van de aanbevelingen op samenhang

In het tweede luik van de inhoudelijke evaluatie wordt de samenhang tussen aanbeveling en onderliggende evidentie beoordeeld. Hiervoor wordt drie elementen bestudeerd:

- de samenhang tussen de klinische vraag en de geselecteerde evidentie:

Biedt de gekozen evidentie een antwoord op de gestelde klinische vraag? Is er rekening gehouden met de in- en exclusiecriteria? Wat is de zoekperiode? …

- de samenhang tussen de evidentie en de interpretatie en samenvatting hiervan door de richtlijnauteurs:

Wordt er rekening gehouden met de primaire vs. secundaire uitkomsten, heterogeniteit van de studies, methodologische kwaliteit van de studies…?

- de samenhang tussen de samenvatting en de geformuleerde aanbeveling:

Is er rekening gehouden met het type evidentie? Hoe is de graad van evidentie en aanbeveling opgesteld? …

v. Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Een laatste element is de evaluatie van de toepasbaarheid van de aanbevelingen. Hierbij wordt nagegaan in welke mate de aanbeveling uit te voeren is binnen de Belgische zorgcontext. Hiervoor worden enerzijds algemene drempels van patiënt of arts en de risico-batenverhouding in acht gekomen alsook de beschikbaarheid en kost van bepaalde producten en/of diensten. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de eigen ervaring als arts, alsook van Belgische bronnen omtrent het ulcus cruris.

e. Selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Op basis van voorgaande inhoudelijke evaluatie worden de oorspronkelijke Duodecim-aanbevelingen kritisch onder de loep genomen. Er wordt nagegaan of de oorspronkelijke aanbeveling kan behouden worden of geadapteerd moet worden. In geval dat adaptatie nodig is, wordt bepaald welke richtlijnen en welke bijkomende evidentie hiervoor gebruikt zullen worden.

f. Nazicht door leescommissie

Als tussentijdse controle en feedback werd het overzicht van het opzoekings- en beoordelingswerk van de vorige stappen nagelezen door de leescommissie van EBM*Practice*Net. Het globale oordeel was dat onze resultaten als basis voor adaptatie konden gebruikt worden, mits meer verduidelijking bij de waardering van inhoud en betere motivatie van de keuzes tot adaptatie.

2. Adaptatiefase

In de adaptatiefase wordt een eerste versie van de richtlijn opgemaakt. Hierbij worden de aanbevelingen geformuleerd met eventueel bijhorende “practice points”. Daarnaast wordt ook de basis voor de aanbeveling weergegeven.

Tot slot wordt een GRADE toegekend aan elke kernaanbeveling. GRADE is een methode om op een uniforme manier een overzicht te geven van kwaliteit van de evidentie en van de sterkte van de aanbeveling. De kwaliteit van de evidentie wordt weergegeven in een lettercode (A- hoog tot C- laag), de sterkte van aanbeveling met een cijfer (1- sterk of 2- zwak); zie ook bijlage 2.

3. Implementatiefase

In de laatste fase van het adaptatieproces wordt getracht het gebruik van de richtlijn in de dagdagelijkse praktijk te faciliteren.

a. Peer review

Een eerste stap om het gebruik te faciliteren, is een voldoende groot draagvlak creëren. Hiervoor zullen de geformuleerde aanbevelingen worden geëvalueerd door 'peers'. Er werd oorspronkelijk geopteerd om feedback te vragen aan een groep erkende huisartsen (LOK-groep), die door hun ervaring mogelijk meer inzicht hebben in de praktische haalbaarheid en mogelijke drempels van de aanbevelingen. Anderzijds werd ook feedback bekomen van een groep huisartsen-in-opleiding (HAIO seminariegroep), aangezien dit een groep is die vaak gebruik maakt van richtlijnen om hun beleid te kiezen. Door praktische omstandigheden is echter de evaluatie door de LOK-groep niet tijdig kunnen doorgaan. Ter vervanging werd een extra groep HAIO's geraadpleegd.

b. Praktijkconsensus

Als tweede luik werd gekozen om ondersteunende documenten op te stellen. Enerzijds werd een handige steekkaart voor de huisarts ontworpen, waardoor deze in één oogopslag de nodige informatie terugvindt. Anderzijds werden folders ontworpen ter ondersteuning van de therapietrouw. In dit kader werd een informatiefolder voor de patiënt opgesteld. In de verschillende richtlijnen kwam immers het belang van patiëntgerichte informatie en educatie naar voor[5-7, 12-15]. Tevens werden ook begeleidende folders voor thuisverpleegkundigen, zorgkundigen en mantelzorgers opgemaakt. De verzorging van een patiënt met een veneus ulcus gebeurt immers bij voorkeur multidisciplinair. Om de therapietrouw te bevorderen is degelijke informatie en ondersteuning vanuit de hulpverleners een meerwaarde [5-7, 13-15]

Resultaten

1. Screeningsfase

a. Waardering van de aanbevelingen op courantheid

Duodecim richtlijn:
De evidentie vermeld in de oorspronkelijke richtlijn is zeer summier. Er worden verscheidene aanbevelingen gemaakt zonder dat hierbij vermeld wordt waarop deze gebaseerd zijn De ondersteunende literatuur die wel vermeld is, is vrij up to date. De laatste herziening van de richtlijn dateert van mei 2013.
Bij de huidige zoekopdracht werden nog enkele recentere publicaties weerhouden, doch zonder belangrijke nieuwe conclusies. Anderzijds werden veel bijkomende bronnen geselecteerd.

NHG richtlijn (*Nederlandse Huisartsen Genootschap*):
De publicatie van deze richtlijn dateert van 2010. De ontwikkeling gebeurde tussen 2007 en 2009. Hierdoor zijn bij verschillende aanbevelingen recentere bronnen te weerhouden. De recentere bronnen brengen echter geen significant verschillende conclusies in vergelijking met de evidentie uit de richtlijn.

SIGN richtlijn (*Scottisch Intercollegiate Guidelines Network*):
Deze richtlijn is eveneens gepubliceerd in 2010. Driejaarlijks gebeurt een herziening waarbij de aanbevelingen geherevalueerd worden ten opzichte van recentere literatuur. In het laatste review report werden geen aanbevelingen weerhouden waarvoor een update noodzakelijk is. Bij de zoekopdracht voor deze masterproef bleken de aanbevelingen nog steeds in overeenstemming te zijn met de conclusies uit nieuwere literatuur.

AWMA richtlijn (*Australian Wound Management Association*):
De richtlijn werd gepubliceerd in 2011. Bij de ontwikkeling ervan werden artikels geselecteerd met publicatie tussen 1985 en september 2009. Bij afronding van de richtlijn werd nog een bijkomend korte zoekopdracht uitgevoerd in januari 2011 naar nog recentere literatuur. Uit de periode na publicatie konden wij nog enige recentere literatuur selecteren, zonder dat hieruit nieuwe conclusies werden weerhouden.

b. Waardering van de aanbevelingen op samenhang

Duodecim richtlijn:
Er werden binnen deze richtlijn slechts bij enkele aanbevelingen evidentie weergegeven. Er is echter geen zoekstrategie terug te vinden.

De samenvatting van de resultaten is consistent met de weinige weergegeven evidentie. De geformuleerde aanbevelingen zijn op hun beurt ook grotendeels consistent met deze samenvattingen. Bij de aanbeveling over compressietherapie wordt er echter wel informatie aan toegevoegd, die niet vermeld wordt in de samenvatting of evidentie. Bvb. *"Supportive bandages: -Short-stretch elastic bandages can be worn 24 hours a day. They are only removed for wound care. -Multi-layer bandaging -Supportive legging in problematic cases"*, in de evidentie wordt geen vermelding gemaakt van deze 'supportive leggings'. Ook in de aanbeveling rond pijnbestrijding bij wondzorg werd een het gebruik van systemische analgetica aangeraden, hoewel dit niet in de vermelde literatuur werd besproken. In het geval van de aanbeveling omtrent het gebruik van pentoxifylline, gaat de aanbeveling nogal kort door de bocht: *"Improvement of peripheral circulation. Pentoxifylline combined with compression is beneficial"* . Uit de evidentie blijkt immers dat er een grote kans op nevenwerkingen is. Hiervan wordt geen vermelding van gemaakt in de aanbeveling. Bij doorklikken wordt wel een genuanceerder advies gegeven waarbij pentoxifylline wordt aanbevolen bij grote of lang bestaande ulcera, en het gebruik eerder ontraden wordt bij oudere patiënten.

<u>NHG richtlijn:</u>
Hoewel niet bij elke aanbeveling of klinische vraag een aparte zoekstrategie werd weergegeven, blijkt uit de algemene zoekstrategie dat deze vrij consistent is met de gestelde klinische vragen. De aanbeveling omtrent de algemene behandelingsprincipes in wondzorg zijn echter niet ondersteund door literatuur .
De samenvatting van de evidentie is bij de meeste aanbevelingen consistent met de geciteerde literatuur. Bij de aanbeveling rond pijnbestrijding wordt echter veel beschreven omtrent de oorzaken van pijn en hoe pijn te evalueren. De vermelde evidentie bij de aanbeveling rond pijnbestrijding handelt daarentegen enkel over de impact van ulcera op de levenskwaliteit.
Wat betreft de samenhang tussen samenvatting en aanbeveling, is er een grote mate van consistentie. Bij de aanbevelingen omtrent levensstijladviezen en patiëntvoorlichting wordt de aanbeveling sterker geformuleerd dan de literatuurconclusies. Bvb: *"De volgende adviezen aan de patiënt zijn van belang voor een goed resultaat van de behandeling: Lopen en bewegen. …"* In de literatuursamenvatting daarentegen klinkt de conclusie als volgt: *"Bij onderzoek is niet gevonden dat een interventie op risicofactoren (zoals roken, immobiliteit, overgewicht, voeding, pijn en houding aangedane been) de genezing of preventie significant verbetert, al is er wel een positieve trend.".* Ook bij de aanbeveling over het beleid bij geïnfecteerde ulcera is er aanbeveling niet volledig consistent met de samenvatting: *"Infectie van het ulcus zelf wordt behandeld met een wondbedekker (volgens tabel): zilvergeïmpregneerde verbanden, zilversulfadiazine en povidonjood of cadexomeerjodium, natriumhypochloriet*"; in de literatuur wordt vnl. cadexomeerjodium besproken en is de evidentie voor effectiviteit van zilversulfadiazine en zilververbanden eerder gering.

SIGN richtlijn:
In de SIGN richtlijn zijn de weergegeven zoekstrategieën consistent met de gestelde klinische vragen in de richtlijn. In de richtlijn gaat men echter verder en breder dan onze geformuleerde vragen.
Per aanbeveling is een zeer duidelijke samenvatting weergegeven van de vermelde evidentie. Deze samenvattingen zijn telkens heel consistent met de resultaten uit de literatuur.
De geformuleerde aanbevelingen zijn ook helemaal in lijn met de conclusie uit de samenvatting. Bij veel aanbevelingen leidt dit er wel toe dat er eigenlijk geen aanbeveling kan gemaakt worden omwille van onvoldoende kwalitatieve evidentie.

AWMA richtlijn:
De zoekstrategie bij deze richtlijn was consistent met de klinische vragen. Bij de aanbeveling omtrent psychosociale ondersteuning werd echter geen specifieke literatuur hierover gevonden. De aanbeveling is gebaseerd op literatuur over de impact op levenskwaliteit. Dit wordt ook vermeld in de samenvatting: *"The literature search did not identify evidence on strategies to provide psychosocial support; however, the research acknowledged that venous leg ulcers impacts quality of life."*
De samenvattingen van de evidentie zijn meestal consistent met de vermelde literatuur. Uitzondering hierop is de aanbeveling over cadexomeer jodine In de samenvatting staat het volgende: *"The evidence supporting the recommendation on the topical antimicrobial agent cadexomer iodine comes from a good-quality Cochrane SR that reported the results from 10 moderate-quality RCTs in a narrative summary. Results were generally consistent and showed that there is a moderate effect on ulcer healing."* Bij nakijken van de evidentie blijken de resultaten op het vlak van ulcer healing echter niet erg consistent. Op het zachtere eindpunt 'ulcer area reduction' zijn de bevindingen wel consistent.
Er is doorgaans een consistente samenhang tussen samenvatting en aanbeveling. Bvb. bij aanbevelingen over levensstijladviezen is de evidentie voor het effect op genezing eerder zwak. Dit wordt op een consistente manier geformuleerd in de aanbeveling: "*Progressive resistance exercise may improve calf muscle function."* . Een uitzondering hierop vormt de aanbeveling over het gebruik van flavonoïden. Hoewel de samenvatting vermeldt dat de evidentie eerder van lage kwaliteit is en de resultaten inconsistent: *"Evidence underpinning the recommendation that MPFF may decrease ulcer healing times comes from a moderate-quality SR reporting five RCTs of low quality and with inconsistent findings."* ; wordt het gebruik ervan toch aanbevolen, weliswaar vrij zwak: *"When there are no contraindications, micronised purified flavonoid fraction may be used to decrease the healing time for VLUs."*.

c. Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Duodecim richtlijn:
De aanbevelingen zijn toepasbaar in de Belgische zorgcontext, mits enkele bedenkingen.

- In België wordt als compressietherapie vnl. gebruik gemaakt van lange- en korte rekverbanden. Met het gebruik van meerlagige verbanden is weinig ervaring. Ook het 24u lang dragen van korte rekverbanden wordt zelden toegepast in de Belgische zorg. Dit zou eventueel meer ingeburgerd kunnen worden door scholingscampagnes onder artsen en verpleegkundigen. Anderzijds wordt het 24u op 24 dragen van deze windels niet goed verdragen door patiënten en heeft dit ook implicaties voor de huid.
- De aanbeveling om een drukmeter onder de steunkous te plaatsen, is weinig haalbaar aangezien dergelijke meters niet courant in de praktijk gebruikt worden.
- Het gebruik van pentoxifylline wordt aanbevolen. Dit geneesmiddel is weliswaar beschikbaar in België, doch voor een andere indicatie. Het zou m.a.w. gaan om off-label use van het product. Daarnaast raadt het BCFI het gebruik hiervan eerder af en wordt er geen posologie opgegeven. Tevens dient rekening gehouden te worden met nevenwerkingen, contra-indicaties, dosisaanpassingen. Ook de kostprijs is niet te onderschatten (ong. 20€ voor 20-30 dagen) [16].
- Cadexomeer jodium is niet verkrijgbaar in België. Alternatief is povidonjood, doch hiervoor is minder evidentie [17].
- De aanbeveling dat een traumatisch ulcus steeds heelkundig moet behandeld worden, is een praktijk die absoluut niet gangbaar is in de Belgische context. Ulcera ontstaan immers vaak na een trauma.
- Tot slot wordt aanbevolen een plastisch chirurg te raadplegen bij onvoldoende evolutie van de wonde en na wondheling een vaatchirurg te consulteren. Ook dit wordt in België anders aangepakt. Bij onvoldoende evolutie zal een dermatoloog of evt. een vaatchirurg geraadpleegd worden. Er zal pas in tweede instantie naar een plastisch chirurg worden verwezen indien nodig.

<u>NHG richtlijn:</u>
De Nederlandse aanbevelingen zijn erg goed toepasbaar in de Belgische context.

- Net als in Nederland is er in België weinig ervaring met een meerlagig verband, maar wel met korte rekverbanden.
- Voor het verstrekken van patiënteninformatie zijn weliswaar geen Belgische bronnen beschikbaar, maar de Nederlands patiëntenbrieven van thuisarts.nl kunnen (in Vlaanderen althans) perfect gebruikt worden.
- Cadexomeer jodium is niet verkrijgbaar in België (cfr. supra).
- De aanbeveling over het gebruik van kraanwater voor de wondreiniging kan toegepast worden, gezien de hoge kwaliteit van het Belgische kraanwater.

<u>SIGN richtlijn</u>:
De aanbevelingen uit de SIGN richtlijn zijn doorgaans goed toepasbaar in de Belgische zorg. Enkele bemerkingen:

- Zoals eerder besproken is er beperkte ervaring met meerlagige verbanden in de Belgische zorg. In de literatuur wordt echter ook vermeld dat een goede

aanlegtechniek essentieel is en dat dus de verbanden waarmee men meest ervaring heeft bij voorkeur gekozen worden.
- Cadexomeerjodium is niet beschikbaar in België(cfr. supra).
- Om de aanbeveling i.v.m. scherp debridement toe te passen zou idealiter meer scholing hierrond aangewezen zijn, gezien de meeste huisartsen en thuisverpleegkundigen hierin niet getraind zijn.
- Er wordt aanbevolen om een "non-healing ulcer" door te verwijzen naar tweede lijn. Er wordt echter niet gedefinieerd na hoeveel behandelingstijd een ulcus als niet-genezend kan beschouwd worden.
- De aanbeveling om patiënten met eczeem of dermatitis te verwijzen voor een patch-test, lijkt ons niet direct toepasbaar. Dit impliceert immers steeds een verwijzing naar dermatoloog. Het lijkt ons meer haalbaar om het 'verdachte product' te stoppen. Indien geen duidelijk oorzakelijk product kan aangetoond worden of bij multipele intoleranties kan eventueel een dergelijke test uitgevoerd worden.

<u>AWMA richtlijn:</u>
De aanbevelingen zijn toepasbaar binnen de Belgische context, behalve wat betreft het gebruik van cadexomeerjodium, verbanden geïmpregneerd met zinkoxide en topisch fenytoïne, gezien de onbeschikbaarheid in België [17].
Er wordt vermeld om te verwijzen voor behandeling van onderliggende aandoeningen zoals vasculitis, reumatoïde artritis en diabetes. Ons lijkt het dat de initiële behandeling van diabetes (type 2) een taak van de huisarts is.

d. Selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Klinische vraag 1: Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen bij een veneus ulcus in de eerste lijn?

- **"In wounds of venous origin, the essential measures include control of oedema and possible surgical interventions directed at venous circulation"**
  Deze aanbeveling dient niet geadapteerd te worden. Dit is eigenlijk geen duidelijke aanbeveling, maar eerder een algemene beschouwing omtrent de behandeling van veneuze ulcera.

- **Elevation of leg**
  Deze aanbeveling blijft behouden, maar wordt uitgebreid met advies voor hoogstand en beweging van de kuitspier.

- **Supportive bandages:**
  -Short-stretch elastic bandages can be worn 24 hours a day. They are only removed for wound care.

-Multi-layer bandaging
-Supportive legging in problematic cases
Het punt 'supportive legging' zal worden weggelaten in de nieuwe aanbeveling, gezien dit in geen enkele andere richtlijn of in de ondersteunende evidentie vermeld wordt. Gezien de evidentie omtrent het specifieke type compressietherapie eerder gering is, en de keuze bepaald wordt door verschillende factoren (ervaring, gebruiksgemak, patiëntfactoren…) zal dit vermeld worden in 'practice points' en niet in de kernaanbeveling.

Compression stockings (compression class 1 to 3):In practice, compression class 2 is most often used in primary care. A pressure gauge positioned under the stocking can be used to ensure that the compression stocking provides the correct pressure profile.
In de nieuwe aanbeveling zal toegevoegd worden in welke situaties compressiekousen kunnen gebruikt worden. Het gebruik van drukmeter zal niet vermeld worden gezien dit niet in Belgische zorg wordt gebruikt.

- **Correction of anaemia**
- **Proper treatment of diabetes**
- **Proper treatment of cardiac insufficiency**
  Elk van deze aanbevelingen zijn weinig specifiek voor een veneus ulcus. Deze aanbevelingen worden samengevoegd tot 1 algemene aanbeveling om algemene gezondheidstoestand van patiënt te optimaliseren en comorbiditeiten met een invloed op wondgenezing in het algemeen of op oedeemvorming op punt te stellen.

- **Improvement of peripheral circulation. Pentoxifylline combined with compression is beneficial**
  Aanbeveling wordt behouden, maar met meer uitleg omtrent gebruik in practice points.

- **Oral zinc sulphate might possibly not aid healing of leg ulcers, although the evidence is insufficient**.
  Deze aanbeveling wordt behouden. De aanbeveling zal echter uitgebreid worden met aanbevelingen omtrent het gebruik van aspirine en flavonoïden, gezien deze regelmatig worden voorgeschreven in België.

Klinische vraag 2: Welke basisprincipes in de wondzorg worden aanbevolen voor een veneus ulcus in de eerste lijn?

- **The aim of topical treatment is to create a favourable environment for healing, to clean the wound and to protect it from contamination**.

De aanbeveling zal aangepast worden. Er zal gespecifieerd worden wat bedoeld wordt met “favourable environment”, nl. een vochtig wondmilieu. Om dit principe te concretiseren en toepasbaar te maken, zal in de practice point het TIME concept vermeld worden. Dit is immers een in België vrij goed gekende en aanvaarde methode om wonden te evalueren.
Tevens zal er een aparte aanbeveling geformuleerd worden i.v.m. wondreiniging.

- **The aim is to remove any dead tissue and purulent exudate to create optimal healing conditions for the ulcer.**
  De aanbeveling zal aangevuld worden met een practice point over de mogelijke methodes van debridement.

- **Comparative knowledge about the different alternatives for topical treatment is scarce**
  Dit is eigenlijk een nietszeggende aanbeveling. Bij adaptatie zal een aanbeveling geformuleerd omtrent een eerste keus verband. In practice points zal vermelding gemaakt worden over hoe verbandkeuze te maken

- **In Infected and suppurative ulcers: Cadexomer iodine powder, -ointment, -ointment dressing (moisturising of the wound reduces smarting sensations).**
- Cadexomeer jodium is niet beschikbaar in België. Deze aanbeveling zal geadapteerd worden naar drie aparte aanbevelingen over gebruik van topische antiseptica en topische antibiotica.

- **There is insufficient evidence to recommend the use of silver-containing dressings or topical agents for treatment of infected or contaminated chronic wounds**
  Deze aanbeveling wordt behouden, mits toevoeging van opmerking dat zilverhoudende verbanden mogelijk het risico op (sur)infectie verminderen.

- **Before mechanical cleansing, a painful ulcer is anaesthetized using lidocaine gel or lidocain-prilocain cream. Internal analgesic may be used if necessary.**
  - Lidocaine gel or lidocaine-prilocaine cream covered with a plastic wrap help in relieving the pain associated with wound cleansing
  Aanbeveling wordt behouden, maar met toevoeging van waarschuwing voor allergische reacties en dat bij ernstige pijn de diagnose heroverwogen dient te worden.

Klinische vraag 3: Bij welke patiënten met een veneus ulcus is een verwijzing naar de tweede lijn aangewezen?

- **Consult a specialist if you are uncertain about the cause of the wound or if the wound does not show signs of healing during a couple of months from the beginning of the treatment.**
- **If a venous leg ulcer shows no signs of improvement and there is no decrease in the wound size after conservative treatment of 1–2 months duration, a plastic surgeon should be consulted at the latest. A vascular surgeon is consulted after the plastic surgery consultation if necessary.**
  Bij deze aanbevelingen is adaptatie aangewezen gezien in de Belgische context, en in de meeste andere landen, hiervoor niet zal verwezen worden naar plastisch chirurg maar naar dermatoloog of vaatheelkundig chirurg. Pas in tweede instantie zal eventueel verwezen worden naar een plastisch chirurg.

- **A leg ulcer must always be treated surgically if it was caused by trauma or malignancy is suspected.**
  Hier is adaptatie aangewezen. De meerderheid van ulcera wordt veroorzaakt door trauma. Er is hier geen evidentie voor om deze allen te verwijzen. Wat maligniteiten betreft is verwijzing wel aangewezen.

- Er zal een bijkomende aanbeveling geformuleerd worden i.v.m. verwijzing voor behandeling van varices in kader van recidiefpreventie.

2. Adaptatiefase

Hieronder worden de geadapteerde aanbevelingen weergegeven met toelichting en GRADE-classificatie.

Welke behandeling (naast lokale wondzorg) is aanbevolen in de eerste lijn voor veneus ulcus?

- **Bij veneuze ulcera is oedeemcontrole essentieel.** (GRADE 1A)
  - Dit kan gebeuren op verschillende manieren: compressietherapie, hoogstand, beweging, oedeem bevorderende comorbiditeiten oppuntstellen…

  Basis voor aanbeveling: Deze aanbeveling werd behouden uit de originele richtlijn [4]. Hoewel niet steeds expliciet vermeld, komt dit uit de andere richtlijnen ook als algemeen principe naar voor [5, 6, 18, 19]. Gezien de uitgebreide evidentie werd een GRADE 1A toegekend.

- **Adviseer aan patiënten hoogstand van het been, beweging, kuitspieroefeningen**. (GRADE 1C)
  Basis voor aanbeveling: In NHG- en AWMA-richtlijn worden deze adviezen aanbevolen[6, 7], in SIGN-richtlijn worden kuitspieroefeningen geadviseerd [5].

Bijkomende literatuur die deze aanbeveling ondersteunt is publicatie van Brown et al. [20]. Er is evidentie voor het effect hiervan op de microcirculatie. Hoewel voor het effect op genezing er minder evidentie is, zijn er weinig kosten en risico's verbonden aan deze aanbeveling. Bovendien is beweging eveneens goed voor de behandeling van een eventuele geassocieerde arteriële component. Enige drempel is de compliance van de patiënt.

- **Optimaliseer zo mogelijk de algemene status van de patiënt, met speciale aandacht voor comorbiditeiten met invloed op wondheling of oedeem (bvb. anemie, diabetes en hartfalen)**. (CBR, *Consensus-Based Recommendation*)
  Basis voor aanbeveling: Deze aanbeveling werd gedistilleerd uit drie aanbevelingen van de originele richtlijn [4]. De algemene gezondheidstoestand optimaliseren is een evident advies. Ondersteuning is eveneens te vinden in andere richtlijnen. Bvb. in NHG-standaard: *"Comorbiditeit als diabetes mellitus, hartfalen, hypertensie, adipositas, reumatologische en neurologische aandoeningen komt regelmatig voor en kan de genezing van een veneus ulcus bemoeilijken"* [6]. De drie specifiek vermelde aandoeningen zijn behouden uit de originele richtlijn. Voor diabetes is er overtuigende evidentie dat dit leidt tot een tragere wondheling; hartfalen is oedeem bevorderend en zoals eerder vermeld is een goede oedeemcontrole essentieel. Wat betreft anemie werd geen bijkomende literatuur gevonden specifiek omtrent veneuze ulcera. Algemeen kan aangenomen worden dat een diepe anemie ook vertragend werkt op de wondheling [21].

- **Het aanleggen van compressietherapie is essentieel**. (GRADE 1A)
  Basis voor aanbeveling: Deze aanbeveling wordt in elke bestudeerde richtlijn zeer duidelijk gesteld [4-7]. Dit wordt bijkomend ondersteund door de recentere literatuur [19, 22, 23]. Eveneens in het Belgische WZC-formularium wordt dit als basisbehandeling aangebracht [24, 25].

- **Kies het type compressietherapie op basis van patiëntgebonden factoren en de types waarmee de zorgverlener vertrouwd is, …**(GRADE 2C)
  - In België is er meest ervaring met langerek verband (bvb. Dauerbinde) en 2-lagige korte rekverbanden (bvb. Rosidal). Eerste keus lijkt een korte rekverband.
  - Indien het korte rekverband goed is aangelegd, mag deze 24u aanblijven, gezien dit verband voor een lage rustdruk zorgt, maar bij minimale beweging ontstaat een hogere druk. Bij bedlegerige of nauwelijks mobiele patiënten opteert men voor lange rekverbanden, gezien deze een hoge rustdruk geven. Deze dienen aangelegd te worden voor opstaan en bij slapengaan opnieuw afgedaan worden [8].

- Belangrijke patiëntgebonden factoren zijn: in welke mate kan patiënt of mantelzorger zelf de gekozen therapie aanleggen?, is er een arteriële component geassocieerd? Is er reeds thuiszorg aanwezig? Wat wordt best verdragen door patiënt? …

Basis voor aanbeveling: Deze aanbeveling om meerlagige verbanden met een elastische component als voorkeur aan te duiden, wordt in alle richtlijnen vermeld [4-7]. De nuance om de keuze te maken op basis van verschillende factoren wordt ondersteund door NHG-richtlijn en een recente Cochrane review [6, 23]. De vergelijkende studies tussen de types compressietherapie zijn immers eerder beperkt, kleinschalig en matige kwaliteit. Daarnaast worden deze veel in Angelsaksische landen uitgevoerd waar er meer ervaring is met meerlagige verbanden dan met korte rekverbanden, hierdoor zijn de resultaten mogelijk beïnvloed [4-7, 23].

- **Compressiekousen kunnen ook aangewend worden als compressietherapie**. (GRADE 1B)
  - 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.
  - Een alternatief bij actieve ulcera kan een 2-delig kousensysteem zijn, waarbij de eerste laag gemakkelijk over het wondverband heen getrokken kan worden. De tweede laag zorgt dan voor een stevige compressie.

Basis voor aanbeveling: Het gebruik van compressiekousen bij behandeling van een ulcus werd in de originele richtlijn en in NHG-richtlijn aanbevolen[4, 6]. Verdere ondersteuning is te vinden in Amsler et al. (22); deze publicatie werd eveneens kritisch geëvalueerd door de Belgische EBM-organisatie Minerva [26].

- **Pentoxifylline (400mg 3x/d) kan overwogen worden bij patiënten met een veneus ulcus, al dan niet in combinatie met compressie.** (GRADE 2B)
  - Pentoxifylline kan een gunstig effect hebben op de wondheling.
  - Compressietherapie blijft van primordiaal belang. Indien compressie echter niet mogelijk is, kan pentoxifylline alleen toch mogelijk een beperkt gunstig effect hebben op de wondheling.
  - In België gaat het om off-label use.
  - Aandacht is vereist voor neveneffecten: warmte-opwellingen, gastro-intestinale stoornissen, bloedingen (vooral huid en slijmvliezen) en overgevoeligheidsreacties [16].
  - Contra-indicaties: hersenbloeding; retinabloeding; acuut myocardinfarct; ernstige hartaritmieën [16].
  - Aandacht voor dosisreductie bij patiënten met nier- en /of leverinsufficiëntie.

Basis voor aanbeveling: De toediening van pentoxifylline bij patiënten met een veneus ulcus wordt in de Duodecim-richtlijn, de SIGN-richtlijn en AWMA-richtlijn vermeld als mogelijke behandelingsoptie [4, 5, 7]. In WZC-formularium wordt dit eveneens voorgesteld als mogelijke aanvulling op de behandeling [24]. De Cochrane review van Jull et al. (27) toont dat er een betere ulcusgenezing optreedt in vergelijking met placebo. In het gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium van BCFI blijkt het middel in België enkel geïndiceerd te zijn bij arteriële vaatproblematiek. Er wordt tevens gewaarschuwd voor nevenwerkingen, contra-indicaties en dosisaanpassing [16].

- **Over het effect van aspirine, orale zinksupplementen en flavonoïden is onvoldoende betrouwbare evidentie beschikbaar om hierop een aanbeveling te baseren.** (GRADE 1D)
  Basis voor aanbeveling: In de originele richtlijn werd reeds het gebruik van orale zinksupplementen niet aanbevolen [4]. In de AWMA- en SIGN-richtlijn werden eveneens aspirine en flavonoïden besproken en afgeraden[5, 7]. Dit wordt ondersteund door reviews van Scallon et al. [28] en Wilkinson et al. [29]. In WZC-formularium worden deze medicatie eveneens ontraden [24].

Waarop wordt de verbandkeuze in de wondzorg van een ulcus cruris gebaseerd in de eerste lijn? / Wat zijn de basisprincipes van wondzorg van een ulcus cruris in de eerste lijn?

- **In de wondzorg van chronische ulcera is het doel om de wonde te reinigen, kolonisatie te vermijden en een gunstig wondmilieu te creëren (d.w.z. een vochtig wondmilieu, maar zonder overmatig exsudaat**. (GRADE 1C/D)
  Basis voor aanbeveling: Deze aanbeveling werd behouden uit de originele richtlijn [4], met toevoeging van de omschrijving wat een "gunstig wondmilieu" inhoudt. Deze omschrijving is gesteund op de algemene behandelingsprincipes uit de NHG-richtlijn, Digiwond en het geneesmiddelenrepertorium van BCFI [6, 8, 30].

- **Bij elke verbandwissel is het aan te raden de wonde te reinigen met drinkbaar leidingwater.** (GRADE 1C)
  Basis voor aanbeveling: Reiniging van de wonde wordt in alle bestudeerde richtlijnen aanbevolen [4-7]. In de richtlijnen van SIGN, NHG en AWMA wordt het gebruik van drinkbaar leidingwater hiervoor geadviseerd. Ook het GGR van BCFI adviseert leidingwater [30]. In België moet het drinkbaar leidingwater immers aan hoge kwaliteitsnormen voldoen. Recente literatuur ondersteunt deze aanbeveling [31].

- **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)

- Bij veneus ulcus is er zelden of nooit majeure necrose aanwezig [32]. Indien er een majeure hoeveelheid necrose aanwezig is, dient men een eventuele arteriële component na te gaan.
- Effect van debridement op de wondheling is onzeker. Er wordt vermoed dat debris een goede voedingsbodem voor kiemen is.

Basis voor aanbeveling: De aanbeveling werd behouden uit de originele richtlijn[4]. De aanbeveling en de toevoeging omtrent de specifieke methode worden ondersteund door AWMA- en NHG-richtlijn [6, 7], GGR van BCFI [30], WZC formularium [25], Digiwond [8] en Cochrane review van Gethin et al [33].

- **Er is weinig evidentie beschikbaar i.v.m. het effect van verschillende verbandmiddelen. Een eenvoudig niet-inklevend verband wordt in eerste instantie aanbevolen.** (GRADE 2C)
  - Actieve verbandmiddelen zijn duurder maar bieden wel enkele voordelen (minder verbandwissels, minder ongemak, ...). De evidentie is echter beperkt en van lage kwaliteit, waardoor geen definitieve conclusies kunnen getrokken worden.
  - Kies een verbandmiddel op basis van de beoordeling van de wonde, kostprijs, gebruiksgemak, voorkeur van patiënt en zorgverlener…
  - Ter beoordeling van de wonde en als leidraad voor de keuze van verbandmiddelen wordt het TIME-concept aanbevolen.
  - TIME staat voor Tissue viability, Infection, Moisture imbalance en Edge of wound. Deze vier elementen worden systematisch nagekeken bij de wondevaluatie. Op basis van deze 'parameters' kan een verband met specifieke eigenschappen worden gekozen.

  Basis voor aanbeveling: In de originele richtlijn werd enkel vermelding gemaakt van de beperkte evidentie [4]. De andere bestudeerde richtlijnen en literatuur ondersteunen de keuze voor een niet-inklevend verband in eerste instantie, of een meer specifiek verbandmiddel afhankelijk van verschillende praktische en wond- of patiëntgerelateerde factoren [5-7]. Belgische bronnen adviseren als leidraad voor wondevaluatie en verbandkeuze het TIME-concept [8, 25, 30, 34].

- **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)

  Basis voor aanbevelingen: Deze twee aanbevelingen worden ondersteund door alle bestudeerde richtlijnen [4-7]. In de originele richtlijn wordt echter niet expliciet vermeld om het routinematig gebruik van antiseptica af te raden. Recente reviews [35, 36] leveren evidentie voor deze aanbevelingen. Er is weliswaar een

beperkte evidentie voor het gebruik van cadexomeer jood, maar dit is niet beschikbaar in België, waardoor dit niet werd weerhouden in de aanbeveling.

- **Het gebruik van topische antibiotica wordt afgeraden omwille van risico op resistentie en allergische reacties.** (GRADE 1B)
  Basis voor aanbeveling: In de oorspronkelijke richtlijn wordt dit niet expliciet vermeld [4]. Het leek ons echter nuttig om dit toe te voegen, gezien topische antibiotica nog in hoge mate gebruikt worden door Belgische (huis)artsen. Deze aanbeveling wordt ondersteund door de andere bestudeerde richtlijnen en enkele reviews [5-7, 35, 36].

- **Het gebruik van producten en verbanden op basis van honing of zilver wordt niet aanbevolen, gezien er nauwelijks evidentie is voor een gunstig effect op de wondheling.** (GRADE 2C)
  - Er is wel een effect op contaminatiegraad. Het gebruik van zilverhoudende verbanden vermindert mogelijk het infectierisico.

  Basis voor aanbeveling: In de verschillende richtlijnen wordt het gebrek aan evidentie voor het effect op wondheling van zilver- of honingverbanden beschreven. In recente reviews is de evidentie beperkt en niet consistent [35-37]. Gezien dit gebrek aan evidentie en de vaak hoge kostprijs van de producten wordt het gebruik ervan niet aanbevolen.

- **Indien debridement gepaard gaat met pijn, kan perorale pijnstilling toegediend worden of kan men gebruik maken van lidocaïne/prolicaïnecrème.** (GRADE 2B)
  - Aan te brengen 30min voor verzorging, onder plastic folie.
  - Aandacht voor mogelijke contactallergie bij het gebruik van topische anesthetica.
- **In geval van een pijnlijk ulcus is adequate pijnstilling aangewezen om immobiliteit te voorkomen en therapietrouw te bevorderen** (GRADE 1A)**.**
  - Bij ernstige pijn dient de diagnose heroverwogen te worden (bvb. Arterieel ulcus, vasculitis-ulcus …)

  Basis voor aanbevelingen: Deze aanbevelingen werden behouden uit de originele richtlijn [4] en worden ondersteund door de andere richtlijnen[5-7] en recente literatuur [38, 39].

Wanneer is verwijzing naar de 2e lijn aangewezen bij een ulcus cruris?

- **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.** (CBR)

- Herevalueer diagnose bij: atypische presentatie, atypisch verloop, tekenen van perifeer vaatlijden (EAI<0.8), erg pijnlijk ulcus, uitgebreide zwarte necrose…
- Verwijs voor herevaluatie diagnose of bijkomende behandelingsopties.

Basis voor aanbeveling: De essentie van de originele aanbeveling werd behouden [4]. Waarheen verwezen wordt, werd echter gewijzigd, evenals de duur van behandeling alvorens te verwijzen. Dit is enerzijds gebaseerd op consensus-based aanbevelingen uit NHG- en AWMA-richtlijn [6, 7], anderzijds op eigen ervaring en expert-opinion. Gezien er nauwelijks tot geen onderzoek gebeurde naar verwijsopties, blijft deze aanbeveling consensus-based.

- **Verwijs voor een biopsie en eventuele chirurgische behandeling bij verdenking op maligniteit.** (CBR)
  - Denk aan de mogelijkheid van maligne ulcus bij: atypische presentatie of verloop, weinig tot geen evolutie in genezing, slechte geur, hoge bloedingsneiging van wonde, sterke exsudaatvorming, hypergranulatie…

  Basis voor aanbeveling: De oorspronkelijke richtlijn beveelt aan te verwijzen bij vermoeden van maligniteit [4]. Dit wordt ondersteund door de andere bestudeerde richtlijnen [5-7]. Deze aanbevelingen zijn eveneens enkel gebaseerd op expert opinion en consensus.

- **Verwijs patiënten die open staan voor invasieve behandeling van chronische veneuze insufficiëntie naar een vaatchirurg voor diagnostische duplex en eventuele varicesbehandeling d.m.v. chirurgie, sclerotherapie of laserbehandeling, ter vermindering van recidieven.** (GRADE 2B)

  Basis voor aanbeveling: Dit wordt niet in de originele richtlijn vermeldt [4]. In de andere richtlijnen wordt wel aanbevolen om bij patiënten met chronische veneuze ulcera heelkundige behandelingen te overwegen in kader van recidiefpreventie [5-7].

3. Implementatiefase

a. Peer review

Onze geadapteerde richtlijn werd voorgelegd aan verschillende groepen huisartsen, gezien zij de belangrijkste spelers uit onze doelgroep zijn. Dit gebeurde aan de hand van een presentatie met 3 casussen en 6 multiple choice vragen. Hierdoor werden de artsen aangezet tot kritisch nadenken over onze aanbevelingen. Deze presentaties gebeurden in maart 2016.
Op basis van de opmerkingen die naar voor kwamen uit deze presentaties werden aanpassingen in de richtlijntekst aangebracht.

i. Seminarie-groepen huisartsen-in-opleiding (HAIO's)

Aangezien jonge huisartsen (in opleiding) regelmatig richtlijnen consulteren in de dagdagelijkse praktijk, is dit een belangrijke doelgroep voor onze richtlijn.
In een eerste groep waren 8 huisartsen in opleiding aanwezig. Er was een gelijke verdeling in eerste- en tweedejaars. Man-vrouwverhouding bedroeg 3 op 5. Alle HAIO's van deze groep zijn werkzaam in de provincie West-Vlaanderen.
De tweede groep bestond uit 8 vrouwelijke en 3 mannelijke HAIO's (totaal 11). Allen tweedejaars en werkzaam in provincie Antwerpen.

Vraag i.v.m. behandeling van veneuze ulcera
→ Alle HAIO's zouden naast wondzorg ook levensstijladviezen en compressietherapie opstarten. Medicatie wordt door hen niet gebruikt, behalve pijnstillende medicatie bij pijnlijke ulcera.
→ Wat levensstijladvies betreft, weten de HAIO's niet steeds hoe ze concrete praktische adviezen kunnen geven.

Vraag i.v.m. type compressietherapie:
→ De HAIO's geven aan compressietherapie te laten afhangen van patiëntfactoren. Bij mobiele patiënten zal men opteren voor korte rekverbanden, bij immobiele patiënten wordt langerek voorgeschreven. Steunkousen worden ook vaak voorgeschreven indien de patiënt dit zelf kan aantrekken, omdat dan geen thuisverpleging noodzakelijk is. In geval van open ulcera, worden meestal windels voorgeschreven aangezien er voor de wondzorg meestal reeds thuisverpleging is.
→ Een belangrijke drempel bij het starten of verderzetten van compressietherapie is dat het vaak moeilijk te organiseren is dat de compressie vroeg genoeg wordt aangelegd door thuisverpleging. Vaak lopen patiënten al enige tijd rond, vooraleer de verpleegkundige komt.
→ Een andere drempel is dat patiënten vaak moeilijk te motiveren zijn tot blijvende compressietherapie.

Vraag i.v.m. wondinfectie:
→ In geval van een wondinfectie zouden de HAIO's een wondkweek afnemen en empirisch perorale antibiotica starten (om vervolgens aan te passen volgens het antibiogram). Empirisch zou men starten met flucloxacilline.

Vraag i.v.m. verwijzing:
→ Over de termijn alvorens te verwijzen is onenigheid. De helft van de groep zou na 1 maand behandelen verwijzen, de andere helft na 2 maand.
→ De HAIO's zouden verwijzen bij interesse voor een meer invasieve behandeling van varices, maar dan voornamelijk bij jongere patiënten of bij expliciete vraag. Tevens zouden ze verwijzen bij een stagnerend verloop. Er was echter weinig bekendheid rond

het verwijzen bij andere problemen zoals pijnlijk ulcus, atypisch verloop of presentatie, necrosevorming…

ii. Conclusie

Uit de opmerkingen tijdens de presentatie werd geconcludeerd dat de jonge huisartsen vrij goed op de hoogte zijn van het beleid bij veneuze ulcera. Er is echter nog een belangrijk tekort in de kennis omtrent "alarmsignalen" bij ulcera. Daarom werd in de steekkaart een apart kader toegevoegd met een oplijsting van enkele alarmtekenen.

Daarnaast blijkt dat Dopplertoestel niet steeds beschikbaar zijn in de huisartspraktijk. Er werd besloten om de aanbeveling hiervoor niet aan te passen, aangezien dit eerder een minderheid is. Daarnaast is het uitvoeren van een EAI-meting een nuttige evaluatie gezien pulsaties niet steeds even makkelijk te vinden zijn.

Als drempels voor compressietherapie werden de motivatie van de patiënt en de organisatie van de verpleegkundige zorgen aangegeven. Om de motivatiedrempel te verhelpen, lijkt goede patiënteducatie erg belangrijk. Hiervoor hopen we dat de folders een handig instrument zijn om de patiënt beter te informeren en zo nauwer te betrekken bij de behandeling.
Wat de organisatie van de thuisverpleging betreft, is een goede communicatie tussen arts, verpleegkundige en patiënt aangewezen om een zo goed mogelijke oplossing hiervoor te vinden. Met behulp van de folders willen we deze communicatie faciliteren.

Om de levensstijladviezen concreet te kunnen formuleren naar de patiënt toe, staat in de folders uitgelegd wat de ideale positie is voor hoogstand, worden enkele oefeningen beschreven en worden de andere hulpverleners betrokken om de patiënt hierin te stimuleren.

b. Folders

In verschillende richtlijnen werden aanbevelingen geformuleerd over patiëntenvoorlichting en –educatie [5-7]. Uit literatuur blijkt eveneens dat voorlichting en regelmatige herhaling van dezelfde boodschap door de verschillende zorgverleners rond de patiënt belangrijk zijn voor de therapietrouw [12, 14, 15, 40].
Anderzijds bleek uit overleg met artsen en zorg- en verpleegkundigen dat er vaak te weinig communicatie is tussen de verschillende zorgverleners.
Om deze redenen hebben wij gekozen voor het opstellen van folders (zie bijlage 4 en 5) voor zowel de patiënt zelf, als voor de zorgkundigen en de thuisverpleging. Deze folders kunnen ook interessant en nuttige zijn voor de mantelzorgers. Op die manier wordt de patiënt ingelicht over zijn ziekte, en worden de zorgverleners ingelicht over hoe zij kunnen bijdragen in de behandeling van het ulcus en wanneer contact dient opgenomen te worden met andere hulpverleners.
Voor de huisartsen werd door een steekkaart gemaakt om en snel overzicht te geven

van de aanbevelingen en belangrijke items. Voor de steekkaart en de folder voor thuisverpleegkundigen wordt verwezen naar de thesis van Laurens Laeremans.
De folders werden voorgelegd aan vertegenwoordigers van de verschillende doelgroepen en werden mits kleine aanwijzingen positief onthaald. Voor de Belgische Federatie van Zorgkundigen is dergelijke folder erg welkom. De kennis omtrent veneuze ulcera is immers laag, hoewel men er erg vaak mee geconfronteerd wordt.

Discussie

In deze masterproef werd een adaptatie uitgevoerd van een bestaande richtlijn aan de hand van de ADAPTE procedure [10].
Adaptatie van richtlijnen heeft enkele voordelen. Zo zijn er reeds veel verschillende richtlijnen over een zelfde onderwerp. Het opnieuw ontwikkelen van een volledig nieuwe richtlijn zou een herhaling van hetzelfde werk zijn. De novo ontwikkeling van richtlijnen is erg geld- en tijdrovend. Adaptatie kan hierbij een manier zijn om kostenefficiënter te werk te gaan [41-43]. Anderzijds is er weinig evidentie dat de ADAPTE procedure inderdaad minder kosten met zich meebrengt [42]. Alle evidentie dient immers per aanbeveling opnieuw geëvalueerd te worden op courantheid en samenhang. Ook tijdens dit onderzoek werd dit als een erg tijdrovende stap ervaren. Hierbij kan ervaring met het proces en met richtlijnontwikkeling mogelijk een belangrijke rol spelen. De ADAPTE werkgroep verwacht dat de inspanningen bij deze stap zullen verminderen, naarmate men hier meer ervaring mee heeft [42].

Een ander voordeel van adaptatie is de mogelijkheid om aanbevelingen aan te passen aan de lokale context. Medische praktijkvoering is immers contextgevoelig: lokale cultuur en gewoontes, lokale zorgorganisatie, beschikbaarheid van onderzoeken of behandelingen, populatiekenmerken… spelen allen een rol bij het al dan niet toepasbaar zijn van de aanbevelingen. Door adaptatie met aandacht voor de lokale barrières en mogelijkheden worden de aanbevelingen beter te implementeren [41-43]. Deze toetsing van lokale toepasbaarheid kwam duidelijk naar voor tijdens deze adaptatie. We vonden deze stap een echte meerwaarde. Het aanpassen van de aanbevelingen naar de lokale toepasbaarheid maakt net het verschil tussen een literatuurreview en een richtlijn.

Anderzijds zullen er steeds nog verschillen in toepasbaarheid blijven van praktijk tot praktijk. Een voorbeeld hiervan in ons onderzoek is de bepaling van een enkel-arm index. Sommige praktijken hebben wel een Doppler toestel, andere niet. Hiervoor dient elke praktijk of individuele arts de richtlijnen nogmaals te adapteren naar de eigen situatie. Uiteindelijk is ook elke patiënt verschillend en moet het al dan niet volgen van de aanbeveling per patiënt geëvalueerd worden. Om dit ‘zeer lokale adaptatieproces’ mogelijk te maken is het belangrijk om voldoende achtergrondinformatie te voorzien en de rationale bij de aanbeveling weer te geven. Zo kan de hulpverlener op een gefundeerde manier voor de aanbeveling of een alternatief kiezen [13]. Bij onze aanbevelingen wordt steeds bondig weergegeven op welke evidentie de aanbeveling gebaseerd is.

Een probleem bij het adapteren van richtlijnen is de beschikbaarheid van kwalitatieve bronrichtlijnen [42]. In deze adaptatie waren weliswaar hoog-kwalitatieve richtlijnen beschikbaar, de basisrichtlijn van Duodecim was laag van kwaliteit: veel aanbevelingen waren niet onderbouwd door wetenschappelijke evidentie en de structuur van de

richtlijn was niet duidelijk. Er was tevens weinig transparantie over hoe de richtlijn tot stand kwam. De problematiek van heterogeniteit in aanbevelingen en onvoldoende transparantie in het ontwikkelingsproces komt ook aan bod als drempel bij het adapteren van richtlijnen in het onderzoek van Fervers et al. [42]. De heterogeniteit valt deels te verklaren doordat verschillende richtlijnen in verschillende contexten zijn opgesteld. Anderzijds worden soms andere zoekcriteria gebruikt bij het literatuuronderzoek: andere publicatie- of zoekperiode, taal, doelgroepen…

Een tweede probleem was dat het onderwerp van deze richtlijn erg breed was: zowel diagnostiek als behandeling van verschillende soorten ulcera werden besproken. Dergelijk breed onderwerp was niet bij andere richtlijnen terug te vinden. Om de volledige richtlijn te dekken zou moeten gewerkt worden met verscheidene richtlijnen over meerdere topics. Aangezien dit het adaptatieproces erg complex en tijdrovend zou maken, werd geopteerd om het onderwerp te beperken tot veneuze ulcera.
In deze masterproef waren we gebonden aan de minst kwalitatieve richtlijn als bronrichtlijn. Hierdoor werd het adaptatieproces aanzienlijk bemoeilijkt en wijkt de nieuwe richtlijn sterk af van de oorspronkelijk richtlijn.

De problematiek van veneuze ulcera vergt bij uitstek een multidisciplinaire aanpak [5-7, 13]. Richtlijnontwikkeling dient dus bij voorkeur door een multidisciplinaire werkgroep te gebeuren [5-7, 13]. De richtlijn werd echter geadapteerd door twee huisartsen in opleiding met ondersteuning van een professor in de Dermatologie. De inbreng van verpleegkundigen, vaatheelkundig chirurgen en van patiënten zou deze richtlijn een breder draagvlak geven. Tevens zou dit ook de communicatie tussen de verschillende disciplines kunnen bevorderen. Uit onderzoek van Van Hecke et al.[13] blijkt immers dat de multidisciplinaire communicatie een pijnpunt blijft in de zorg voor veneuze ulcera en dat dit aspect te weinig aan bod komt in de bestaande richtlijnen. Door het ontwerpen van folders voor verschillende thuiszorgpartners, proberen we deze kloof reeds te overbruggen. Een multidisciplinaire richtlijnwerkgroep zou echter een grotere meerwaarde kunnen betekenen.

Een andere tekortkoming in veel richtlijnen is het ontbreken van inbreng van patiënten [13]. Ook in deze masterproef werd de visie van patiënten niet betrokken. Dit is wel aangewezen gezien de belangrijke impact op de levenskwaliteit. Anderzijds wordt een poging gedaan om patiënten nauwer te betrekken en beter te informeren door het ontwikkelen van een informatiefolder. Daarnaast wordt in de richtlijn ook aandacht besteed aan pijnbehandeling; een belangrijke factor in de impact op levenskwaliteit, die vaak over het hoofd gezien wordt.

Bij het bestuderen van andere richtlijnen moesten we vaststellen dat vaak geen aanbeveling kon gemaakt worden omwille van onvoldoende kwalitatieve evidentie. Dit was vooral op het gebied van wondzorg, specifieke types compressietherapie en

medicamenteuze ondersteuning. Deze elementen zijn net nodig om een concrete en praktisch toepasbare aanbeveling te maken. Er werd daarom geopteerd om deze informatie in “practice points” te verwerken. Omwille van het frequent voorschrijven van flavonoïden, werd de “aanbeveling” omtrent de onzekere effectiviteit hiervan behouden.

Een laatste bemerking bij deze masterproef is de beperkte bekendheid van EBM*Practice*Net. Tijdens ons onderzoek merkten we dat bij veel artsen dit platform nog niet goed gekend was. Er werd ook nog weinig gebruik gemaakt van de CEBAM Evidence Linker die in de meeste softwarepakketen voor de eerste lijn geïntegreerd is. Een grotere kenbaarheid van dit platform, zal vermoedelijk het gebruik van evidence-based richtlijnen in de dagdagelijks praktijk verbeteren.

Conclusie

In deze Masterproef werd het adaptatieproces besproken van de Duodecim-richtlijn "Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers" . Hiervoor werden de originele aanbevelingen, alsook aanbevelingen uit andere richtlijnen met hetzelfde onderwerp grondig geëvalueerd op courantheid en samenhang. De aanbevelingen en hun onderbouwing werden vergeleken met recent verschenen literatuur.
Uit deze literatuurstudie kunnen we weerhouden dat de belangrijkste behandeling van veneuze ulcera het aanleggen is van compressietherapie. Onder welke vorm dit gebeurt, is van ondergeschikt belang. Het toedienen van medicatie is eerder dubieus. Voor de meeste medicamenteuze opties is er nauwelijks evidentie. Enkel voor het gebruik van pentoxifylline is er een beperkt gunstig effect aangetoond. Hiertegenover staat dan wel het risico op bijwerkingen en het eerder negatief advies tot het gebruik ervan bij oudere patiënten.

Wat wondzorg betreft is er nauwelijks evidentie beschikbaar. Algemeen is het aan te bevelen de wonde bij elke wondzorg goed te reinigen en vervolgens een verband te gebruiken waarmee een gunstig wondmilieu gecreëerd wordt Bij de keuze van het wondverband wordt aanbevolen om het TIME-concept te gebruiken.
Bij kritische kolonisatie van de wonde is het aan te raden een topisch antisepticum te gebruiken. Bij ernstige wondinfectie dienen systemische antibiotica gestart worden.

Verwijsredenen voor patiënten met een veneus ulcus kunnen opgesplitst worden in drie groepen. De eerste verwijsreden is bij twijfel over de diagnose (bvb. Pijn, necrose, hoge bloedingsneiging, atypische presentatie…). Hiervoor kan evt. vaatonderzoek of biopsie nuttig zijn. Een tweede groep is omwille van onvoldoende evolutie van de wondgenezing ondanks adequate wondzorg. Dit kan omwille van verkeerde diagnose zijn ofwel is een tweedelijnsbehandeling aangewezen. Tot slot kunnen patiënten verwezen worden die open staan voor een chirurgische behandeling van de chronische veneuze insufficiëntie d.m.v. heelkunde, lasertherapie of sclerotherapie. Hiervoor dient initieel nagegaan worden of er een indicatie bestaat tot ingreep. Dit gebeurt door middel van een veneus duplex onderzoek.

Vervolgens werden bij deze aanbevelingen getoetst in welke mate deze toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext. Dit gebeurde enerzijds vanuit eigen praktijkervaring en op basis van informatie uit Belgische bronnen; anderzijds werden de aanbevelingen voorgelegd aan groepen van toekomstige richtlijngebruikers (in casu huisartsen).
Op die manier werden op evidentie gesteunde aanbevelingen geformuleerd die praktisch bruikbaar zijn binnen de Belgische huisartspraktijk.

Omdat het slagen van de behandeling van een veneus ulcus in belangrijke mate afhangt van de multidisciplinaire samenwerking tussen de huisarts, de verpleegkundige, de eventuele zorgkundigen en de patiënt zelf, wilden we deze samenwerking ondersteunen met behulp van folders voor elk van deze groepen. Deze folders werden tevens voorgelegd aan personen uit de doelgroepen om hun praktische bruikbaarheid te toetsen. De folders werden door de verschillende groepen positief onthaald. Dit is echter een beperkte aanzet tot een betere multidisciplinaire samenwerking. Het lijkt ons belangrijk dat toekomstige richtlijnen door multidisciplinaire werkgroepen opgesteld worden, waarbij tevens inbreng is vanuit het patiëntenstandpunt.

Op deze manier hopen wij een praktische leidraad te bieden aan huisartsen om patiënten met een veneus ulcus volgens EBM-normen te behandelen.

Afkortingen

AAWC	Association for the Advancement of Wound Care
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AWMA	Australian Wound Managment Association
Bapcoc	Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
CBR	Consensus-Based Recommendation
CEBAM	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
CKS	Clinical Knowledge Summaries
EAI	Enkel-Arm Index
EBM	Evidence-Based Medicine
G-I-N	Guidelines International Network
HAIO	HuisArts In Opleiding
KCE	Kenniscentrum- Centre d' Expertise; Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg
LOK	Lokale Kwaliteitsgroep
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service
PIPOH	Patient-Intervention-Professional-Outcome-Healthcare setting
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
SIGN	Scottisch Intercollegiate Guidelines Network
TIME	Time-Infection-Moisture-Edges
WZC	Woon-Zorg Centrum

Referenties

1. Wie zijn we. EBM*Practice*Net. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Wie-zijn-we.aspx. Geraadpleegd 16 april 2016.
2. Doel. EBM*Practice*Net. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Doel.aspx. Geraadpleegd 16 april 2016.
3. Onze methodes. EBM*Practice*Net. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Onze-methodes.aspx. Geraadpleegd 16 april 2016.
4. Malanin K, Kuokkanen H. Conservative and plastic surgical treatment of leg ulcers. Duodecim EBM Guidelines. 2013.
5. Scottisch Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh:SIGN, 2010
6. Van Hof N, Balak F, Apeldoorn L, et al. NHG-Standaard Ulcus cruris venosum (Tweede herziening). Huisarts Wet. 2010;53(6):321-3.
7. Australian Wound Management Association(AWMA). Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. West Leederville WA:Cambridge Publications, 2011
8. Beeckman D, Courtens, A., Beele, H., Derese, A., & Defloor, T. Digitaal Kennisbestand Wondzorg. Gent: Dienst Onderwijskwaliteitszorg (DOWA), Universiteit Gent; 2007.
9. Werkgroep RVT Formularium Fv. Chronische wonden bij ouderen: oorzaken en preventie. Geneesmiddelenbrief. 2007;14(4):38-9.
10. Collaboration TA. The ADAPTE Process. Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009.
11. Consortium ANS. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009
12. Van Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, et al. Knowledge Deficits and Information-Seeking Behavior in Leg Ulcer Patients An Exploratory Qualitative Study. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing. 2013;40(4):381-7.
13. Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. Guidelines for the management of venous leg ulcers: a gap analysis. Journal of evaluation in clinical practice. 2008;14(5):812-22.
14. Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(1):29-39.
15. Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(3):337-49.

16. BCFI. Arteriële vaatstoornissen. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2016. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/chapters/2?frag=1412. Geraadpleegd 16 april 2016.
17. BCFI. Antiseptica- desinfectantia. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2016. Beschikbaar via: www.bcfi.be/nl/chapters/16?frag=13805. Geraadpleegd 16 april 2016.
18. Barwell J, Davies C, Deacon J, et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. The Lancet. 2004;363(9424):1854-9.
19. Mauck KF, Asi N, Elraiyah TA, et al. Comparative systematic review and meta-analysis of compression modalities for the promotion of venous ulcer healing and reducing ulcer recurrence. Journal of Vascular Surgery. 2014;60(2):71s-U103.
20. Brown A. Life-style advice and self-care strategies for venous leg ulcer patients: what is the evidence? Journal of wound care. 2012;21(7):342-4, 6, 8.
21. Guo S, DiPietro LA. Factors Affecting Wound Healing. J Dent Res. 2010;89(3):219-29.
22. Amsler F, Willenberg T, Blattler W. In search of optimal compression therapy for venous leg ulcers: A meta-analysis of studies comparing diverse bandages with specifically designed stockings (vol 50, pg 668, 2009). Journal of Vascular Surgery. 2010;51(1):289-.
23. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, et al. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Db Syst Rev. 2012(11).
24. Farmaka vzw. Cardiovasculair stelsel: Ulcus cruris venosum. WZC Formularium 2016. Beschikbaar via: http://www.farmaka.be/nl/formularium/373#main. Geraadpleegd 17 april 2016.
25. Farmaka vzw. Dermatologie: Ulcus cruris venosum. WZC Formularium 2016. Beschikbaar via: http://www.farmaka.be/nl/formularium/259#main. Geraadpleegd 17 april 2016.
26. Poelman T. Compressietherapie als behandeling van veneuze beenulcera. Minerva. 2010;9(6):66-7.
27. Jull AB, Arroll B, Parag V, et al. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. Cochrane Db Syst Rev. 2012(12).
28. Scallon C, Bell-Syer SEM, Aziz Z. Flavonoids for treating venous leg ulcers. Cochrane Db Syst Rev. 2013(5).
29. Wilkinson EAJ. Oral zinc for arterial and venous leg ulcers. Cochrane Db Syst Rev. 2014(9).
30. BCFI. Actieve verbandmiddelen. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2016. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/chapters/16?frag=14712. Geraadpleegd 17 april 2016.
31. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Db Syst Rev. 2012(2).

32. Flour M. Ulcus cruris. . In: Vlaanderen W-GK, K DV, editors. Handboek wondzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004. p. 149-70.
33. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;9:CD008599.
34. BCFI. Actieve verbandmiddelen. Folia 2008. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/articles/1711?folia=1678. Geraadpleegd 17 april 2016.
35. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, et al. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Db Syst Rev. 2014(1).
36. Valle MF, Maruthur NM, Wilson LM, et al. Comparative effectiveness of advanced wound dressings for patients with chronic venous leg ulcers: A systematic review. Wound Repair Regen. 2014;22(2):193-204.
37. Jull AB, Walker N, Deshpande S. Honey as a topical treatment for wounds. Cochrane Db Syst Rev. 2013(2).
38. Briggs M, Nelson EA, Martyn-St James M. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD001177.
39. Belche JL. Pijn bij veneus ulcus: werkzaamheid van topische pijnstilling en verbanden? Minerva. 2014;13(7):86-7.
40. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. Cochrane Db Syst Rev. 2013(9).
41. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Int J Qual Health Care. 2006;18(3):167-76. Epub 2006/06/13.
42. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. BMJ quality & safety. 2011;20(3):228-36.
43. Graham I, Harrison M, Lorimer K, et al. Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: the Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. Advances in Skin & Wound Care. 2005;18(6):307-18.

Bijlage 1: AGREE-evaluatie

RICHTLIJN TITEL:	NHG-Standaard Ulcus cruris venosum			
	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	Opmerkingen
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	
	8	4	3	Algemene handleiding voor opstellen NHGstandaarden: goede algemene beschrijving, maar geen specifieke voor deze richtlijn
	9	6	6	
	10	4	5	
	11	6	7	Zie noten
	12	6	6	
	13	6	6	
	14	3	3	
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	Opmerkingen
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	Algemene handleiding, 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**	**25**	
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	Opmerkingen
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	
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?	
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 2: GRADE-classificatie

KWALITEIT VAN HET BEWIJS (≈ NIVEAUS VAN BEWIJSKRACHT, EVIDENTIE NIVEAU)

Hoog = verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen = **letter A**

Matig = verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen= **letter B**

Laag en zeer laag = verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker = **letter C**

GRAAD VAN AANBEVELING (≈ strength of recommendation)

Sterke aanbeveling ("1")

- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet / wel waard zijn

⇒Formulering : " we bevelen aan of we raden af"

Zwakke aanbeveling ("2")

- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen geloven dat:
    - Voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar
    - Een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen

⇒ Formulering : " we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen "

Wanneer moet ik een arts raadplegen?

Van zodra je denkt een ***nieuw open been*** te hebben, raadpleeg je best een arts. Hij/zij 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 maximaal 40ºC***.

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



Bijlage 4: Patiëntenfolder

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 bevorderd.

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 verpleegkundige of arts.

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. Doe dit 's avonds na het uittrekken van je kousen of windels. Laat deze crème voorschrijven door je arts.

Let op dat je je benen niet stoot of kwetst.

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 de huid extra kwetsbaar.
- Wrijf na het uittrekken van de kousen of windels 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 wondje*** opmerkt bij een patiënt, laat je best een arts of verpleegkundige contacteren, of neem je zelf contact op indien de patiënt akkoord gaat. Hij/zij 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 verpleegkundige en arts.
Verwittig bij een nieuwe wonde meteen de thuisverpleegkundige of de huisarts zodat zij een gepaste wondzorg kunnen voorstellen.

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 bevorderd.

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 max. 40°C.***

Wring de 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 6: Goedgekeurd protocol

Op basis van andere richtlijnen en wetenschappelijke evidentie maakten wij een adaptatie van de Finse Duodecim-richtlijn " 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 basis van hun feedback 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). Wij kozen specifiek voor deze twee groepen omdat we enerzijds de input willen van artsen met ervaring, die reeds een goed zicht hebben wat de zorg voor een ulcus kan bevorderen of verhinderen (de LOK-groep); en anderzijds wilden we de input van een groep (minder ervaren) artsen die regelmatig richtlijnen raadpleegt en kunnen aanduiden welke zaken ontbreken voor artsen die nog niet vertrouwd zijn met de problematiek (de HAIO-groep). 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 en in de bredere 1e lijnssetting toegepast kan worden.

Bijlage 7: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: 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**
	2016/0109	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 Lot Van de Moortel)

Belgisch Registratienummer: B670201627302

* Adviesaanvraagformulier dd. 13/01/2016 (volledig ontvangen dd. 22/01/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier

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 wordt 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

./.

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**
	2016/0109	08-mrt-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0109

- *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 88
sandra.depaepe@uzgent.be