



Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung

Evidenz in der Wundpflege und die klinische Praxis

Einleitung

Die Wundpflege sollte auf der bestverfügbaren Evidenz basieren. Dies wird jedoch durch die verschiedenen Ansätze und Techniken, die in der klinischen Praxis angewendet werden nur schwierig erreicht. Aufgrund dessen gibt es oft eine Verwirrung, welches die beste Art und Weise ist, um die Effektivität einer Intervention in dieser komplexen Patientenpopulation zu evaluieren. Literaturübersichten zeigen, dass zur Evaluation der Interventionen verschiedene Methoden verwendet werden, die wieder zu unterschiedlichen Interpretationen führen. Dies hat dann wiederum Auswirkungen auf Leitlinien und Empfehlungen, aber auch auf die Finanzierung bzw. die Behörden und Gremien, welche für die entsprechenden Finanzierungsregulierungen zuständig sind. Wie wird nun aber im Alltag die „richtige“ Evidenz gefunden?

Aber welche Evidenz?

Evidence-based Medicine oder Nursing (EbM/EbN), beschreibt eine Praxis, die die derzeit besten wissenschaftlichen Belege (Evidenz) nutzt.

EbM/EbN wird als Integration von:

- den besten derzeit verfügbaren Forschungserkenntnissen (externe Evidenz)
- den klinischen Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen (interne Evidenz)
- den Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten/ Betroffenen und
- den zur Verfügung stehenden lokalen Ressourcen

in Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung von individuellen Patientinnen und Patienten verstanden [1].

Die Evidenz-basierte Medizin/ -Pflege ist ein wertvolles Hilfsmittel, Handlungen

und Maßnahmen im Alltag kritisch zu hinterfragen und die wirksamsten Behandlungsmethoden herauszufinden. Wer zu Fragestellungen im Bereich der Wundheilung Evidenz sucht, wird feststellen, dass es zu vielen klinischen Problemen nur wenige qualitativ hochwertige Studien, wie Interventionsstudien oder Meta-Analysen gibt [2]. Der Zugang und die Beurteilung bzw. die Kenntnisse empirisch begründeten Wissens sind keinesfalls gleichzusetzen mit der Kenntnis von Standards und Leitlinien. Standards und Leitlinien beruhen häufig auf Konsens, auf Expertenvermutungen, auf Traditionen und klinischen Erfahrungen. Evidenzbasierte Leitlinien und Standards weisen den Grad der Empfehlungen und Handlungsanweisungen mit einem Kategorienähnlichen System aus das den Grad der Evidenz bezeichnet (zB. GRADE [3]).

Aufgrund dessen hat die Europäische Wundfachgesellschaft (EWMA) im Jahre 2010 [4] sowie 2014 [2] in ihren Veröffentlichungen der „Patient-Outcome-Group“ wie auch ihren Hinweisen zum „Studyprotocol“ wichtige Aspekte dazu publiziert. Die Empfehlungen umfassen die Generierung von externer Evidenz wie auch die Interpretation und Nutzung dieser Erkenntnisse im klinischen Alltag (alle Dokumente können auf www.ewma.org heruntergeladen werden). So wird in den Dokumenten auf die Wichtigkeit der Definition von Endpunkten also des gewünschten Resultats, an dem die Effektivität einer Intervention gemessen werden soll, hervorgehoben. Dazu gehört eine eindeutige Bezeichnung der zu erreichenden Ziele respektive der Zielsetzungen. Aufgrund dessen ist es sinnvoll eine klar abgegrenzte Fragestellung zu formulieren. So kann eine gewählte Intervention bis zu einem definierten Zeitpunkt (beispielsweise nach 3 Monaten) eine bis zu 20%-ige Wundreduktion hervorbringen. Ganz konkret: „Die

Wundaufgabe X bringt nach spätestens einer 4-wöchigen Anwendung eine Halbierung der Wundfläche“. Ebenfalls klar definiert gemäß EWMA [3] muss die Population sein, also beispielsweise eine bestimmte Patientengruppe mit vergleichsweise ähnlichen Voraussetzungen (zB: erwachsene Patienten mit einer Immunsuppression aufgrund einer autoimmunen Erkrankungen die oral therapiert werden). Mögliche relevante Endpunkte wie von der EWMA [3] deklariert sind wie folgt:

- Zeit bis zum kompletten Wundverschluss
- Reduktion der Wundausdehnung und Veränderungen in der Wundheilung (nur mittels bildlicher Validierung gültig)
- Reduktion der Wundausdehnung um 50% über Zeit
- Veränderungen in der Wundoberfläche
- Abwesenheit einer Wundinfektionen
- Schmerzreduktion beim betroffenen Patienten
- Beeinflussende Faktoren die individuell definiert sein müssen
- Quality of life Messungen des Betroffenen
- Kosten und Kosteneffekte

Bei der Suche nach Literatur fällt auf, dass die meisten Publikationen zu Studien mit Wundaufgaben, Anwendungsbeobachtungen oder Fallserien mit kurzer Beobachtungsdauer sind, die eine geringe Aussagekraft haben. Die meisten Studien dauern 12 Wochen und beinhalten nur wenige Patienten mit derselben Ätiologie.

Für die eigene Alltagssituation ist es zunächst wichtig, eine Fragestellung mit Relevanz für die klinische Thematik zu formulieren. So wird das Problem, bzw. die eigene Fragestellung konkretisiert und vorab von mehreren Seiten beleuchtet. Zum anderen erleichtert eine klare Fragestellung die anschließende Recherche, da die Frage in der Regel die Schlüsselwörter schon enthält. Eine Fragestellung kann am

Tabelle 1
Problemstellungen und Anamneseschwerpunkte bei Meret.

Problemstellung	Anamneseschwerpunkt
Mobilität	Bei der Patientenanamnese von Meret ist es von zentraler Bedeutung die Belastung der Mobilität zu erfassen: 1. Wie aktiv ist sie? Wie oft ist sie an den Krücken unterwegs? 2. Kann ihre Mobilität die Wundheilung durch mechanische Reizung beeinträchtigen? 3. Ist eine besondere Belastung im Kontext von Lageveränderungen von Bedeutung?
Immunologische Grunderkrankung	Die Immunologische Grunderkrankung von Meret ist ein wichtiger und entscheidender Faktor für die Wundheilung. Es gilt Wundaufgaben zu wählen, welche trotz eingeschränkter Immunität eines Menschen die physiologische Wundheilung des Patienten unterstützen. Gleichzeitig ist bei einer immunologischen Grunderkrankung mit einer verlängerten Wundheilung zu rechnen dies bedingt die vorausschauende Planung einer Wundversorgung auch im ambulanten Setting.
Belastung der Familie und des Patienten	Bei Meret ist die Belastung sowohl der Eltern – wie auch von Meret selber - ein sehr wichtiger Faktor, welchem unbedingt Rechnung getragen werden muss. Ebenso ist ein täglicher Verbandwechsel wenn immer möglich bei Kindern zu vermeiden.

einfachsten durch das PICO-Schema erarbeitet werden [4].

PICO ist ein Akronym und steht für:

- Patientenpopulation - Patient und sein Problem/Ätiologie
- Intervention - Behandlung
- Comparison - Alternativmaßnahme oder keine Behandlung
- Outcome - Behandlungsziel (z. B. Mortalität, Lebensqualität)

Das PICO-Schema wird vor allem im Rahmen der EbM/EbN genutzt, um Fragestellungen möglichst konkret zu formulieren und die draus hervorgehenden Ergebnisse möglichst gut nutzbar zu machen [4].

Die Literaturrecherche geschieht in biomedizinischen Datenbanken wie Medline, CINAHL oder Cochrane Library in einzelnen Arbeitsschritten, die in der Praxis häufig ineinander übergehen. Anhand der Abstracts wird ausgewählt, ob das Gefundene zur eigenen Fragestellung passt, um die richtigen Artikel zu erkennen und selektionieren. Die Beurteilung der gefundenen Literatur ist ein zentraler Punkt von EbM/EbN. Interventionen nur aufgrund einer Studie zu verändern, die womöglich Mängel im Studiendesign aufweist oder deren untersuchte Patientengruppe nicht auf die eigene Situation übertragbar ist, ist nicht empfohlen. Als nützliches Instrument zur Beurteilung stehen diverse Beurteilungsverfahren wie das CASP (Critical Appraisal Skills Programme) zur Verfügung [4].

Entspricht die beurteilte Studie den methodischen Qualitätskriterien für die eigene Fragestellung und bietet sie eine Lösung für das Praxisproblem, gilt es zu überlegen, wie die Ergebnisse in der Praxis implementiert werden können. Das Spektrum der verschiedenen Praxissituationen und Problemlösungsansätze kann hier nicht abgedeckt werden. Dies umfasst zum Beispiel die Informationsweitergabe an Patienten, Angehörige oder Berufskolleginnen/-kollegen, Anpassung eines Standards, Fort- und Weiterbildungen bis hin zu Struktur- und Prozessveränderungen. Der Nutzen, der durch die Implementierung der Ergebnisse erreicht wurde, wird im letzten Schritt der EbM/EbN-Methode evaluiert. Es ist zwingend notwendig, zu überprüfen und zu beurteilen, ob der gewünschte Effekt wirklich eingetreten ist und ob der Aufwand den Nutzen rechtfertigt. In die Evaluation sind Strukturen, Prozesse, Ergebnisse, der personelle und der finanzielle Einsatz mit einzubeziehen [2]. Dies alles scheint komplex, aufwändig und häufig aus der Praxisperspektive nicht realistisch durchführbar und wird anhand eines Beispiels aus der aus der pädiatrischen Wundpflege zu einem evidenzbasierten Vorgehen in der Wundbehandlung nachfolgend exemplarisch aufgezeigt.

*Name geändert

Fallbeispiel

Meret*, ein 6 jähriges Mädchen mit einem angeborenen Immundefekt zeigt nach einem chirurgischen Eingriff an der Hüfte einen initial unauffälligen Verlauf. Nach 7 Tagen entsteht eine zunehmend klaffende Wunde mit offenen und nässenden Stellen im Bereich der Hüfte. Die Wundheilung stagniert über die nachfolgenden 21 Tage. Die Wunde ist nicht infiziert, zeigt aber keine weitere Tendenz zur Epithelisierung. Die Wundoberfläche ist glasig rosa mit Hypergranulation, die Wundränder sind scharf begrenzt. Die Wunde steht unter Zug und das Mädchen ist an Krücken ohne Belastung des Operationsgebietes mobil. Es wurde am 3. postoperativen Tag entlassen und die Eltern führen seither jeden Tag einen Verbandwechsel durch, welcher einerseits zeitraubend ist, andererseits eine Belastung für die Eltern darstellt, da das Mädchen sich zunehmend gegen die täglichen Interventionen wehrt.

Bei der Erstkonsultation der Patientin durch die Gesundheitsfachpersonen gilt es einerseits eine konkrete Anamnese der Wunde, aber auch eine Patientenanamnese mit Fokus auf die Wundheilung zu erheben (s. Tab. 1).

Eine mögliche Fragestellung für die klinische Entscheidungsfindung könnte heißen:

Welche Wundaufgabe unterstützt die sekundäre Wundheilung bei einem Schulkind mit einer Immunologischen Grunderkrankung nach einem operativen Eingriff an der Hüfte?

Die externe Evidenz (die aktuelle und beste Forschungsliteratur zur Thematik) zeigt wenig Untersuchungen betreffend Wundaufgaben und Anwendung bei Kindern. Demnach ist die interne Evidenz (das klinische Erfahrungswissen) von zentraler Bedeutung. Hierzu kommt die Expertise von Fachexperten innerhalb einer Thematik. Im Fall von Meret ist es zwingend, Fachpersonen welche über eine klinische Expertise mit der entsprechenden Fragestellung verfügen zu involvieren (Wundspezialistinnen mit Schwerpunkt Pädiatrie). Die Patienten- und Familienpräferenzen beinhalten die Reduktion der Verbandwechsel und damit verbunden eine Reduktion der Belastung für Meret und ihre Eltern. Weiter ist die Unterstützung der Mobilität und Aktivität von Meret wichtig. Und auch die zur Verfügung stehenden lokalen Ressourcen sind zentral. Ist die geeignete Wundaufgabe verfügbar? Ist die

Wundaufgabe kassenpflichtig? Welche eventuellen internen Weisungen gibt es zur Anwendung einzelner Wundaufgaben? Was sind die Konzepte und Richtlinien innerhalb des eigenen Gesundheitssettings?

Dies zeigt exemplarisch deutlich auf, dass es in der klinischen Praxissituation nicht immer möglich ist, Wissen aus qualitativ hochstehenden Studien für die eigene Patientensituation zu finden. Dennoch lassen sich, wie aufgezeigt, mittels methodisch strukturiertem Vorgehen evidenzbasierte Erkenntnisse für klinische Alltagssituationen finden.

Schlussfolgerung

Unter Berücksichtigung aller vier Komponenten von Evidence-based Medicine/ Nursing ist es möglich, die klinische Praxis bei der Wundversorgung Kriterien geleitet zu unterstützen. Auch wenn qualitativ hochwertige Studien zu einzelnen klinischen Situationen fehlen, bietet eine umfassende Evidenz basierte Vorgehenswei-

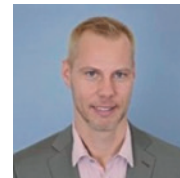
se neue Erkenntnisse im Klinikalltag oder eine Unterstützung der bereits gewählten Verfahren. Die genaue Definition und Eingrenzung einer Fragestellung ist zentral, um entsprechend gezielte Maßnahmen zu wählen.

Literatur

1. DI CENSO A, CULLUM N, CILISKA D: 1998. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence Based Nursing*; 1:38-39, doi:10.1136/ebn.1.2.38.
2. PRICE P, GOTTRUP F, ABEL M: Study recommendations for clinical investigations in leg ulcers and wound care. *J Wound Care* 2014; 23: 5, S1-S36.
3. <http://www.gradeworkinggroup.org/#>, letzter Zugriff am 26.6.2017.
4. GOTTRUP F, APELQVIST J, PRICE P: "Outcomes in controlled and comparative studies on non healing wounds – Recommendations to improve quality of evidence in wound management" *Journal of Wound Care* 19(6): 237-268 (Jun 2010).
5. BEHRENS J, LANGER G: Evidence-based Nursing and Caring. *Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. (3. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Hans Huber, 2010.



Autorin dieses Artikels, Dr. Anna-Barbara Schluer, Pflegeexpertin APN für Haut- und Wundpflege & Leitung „aha!Beratungsstelle am Universitäts-Kinderspital Zürich – in Zusammenarbeit mit CK-CARE“ Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung Steinwießstraße 75 CH-8032 Zürich



Autor dieses Artikels, Prof. Dr. Sebastian Probst, Professor in Wundpflege Fachhochschule Westschweiz, Genf 47 Av. de Champel CH-1206 Genf



ZUSAMMEN NOCH STÄRKER ! PLUS FORT ENSEMBLE !

2. Gemeinsamer Kongress der Schweizerischen Gesellschaften für Wundbehandlung
2^e Congrès Commun des sociétés Suisses de Soins de Plaies

MITTWOCH, 19. UND DONNERSTAG, 20. SEPTEMBER 2018
MERCREDI 19 ET JEUDI 20 SEPTEMBRE 2018

Kongresshaus Biel
Palais des Congrès, Bienne

SAfW Sektion D-CH
Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung
www.safw.ch

Association Suisse pour les soins de plaies
Sektion Romande
www.safw-romande.ch