

De Europese Eerste Hulp Richtlijnen en Evidence Based onderzoek.

December 2006 zijn de Europese Eerste Hulp Richtlijnen gepubliceerd.

Evidence Based Richtlijnen worden door een groep deskundigen vastgesteld op basis van het best gevonden wetenschappelijk bewijs. Als er weinig bewijs aanwezig is, wordt een richtlijn vastgesteld op grond van consensus. De deskundigen maken samen uit hoe de richtlijn er uit moet zien.

Nieuwe richtlijnen veroorzaken dat bestaande richtlijnen mogelijk gewijzigd moeten worden. Immers soms is er sprake van een ritueel, een handeling die in stand wordt gehouden, omdat het altijd al zo werd gedaan. Maar ook kan een handeling gevaarlijk of inadequaaf zijn (bijvoorbeeld teveel beademen bij een reanimatie).

Een nieuwe richtlijn vraagt van het College van Deskundigen van Het Oranje Kruis een beoordeling of de richtlijn wordt overgenomen en wanneer. Het uitgangspunt van Het Oranje Kruis is om in principe deze richtlijnen over te nemen; zoals ook de reanimatierichtlijnen worden overgenomen.

Uit de Europese Eerste Hulp Richtlijnen blijkt wel dat nog veel onderzoek verricht moet worden, omdat aanbevelingen veelal gebaseerd zijn op onderzoeken die laag op de ladder van onderzoeksbewijs zijn ingedeeld.

Er bestaan diverse indelingen in deze levels of evidence (LOE).

Voor de Europese richtlijnen is onderstaande indeling gehanteerd.

1a	Meta-analyses van een hoge kwaliteit, systematisch review van RCT's (Randomized Clinical Trial's), of RCT's met een erg klein risico op bias
1b	Goed uitgevoerde meta-analyses, systematisch review van RCT's , of RCT's met een klein risico op bias.
1c	Meta-analyses, systematisch review van RCT's, of RCT's met een groot risico op bias
2a	Systematic reviews van case-control of cohort studies van een hoge kwaliteit, of case-control of cohort studies van een hoge kwaliteit met een klein risico op confounding, bias of kans en met een gemiddelde kans op een causale relatie
2b	Goed uitgevoerde case-control of cohort studies met een klein risico op confounding, bias of kans en met een gemiddelde kans op een causale relatie
2c	Case-control of cohort studies met een hoog risico op confounding, bias of kans en met een significant risico dat er geen causale relatie is
3	Niet analytische studies zoals case reports en case-series
4	Mening expert

Onderzoeksbewijs 1a is het hoogste wetenschappelijk bewijs. Het betreft onderzoeken of een verzameling van onderzoeken, die volgens strikte regels is uitgevoerd. De kans dat bepaalde factoren het resultaat beïnvloeden is erg klein.

Waarde van de onderbouwing van de richtlijnen

Veel aanbevelingen van de Europese Eerste Hulp Richtlijnen blijken gebaseerd op niet analytische studies en de meningen van experts (LOE 3-4).

Hoe lager het onderzoeksbewijs is, hoe groter de kans wordt dat de onderzoeksconclusie op een verkeerde aanname is gedaan of dat experts tegen over elkaar komen te staan.

Hieronder de Europese Eerste Hulp aanbevelingen die ondersteund worden met een hoger onderzoeksbewijs dan LOE 3-4.

- Het eenmalig laten vertellen over het incident (debriefing) of actief onderzoeken van emoties moet niet worden gedaan.
- Het wassen van de handen met vloeibare zeep en water voor en na de eerste hulp.
- Het geven van directe druk of met behulp van een drukverband op de bloedende wond is effectief.
- Het spoelen van een wond met water verkleint de kans op infectie en bevordert de genezing.
- Brandwonden moeten zo snel mogelijk met leidingwater worden gekoeld. (Er kon overigens geen eenduidige conclusie worden getrokken voor de optimale koelingstijd).
- Bij hoofd en nekletsel moet worden verwezen naar de professionele medische hulpverlener. Er is geen bewijs dat het immobiliseren van de nek bij een niet bewegend slachtoffer effectief is.
- Er kan geen eenduidige conclusie worden getrokken dat koelen bij kneuzing en verstuiking effectief is en ook niet hoe lang er gekoeld moet worden. (Desondanks blijft de aanbeveling om te koelen vanwege het pijnstillende effect en het verminderen van weefselschade.)
- Ipecac siroop om braken bij vergiftiging op te wekken moet niet worden gebruikt.

Evidence Based Practice gaat ervan uit dat de keuze voor een bepaalde behandeling gebaseerd moet zijn op het hoogst gevonden onderzoeksbewijs en dat kan dus ook tegelijk het laagste 'level of evidence' zijn.

Moet je dan altijd een richtlijn baseren op het hoogst gevonden onderzoeksbewijs?

Mijn mening is dat richtlijnen pas zeker moeten veranderen als er LOE 1-2 onderzoeksresultaten zijn. Als er geen doorslaggevend onderzoeksbewijs beschikbaar is, zal het College van Deskundigen van Het Oranje Kruis doorslaggevend zijn.

Voorbeeld: een extra nut van het hooghouden (elevatie) van een lichaamsdeel naast directe druk op de wond bij een ernstige bloeding vinden deskundigen niet aangetoond. Moet je dit dan uit de richtlijn halen? Andere deskundigen stellen weer dat het niet meer dan logisch is, dat de bloeding minder wordt als je het lichaamsdeel hoog houdt.

Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor ICE. Er is geen onderzoeksbewijs dat er voor pleit dat compressie en elevatie moet worden toegepast. De keren dat ik mijn enkelbanden had gescheurd vond ik het maar wat fijn dat er een drukverband om mijn enkel ging en ik mijn been hoog kon leggen. Minder pijn en een goede manier om rust te krijgen. Mogelijk dat een drukverband en hoogleggen geen invloed heeft op de zwelling, maar het voelde wel veel comfortabeler, zonder het gewiebel van dat losse, gezwollen weefsel. Maar comfort als subjectief gevoel valt misschien niet goed te onderzoeken.

Effecten van eerstehulphandelingen

Hoe wordt het effect van de handelingen nu gemeten? Bij veel medische onderzoeken wordt gewerkt met overleving of aantal dagen in het ziekenhuis als uitkomstmaat. Deze uitkomstmaten zijn niet relevant wanneer de eerstehulpverlener zelf de definitieve behandeling doet.

Het zal bijvoorbeeld bij kleine wondjes over het algemeen niet veel uitmaken voor de overleving of je er wel of niet iets aan doet. Mogelijk dat het ontsmetten van het wondje betekent dat je korter pijn hebt (bij mij zelf in ieder geval wel). Er zal behalve in uitzonderingsgevallen geen sprake zijn van ziektedagen. Het leven gaat met een pleister gewoon door.

Hoe en wat moet je dan onderzoeken om het belang van die handeling te beoordelen: aantal dagen pijn, aantal dagen dat de wond volledig genezen is? Dit soort dingen kan zelfs binnen 1 persoon variëren.

Naast de studieopzet is ook de doelgroep bij onderzoek van belang. Wonden genezen bij bijvoorbeeld iemand met diabetes minder snel. Als je bij hen onderzoek naar wondgenezing doet kun je geen conclusies trekken voor mensen zonder diabetes.

Nieuwe lesstof

Richtlijnen kunnen dus noodzaak geven tot het veranderen van de lesstof. Het is onderwijskundig niet verantwoord om steeds maar veranderingen door te voeren. Het Oranje Kruis werkt daarom met 3 urgentieniveaus. Deze worden door het College van Deskundigen toegekend aan nieuwe richtlijnen.

- 1 Direct naar buiten treden met de wijziging.
- 2 Wachten tot een nieuwe oplage verschijnt.
- 3 Wachten tot de geplande nieuwe druk.

Voor het direct naar buiten treden moet worden gekozen als het om een urgente verandering gaat, bijvoorbeeld als de oude handelwijze aantoonbaar gevaar oplevert voor slachtoffers of hulpverleners of dat het op een andere manier handelen meer overleving geeft (zoals bij de reanimatierichtlijnen).

De wijziging moet zonder uitstel via de website, extra nieuwsbrief en de eerstvolgende Reddingwezen wereldkundig gemaakt worden. Het Oranje Kruis is er dan verantwoordelijk voor dat er geen materiaal met de verouderde richtlijn op de markt wordt gebracht. Dat betekent: een persbericht, boekjes terugnemen dan wel voorzien van een inlegvel met de nieuwe richtlijn.

Urgentieniveau 2 biedt een mogelijkheid voor wijzigingen die in een nieuwe oplage meegenomen kunnen worden. De grenzen hiervoor liggen in de uitgeefwereld tamelijk vast. Slechts beperkte aanpassing mogelijk: de tekst moet op dezelfde pagina blijven, er kan wel iets worden toegevoegd of geschrapt. De verschillende oplagen moeten naast elkaar gebruikt kunnen worden. Het gaat hier dus niet over wijzigingen in de handelingen. In een nieuwe oplage kunnen kennelijke fouten, onduidelijke zinnen of zinnen, die voor meerdere uitleg vatbaar blijken te zijn, verbeterd worden.

Aanpassingen van enige omvang leiden noodzakelijkerwijs tot een nieuwe druk.

Urgentieniveau 3. Is aan de orde als het om niet urgente verbeteringen gaat. Bij een nieuwe druk gaat het hele product op de schop. Er wordt in z'n algemeenheid gekeken naar 'wat beter kan'. Dus handelingen, die door een inzichtsverandering een ritueel blijken te zijn in plaats van iets effectiefs, verdwijnen. Opmerkingen op de lesstof vanuit de eerstehulpwereld worden meegenomen. Alle niet eerder verwerkte niet urgente wijzigingen worden eveneens verwerkt.

Het uitkomen van nieuwe richtlijnen betekent dus niet dat deze richtlijnen gelijk worden ingevoerd in de lesstof. Ook kan het zijn dat richtlijnen op grond van het lage onderzoeksbewijs nu niet door het College van Deskundigen worden overgenomen.

Hans van der Pols
Wetenschappelijk medewerker
Het Oranje Kruis (april 2008)