

MONI KUNO KU MALAWI. HALLO, HIER MALAWI.

H. Hofland*

Vandaag is het maandag en het Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi, gonst weer van activiteiten. Maandag is altijd een drukke dag voor het brandwondencentrum. Alle patiënten worden dan "uitgepakt" en bekeken door de artsen. Eventuele patiënten die voor een operatie in aanmerking komen, worden dan op de lijst gezet voor een operatie op dinsdag of woensdag. Maar niet alleen de patiënten van de 32 bedden tellende unit wachten op hun beurt, op de gang zitten ook de patiënten met brandwonden die geen plaats in het centrum konden krijgen en op andere afdelingen zijn opgenomen zoals de chirurgische mannen- of vrouwen afdeling en de kinderchirurgische afdeling. Al met al zijn er vandaag zeker zo'n 50 patiënten die bekeken en weer verbonden moeten worden. Dit gaat altijd met vijf of meer patiënten tegelijk in de behandelkamer (zie foto 1). Als iedereen apart in de behandelkamer verbonden zou worden zijn de verpleegkundigen wel 24 uur per dag met de wondverzorgingen bezig. Op zich lijkt alles erop dat het een normale drukke maandag is, maar vandaag is er één groot probleem. ER ZIJN GEEN GAZEN!

SINDS EIND APRIL 1999 WOONT EN WERKT HELMA HOFLAND, VOORMALIG BESTUURSLID WCS, IN MALAWI. DE REDACTIE HEEFT HAAR GEVRAAGD IN ELKE WCS NIEUWS IETS OVER HAAR WERKZAAMHEDEN, BELEVENISSEN EN PATIËNTEN TE SCHRIJVEN. HIER VOLGT HAAR TWEDE BRIEF.

In het hele ziekenhuis is er geen schoon gaas te vinden. Dorothy Kamalizeni, de hoofdverpleegkundige, is op andere afdelingen aan het proberen om wat gazen los te krijgen en dat lukt mondjesmaat. Waarschijnlijk lukt het vandaag toch met wat pas- en meetwerk wel om alle mensen te verbinden, maar hoe moet het dan de rest van de week. Het is een groot probleem voor het brandwondencentrum, maar ook andere afdelingen en ,nog belangrijker, patiënten zijn hiervan de dupe, want het gehele operatieprogramma is afgelast. Er kan niet worden geopereerd als er geen gazen zijn. Op de grote operatieafdeling waar wel 6 operaties tegelijk plaats vinden (in aparte operatiekamers) ligt het werk stil. Tot nu toe is dat het brandwondencentrum bespaard gebleven, maar of er morgen operaties plaats kunnen vinden is maar de vraag. Om deze crisis enigszins te bezweren worden veel patiënten ontslagen en vrijdag terugbesteld op de polikliniek. Een aantal patiënten die nu in aanmerking zouden komen om de korst van de wonden langzaam te

laten verwijderen worden wat langer zonder verband behandeld, op de "exposure" manier. Ook wordt er meer gebruik gemaakt van topicale middelen die niet elke dag vervangen hoeven te worden zoals Furacine® en Honing/boter mengsel. Dit wordt aangebracht op een vet gaas en dan gaat het wel een paar dagen mee.

Het is een verademing als ik later op de dag bij een klein meisje van 2 jaar wordt geroepen dat opgenomen is in een ander ziekenhuis, Blantyre Adventist Hospital; een klein particulier ziekenhuis waar patiënten wel

wat moeten betalen alvoor ze opgenomen willen of kunnen worden. Anita ligt op een twee - persoons kamer met haar moeder, die bij haar blijft. Een schone kamer met goede bedden, nette lakens een eigen bad en wc. Anita heeft een Malawiaanse vader en een Amerikaanse moeder. De nanny had kokend water in een badje gedaan en liep even weg om de ketel terug te brengen. Een 10-jarig nichtje wilde behulpzaam zijn en dacht dat het badje al klaar was. De rest laat zich raden. Anita werd in het kokende water gezet, begon meteen te huilen, hetgeen de nanny



de dagelijkse drukte in de behandelkamer



een klein kind aan de borst tijdens de wondverzorging

alarmeerde en bij het zien van het meisje raakte zij volledig in paniek. Het heeft daardoor een tijdje geduurd voordat het meisje uit het badje werd gehaald en werd gekoeld. Resultaat ; de gehele genitaal streek verbrand met haar rechter bovenbeen en rechter voet. Haar rechter voet was er het ergste aan toe. Ze heeft in het badje zoveel mogelijk alleen op dat voetje gestaan om zichzelf op te trekken. Twee dagen heeft ze een urincatheter gehad. De wondbehandeling bestond ook uit het open laten van de wonden "exposure", maar samen met EUSOL baden en daarna werden de wonden "beschilderd" met mercurochroom. Nadeel van deze methode is dat er zich geen korst vormt en door de mercurochroom is er geen zicht op de wondgenezing. Toen ik na vijf dagen bij Anita werd geroepen zag ik een klein rood geverfd meisje onder een dekenboog liggen op steriele (!) lakens. De wonden op de billen en bij de vagina waren al bijna genezen, maar haar rechter voetje was moeilijk te beoordelen door de mercurochroom. Na een gesprek met de arts van het ziekenhuis was hij heel blij dat ik de zorg van Anita met hem wilde delen. De behandeling van kinderen met brandwonden vond hij vreselijk en hij wilde dat kleine meisje niet meer pijn doen dan nodig. Dat was de reden dat hij geen gebruik wilde maken van een antibacteriële crème. Zo'n verband ging volgens de arts alleen maar vastplakken en om dat dan te verwijderen is zo pijnlijk voor Anita. Ze kreeg elke 4 uur pijnmedicatie in de vorm van paracetamol en de eerste dagen kreeg ze er zelfs pethadine i.m. bij. Terwijl de arts ook wel vond dat mercurochroom niet goed was voor de behandeling van brandwonden, had hij als alternatief gentiaan violet. Dit zou betekenen dat Anita in plaats van rood nu paars geverfd zou worden. Maar het ziekenhuis had vaseline gazen en zelfs zilverulfadiazine crème en keurig verpakte verbandsetjes met steriele gazen, handschoenen en doeken. De arts vond het prima als ik de verpleegkundigen wilde laten zien hoe de wondverzorging gedaan moest wor-

den.

De volgende dag werd Anita in een badje gezet om de wonden schoon te maken. Er was slechts een tube crème, daarmee kon onmogelijk de hele voet dik ingesmeerd worden. Maar toen de crème werd aangebracht op een vaseline gaas was die ene tube crème genoeg. Hierna werd de voet ingezwachteld. In Nederland zou ik deze wijze nooit gebruiken, maar dan is er crème in overvloed en hier moeten we schipperen met de beperkte middelen die er zijn.

Anita voelde zich duidelijk beter na deze behandeling en lag in plaats van op haar buik nu op haar rug toe te kijken hoe haar voet en been werden ingezwachteld.

De volgende dag werd ze in het badje gezet en de vaseline-crème gazen vielen meteen los. Er had zich de bekende "film" gevormd die ik kon verwijderen en daaronder waren, gelukkig, de tekenen van genezing zichtbaar. Moeder vertelde me dat Anita heerlijk had gezwaaid met haar been, dat had ze nog niet eerder gedaan. Verder had ze ook veel meer aandacht voor de omgeving en had ze lekker op schoot gezeten. Een aantal dagen later kon ze worden ontslagen uit het ziekenhuis.

Voor mij gaf de behandeling van Anita met de relatief oppervlakkige brandwonden, toch wat meer voldoening dan het werk op het brandwondencentrum. Ik kon naast het kind ook de moeder begeleiden. Zij kon zich uiten wat betreft haar schuldgevoelens en over de reacties van Anita op de ziekenhuisopname en het trauma. Ik kon moeder geruststellen dat de reacties die Anita vertoonde heel normaal waren en deel uit maakten van het verwerkingsproces. Ook zorgen over de nu roze huid en of de huid weer de normale bruine kleur zou krijgen konden worden geuit.

Hoe graag ik deze informatie ook aan alle moeders en verpleegkundigen in het brandwondencentrum van het Queen Elizabeth Central Hospital zou willen overbrengen, is dat nog niet aan de orde. De patiënten opgenomen in dit ziekenhuis leven vaak in zo'n armoede dat ze

niet eens melk kunnen kopen. En als je dan praat over het trauma dat het kind heeft opgelopen en dagelijks oploopt tijdens de wondverzorging en het belang van het verwerken dan kijken de verpleegkundigen, maar ook de ouders, toch wel een beetje vreemd op. Brandwonden doen nu eenmaal pijn. Het hoort er gewoon bij. Standaard krijgen nu alle patiënten 2 x daags paracetamol, 's ochtends en 's avonds. Maar dat is natuurlijk veel te weinig. Er is helaas niet meer. Hoewel er morfine is wordt dat alleen gegeven aan de patiënten die het ergst zijn verbrand en heel pijnlijk zijn. Morfine is bijna onbetaalbaar. Ketamine daarentegen, een anestheticum waarbij de patiënt gewoon blijft doorademen, is er in overvloed. Maar helaas wordt daar niet veel gebruik van gemaakt. De standaard dosering is 2 milligram per kilo lichaamsgewicht, dat is lastig te berekenen en de patiënt moet ook gewogen zijn. Ik probeer elke dag dat ik in het brandwondencentrum aan het helpen ben de verpleegkundigen uit te leggen dat het voor het kind beter is om even geen pijn te voelen, maar dat het ook voor de verpleegkundigen beter is; het kind is rustig, ze hoeven geen strijd aan te gaan en de wonden kunnen goed worden schoongemaakt. Als ik dan merk dat er de laatste tijd toch wat sneller naar de ketamine wordt gegrepen, dan geeft dat moed en hoop voor de toekomst. Uiteindelijk is bij "ons in de westerse wereld" ook het besef van het belang van pijnbestrijding bij wondbehandeling langzaam gegroeid. Over niet-farmacologische pijninterventies hebben ze helemaal nog niets gehoord. Toch vindt dit intuïtief wel plaats; ouders of verzorgers zijn bij de wondverzorging en menig kind wordt gesust en getroost door de borst (zie foto 2) tijdens de behandeling.

Tot de volgende nieuwsbrief.

Salani bwino

*** Drs. Helma Hoffland, Kinder-, IC- en brandwondverpleegkundige, voormalig bestuurslid WCS, woont en werkt in Blantyre, Malawi.**