

# Voor u gelezen

## Specifieke wondzorg I

Redactie van Ann Aerts en Dorine Nevelsteen. Uitgever De Tijdstroom. 1996 ISBN 90 352 1695 4

H. Hofland \*

J. Zeilstra \*\*

**Het tweede deel van deze uitgave van drie is getiteld "de specifieke wondzorg I". De schrijvers beogen een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de wondgenezing en het comfort van de patiënt met een wond.**

### Brandwonden

In het hoofdstuk "Brandwonden" hebben de schrijvers niet alleen wondverzorging behandeld, maar ook getracht alles wat belangrijk is in de brandwondenzorg te vermelden. Zo begint het hoofdstuk met een paragraaf achtergrondinformatie waarin prevalentie (zowel in Nederland als in België), de definitie van brandwonden en oorzaken van verbrandingen wordt beschreven. In de paragraaf praktische informatie komt diagnostiek, interventie, hiermee worden verwijzingscriteria naar ziekenhuizen bedoeld, eerste hulp, transport en ambulante verzorging weergegeven. Bij de paragraaf specifieke aspecten wordt ingegaan op nazorg waarin met name financiële- en psycho-sociale aspecten, jeuk, littekenhypertrofie en voeding worden besproken. De laatste paragraaf behandelt preventie en geeft een opsomming van alle brandwondencentra in België en Nederland.

Door deze opsomming wordt al meteen duidelijk waar het in dit hoofdstuk aan schort. De schrijvers hebben gekozen voor een zo breed mogelijke benadering van het onderwerp brandwonden. Het risico in zo'n geval, en dat is ook hier gebeurd, is dat de onderwerpen die uitgebreid aan bod dienen te komen, namelijk optimaliseren van wondgenezing en comfort van de patiënt met wonden, onderbelicht blijven.

De wondverzorging wordt summier aangestipt. Er wordt niet ingegaan op datgene wat de verpleegkundige kan en zelfs moet doen om een patiënt bij te staan tijdens de vaak pijnlijke wondverzorging. De lezer wordt voor pijn verwezen naar het eerste deel. Wondverzorging na een operatie en eventuele verzorging van een donorplaatsen komt nauwelijks aan bod.

Wel wordt ingegaan op nieuwste ontwikkelingen in de brandwondenzorg zoals het kweken van huid, maar wat dit precies inhoudt, wordt niet uitgelegd.

Positief is de aandacht die wordt besteed aan nazorg op wondspecifiek gebied, zoals littekens en jeuk. Maar ook hier wordt dan een term, zoals bijvoorbeeld drukkleding vermeld zonder hier enige uitleg over te geven. Niet voor iedereen zal duidelijk zijn wat men zich bij drukkleding moet voorstellen en waar het voor dient.

De lezer krijgt wel inzicht in de complexiteit van de brandwondenzorg. Door de opsomming van alle brandwondencentra weet de lezer ook waar hij terecht kan voor informatie over wondbehandeling bij brandwonden. Helaas, het adres van de Nederlandse Brandwonden Stichting ontbrak.

### Ulcus Cruris

In het hoofdstuk Ulcus Cruris geschreven door Roseline Debaille behandelt de schrijfster niet alleen de wond Ulcus Cruris maar legt ze ook veel nadruk op het ontstaan, voorkomen én de nazorg van met name het Ulcus Cruris Venosum.

De schrijfster begint met de paragrafen prevalentie, definitie, fysio-pathologie en oorzaken. In de paragraaf diagnostiek heeft de schrijfster een overzichtelijke tabel gemaakt waarin heel helder de klinische tekens van een veneus ulcus en een arterieel ulcus naast elkaar worden gezet. Hierdoor wordt het onderscheid tussen een arterieel en een veneus ulcus zeer duidelijk.

In de paragraaf interventies geeft de schrijfster aan dat de behandeling van het ulcus cruris venosum essentieel gericht zal zijn op het compenseren van de veneuze insufficiëntie. De volgende interventies worden beschreven:



- algemene maatregelen
- wondspecifieke behandeling
- compressietherapie
- preventie
- specifieke aspecten zoals nazorg, patiënten-voorlichting en voeding

Voor wat betreft de compressietherapie ontbreekt in het hoofdstuk de vermelding dat er in Nederland consensus bestaat voor wat betreft de Ambulante Compressietherapie met behulp van korte rek zwachtels (Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing). Eventuele andere compressietechnieken worden niet beschreven.

Bij de nazorg wordt o.a. wel de therapeutische elastische kous als Ambulante Compressietherapie beschreven.

Het item patiëntenvoorlichting wordt kort maar wel duidelijk beschreven. Voor wat betreft de voeding wordt een verwijzing gedaan naar het Basisboek Wondzorg waar

een praktisch stappenplan is beschreven waar elke zorgverlener zowel in het ziekenhuis als in de thuiszorg veel aan kan hebben.

In het hoofdstuk *Ulcus Cruris* wordt als laatste een checklist vermeld welke gebruikt kan worden als hulpmiddel bij het verlenen van zorg aan deze categorie patiënten.

Al met al een duidelijk geschreven hoofdstuk waarin door de lezer een goed inzicht in de problematiek van het *Ulcus Cruris Venosum* wordt verkregen. Wellicht was het beter geweest wanneer het hoofdstuk *Ulcus Cruris Venosum* had geheten, dit omdat de hele beschrijving van het hoofdstuk (ondanks de tabel waarin het verschil tussen arterieel en veneus wordt gemaakt) op dit type ulcus gericht is.

\* Helma Hofland, lid adviescommissie brandwonden WCS

\*\* Jintiene Zeilstra, bestuurslid WCS voor *Ulcus Cruris*

Uit: *De Volkskrant*, 2 juni 1997

## Berenklauw bij Haagse scholen moet verwijderd

ANP

DEN HAAG

Basisscholen in Den Haag moeten zo snel mogelijk berenklauw in de buurt van het schoolplein laten verwijderen. Het gif van de plant veroorzaakt huidontstekingen met als zichtbare verschijnselen roodheid van de huid, zwelling en blaren.

Deze week heeft de dienst Openbaar Onderwijs, Cultuur en Welzijn (OCW) van de gemeente hierover

een brief gestuurd aan de hoofden van openbare basisscholen. Andere Haagse onderwijs- en welzijnsinstellingen kunnen een soortgelijk schrijven tegemoet zien.

Vorig jaar al kondigde de Haagse wethouder Van der Putten maatregelen aan tegen de berenklauw, waarvan de risico's langzaam maar zeker tot het stadhuis waren doorgedrongen. Maar van een plan van aanpak is het tot dusverre niet gekomen. De aanpak van de berenklauw lijkt vooral te zijn ingegeven doordat recent een aantal kinderen en enkele hulpverleners op onverklaarbare wijze zware brandblaren hadden opgelopen aan handen en armen.

Uit: *Leidsch Dagblad*, 3 februari 1997

## Zorg voor 'diabetische voet' ontoereikend

GPD

De zorg voor suikerpatiënten met voetproblemen lijkt in Nederland nog steeds ontoereikend, met als gevolg ziekenhuisopnamen, amputaties en veel leed, welke bij een ander beleid waarschijnlijk te voorkomen waren. Dat stellen drie artsen in het jongste nummer van het artsblad *Medisch Contact*. Eén van de late complicaties van suikerziekte (diabetes mellitus type 1) vormt de zogeheten diabetische voet. Door aantasting van bloedvaten en zenuwen in benen en voeten ontstaan er zweren in de voet die zo ernstig kunnen worden, dat tenen of zelfs de hele voet geamputeerd moeten worden. Diverse onderzoeken hebben laten zien dat een dergelijke diabetische voet bij vier tot zes procent van de suikerpatiënten voorkomt. Voor ons

land zou dat betekenen dat er tussen de tien- en vijftienduizend patiënten rondlopen met een door suikerziekte ernstig aangetaste voet. Het overgrote deel van deze patiënten wordt ambulantly behandeld door huisarts of internist. 'Zowel Nederlandse als internationale studies hebben overtuigend aangetoond', schrijven de artsen, 'dat behandeling van deze patiënten in een gespecialiseerde voetklinik, waarin onder anderen een internist en een podotherapeut samenwerken, resulteert in een aanzienlijke afname van het aantal opnames wegens voetzweren en amputaties.'

Volgens hen schiet ons land in deze nog steeds te kort. Ze baseren deze uitspraak op een in 1995 gehouden enquête naar de populair klinische voetzorg voor suikerpatiënten in ons land. Daaruit blijkt dat in de Nederlandse

ziekenhuizen bij slechts een derde een podotherapeut werkzaam was, en dat niet meer dan twintig ziekenhuizen, waaronder slechts twee van de acht academische ziekenhuizen, over een gespecialiseerde voetklinik beschikte. De artsen menen daarom dat een deel van de 1.800 amputaties van tenen en voeten die de afgelopen jaren jaarlijks werden uitgevoerd, te voorkomen waren geweest.

De ontoereikende zorg voor suikerpatiënten met een diabetische voet is voor een (belangrijk) deel een kwestie van geld. Veel zorgverzekeraars eisen een eigen bijdrage en dat is voor de meestal bejaarde suikerpatiënt met diabetische voet een aanzienlijke barrière om gespecialiseerde zorg te zoeken. Bovendien vergoeden de verzekeraars slechts een (klein) deel van de podotherapeutische zorg.