

Verpleegkundig Specialist Wondzorg. Een wetenschappelijk oog voor comfort, kost en heling

Auteur: Prof.dr. G.C.M. Evers

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1997

Pagina: 27-28

Jaargang: 13

Nummer: 5, congresnummer

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden: voordracht

Kernwoorden: verpleegkundig specialist wondbehandeling wonden ulcus cruris
1. Debackere, M (1995) Wond- en wondzorgongemak bij patiënten met beenulcera. Licentiaatsthesis Medisch Sociale Wetenschappen, K.U. Leuven. 2. De Geest, E. (1994) Determinanten van de verzorgingsfrequentie van chirurgische wonden en traumatische wonden bij Belgische ziekenhuispatiënten. Licentiaatsthesis Medisch Sociale Wetenschappen, K.U. Leuven. 3. Nelissen, E. (1996) Het verschil in wond- en wondzorgongemak bij patiënten met arteriële en veneuze ulcera. Licentiaatsthesis Medisch Sociale Wetenschappen, K.U. Leuven. 4. Vandeputte, J (1989) Wondverzorging: van literatuurstudie naar een voorstel tot procedure. Licentiaatsthesis Medisch Sociale Wetenschappen, K.U. Leuven. 5. Verhoyen, J. (1994) Huidverzorgingstechnieken bij bestralingsreactie toegepast in de Vlaamse radiotherapiecentra. Licentiaatsthesis Medisch Sociale Wetenschappen, K.U. Leuven. 6. Walsh, M., Ford, P. (1990) Nursing Rituals Research and Rational Action, Heinemann Nursing, Oxford.

Literatuur:

Waarom ? Bij ruim 1 op de 3 patiënten opgenomen in Belgische ziekenhuizen verzorgen verpleegkundigen dagelijks een of meerdere wonden. Bij 20 % van de patiënten zijn dit chirurgische wonden en bij 13 % traumatische wonden (De Geest, 1994). Wondzorg vormt dus een belangrijk onderdeel van het totale verpleegkundige zorgpakket. Enerzijds is wondzorg een gekend domein van rituelen (Walsh, Ford, 1990). Anderzijds is er sprake van grote persoonlijke variatie en hobbyïsme (Vandeputte, 1989). Wondzorg vraagt naast een medisch wetenschappelijke onderbouwing ook om een wetenschappelijke onderbouwing van het verpleegkundig aandeel. Op basis van deze kennis kan en moet dit verpleegkundige aandeel in de wondzorg effectiever en efficiënter gebeuren.

Hoe ?

Een verpleegkundig specialist wondzorg kan hier een belangrijke bijdrage leveren aan het

multidisciplinair team. Dat gebeurt door de effectiviteit en efficiëntie van de huidige bijdrage van verpleegkundigen aan de wondzorg in vraag te stellen en systematisch te onderzoeken. Dit gebeurt door onderzoeksresultaten om te zetten in nieuwe technieken en protocols. Dit gebeurt door te adviseren over doelmatige aankoop en doelmatig gebruik van wondverzorgings- en verwondingspreventiematerialen. Dit gebeurt door verpleegkundigen, patiënten en hun familieleden een meer adequate wondzorg te leren uitvoeren. Bij meer adequate wondzorg wordt gestreefd naar zo snel mogelijke heling, minimaal ongemak en minimale kosten voor patiënt, familie en samenleving.

De huidige praktijk in vraag stellen

Hoe stelt men de huidige bijdrage van verpleegkundigen in de wondzorg in vraag? Deze bijdrage van verpleegkundigen is arbeidsintensief. Het gaat immers om veel patiënten. Daarnaast is uiteraard ook van belang de frequentie, waarmee de wondzorg wordt uitgevoerd. Omwille van de efficiëntie dient men dus na te gaan of verbanden niet te vaak worden verwisseld. Maar er is ook een reden in verband met de effectiviteit. Talloze studies suggereren, dat hoe vaker de verbanden worden verwisseld, des te trager ze onder vergelijkbare omstandigheden neigen te genezen. Chirurgische wonden zijn in principe ideale wonden. Zij lijken onder vergelijkbare omstandigheden sneller te helen dan traumatische wonden. Men mag dus veronderstellen dat te frequente verbandwisseling de helingssnelheid en ongecompliceerde chirurgische wonden negatief beïnvloedt. De Geest (1994) onderzocht op basis van de Belgische Minimale Gegevens Registratie van 1990 of chirurgische wonden minder frequent werden verzorgd dan traumatische wonden. Zij onderzocht dit door secundaire data-analyse van de M.V.G.-gegevens van 421.000 patiënten. Zij vond geen verschil in verzorgingsfrequentie. Beide typen wonden verzorgden de verpleegkundigen gemiddeld 1,6 keer per 24 uur. De frequentie was hoger in Vlaanderen dan in Brussel en Wallonië. De effectiviteit van chirurgische wondverzorging door verpleegkundigen kan dus zeker verbeterd worden. Uiteraard kan dit alleen in teamverband. Maar ook de efficiëntie kan verbeterd worden. Er kan op verbandsets en arbeidstijd bespaard worden (Vandeputte, 1989). De praktijk van verzorging van huidreacties na radiotherapie is een tweede voorbeeld. De behandeling met externe radiotherapie gaat vaak gepaard met het ontstaan van huidreacties. Deze kunnen variëren van een rode, jeukende huid tot eventueel een ernstige beschadiging van de huid. Aangaande de verzorging van deze huidreacties bestaan verschillende benaderingen al dan niet wetenschappelijk gefundeerd. Verhoyen (1994) onderzocht daarom welke verschillende verzorgingstechnieken verpleegkundigen in Vlaamse radiotherapiecentra toepassen en welke verzorgingsadviezen ze aan patiënten geven. De gegevens werden via een schriftelijke enquête verzameld. In deze studie bleek bij minder ernstige huidaanandoeningen geselecteerd te worden voor eosine 2%, flammazine en poeders. Bij vochtige desquamatie werd gekozen voor eosine 2%; flammazine, vetverband en gewatteerde compressen. Het gebruik van eosine 2% en flammazine is in de literatuur omstreden. De adviezen aan patiënten over kledinggebruik, fysieke bescherming, zwemmen en wassen waren duidelijk verschillend tussen diverse centra en tussen verschillende groepen verpleegkundigen. Deze studie bevestigde het vermoeden, dat er in de klinische praktijk een grote diversiteit bestaat wat betreft technieken en verzorgingsadviezen. De procedure bij behandeling en een eventuele preventie van huidreacties kan dus meer gestandaardiseerd worden. In die zin zijn er ook concrete initiatieven genomen.

Meer aandacht voor wondzorgongemak

Traumatische wonden kunnen voor patiënten veel negatieve ervaringen en ongemak met zich meebrengen. Opmerkelijk genoeg is specifiek onderzoek naar wondzorgongemak nauwelijks of niet gepubliceerd. Debackere (1995) deed daarom een inventariserend onderzoek naar wondzorgongemak bij patiënten met open been wonden. Onder wondzorgongemak verstonde hij elke fysieke en psychische hinder of last die de patiënt ondervindt als gevolg van de zorg aan een open been wond. Op basis van semi-gestructureerde interviews met 10 zeer ervaren patiënten ontwikkelde hij een gestructureerde vragenlijst: de Wondzorg Ongemak Schaal (W.O.S.). Daarmee bracht hij het wondzorgongemak bij patiënten met beenulcera (N=50) in het U.Z. Gasthuisberg in kaart. Er waren 44 patiënten die matig tot veel ongemak hadden en 4 patiënten zelfs zeer veel. Maar twee patiënten hadden weinig ongemak. Het meeste ongemak ondervonden de patiënten van de lange duur van de wondzorg, de moeite met hygiënische zorg, de hoge kosten, het gevoel afhankelijk te zijn, van de hinder bij het dragen van schoeisel en het uitvoeren van activiteiten.

Nelissen (1996) vergeleek het ongemak in wondzorg tussen patiënten met arteriële en veneuze ulcera. Zij ondervroeg 74 patiënten met 97 arteriële en veneuze wonden. Deze patiënten waren afkomstig van hospitalisatie- en raadplegingsafdelingen dermatologie en vaatheelkunde van drie verschillende Vlaamse ziekenhuizen. Bij beide patiëntengroepen werden wederom de chroniciteit en de onkosten die de wondzorg met zich meebracht als grootste ongemak ervaren. Patiënten met arteriële ulcera hadden significant meer wondpijn, hinder bij activiteiten, beperkingen bij sociale contacten, afhankelijkheidsgevoel en hinder bij schoeisel dan patiënten met veneuze ulcera. Patiënten met veneuze ulcera hadden significant meer last van jeuk en vocht in vergelijking met patiënten met arteriële ulcera. Het gebruik van een klassiek verband vermeerderde het ongemak bij deze patiënten.

Conclusie

Dergelijke studies kunnen dus concrete aanknopingspunten geven voor de verbetering van het comfort van de wondzorg aan patiënten. Het is enkel door op een systematische manier de huidige praktijk in vraag te stellen dat de zorg verbeterd kan worden.

Wetenschappelijk onderzoek levert daarvoor de solide basis. Verpleegkundige specialisten wondzorg zouden dit soort onderzoek moeten stimuleren met betrekking tot het verpleegkundig aandeel in de wondzorg. Door verbetering van procedures en protocols, door advies over aankoop en verbruik van materialen, door educatie van verpleegkundigen en patiënten kan een verpleegkundig specialist een belangrijke bijdrage leveren aan de inspanningen van het multidisciplinaire team om de wondzorg aan onze patiënten te verbeteren.

Prof. Dr. G.C.M. Evers, Hoogleraar verplegingswetenschap, verpleegkundig specialist Multidisciplinair Pijncentrum Universitaire Ziekenhuizen Leuven.