

De preventie en behandeling van een ulcus cruris; praktijkervaringen van een wijkverpleegkundige

Ellen Ploeg-Schreur *

De zorg voor een patiënt met een ulcus cruris, is vaak gezien het chronische karakter intensief en langdurig. Voor een wijkverpleegkundige eist dat nogal iets van haar/zijn creativiteit. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wil ik duidelijk maken, dat de zorg nogal wat meer vraagt, dan het doorlopen van protocollen en standaard verpleegplannen. De problemen, die ik tegen kom, vergen niet alleen professionele kennis en vaardigheid. Doorzettingsvermogen en creativiteit zijn onmisbare eigenschappen in de praktijk.

Als wijkverpleegkundige heb ik een taak in de behandelende, maar zeker ook in de preventieve sfeer. Tevens ondersteun ik de patiënt en probeer ik de vervelende gevolgen zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken.

Aan de hand van de verschillende taken, wil ik in deze lezing aangeven welke problemen ik daarbij ben teggekomen en hoe ik getracht heb daar een creatieve oplossing voor te vinden. Deze problemen hebben diverse oorzaken; van het inzicht van de patiënt, onderschatting van de problematiek tot organisatorische belemmeringen. Helaas lukt het lang niet altijd om een oplossing te vinden, maar misschien hebben jullie aan het eind van deze lezing nog ideeën. Mijn uiteindelijke doel is, dat iedereen aangezet wordt om zijn creativiteit te gebruiken en dat wij in de toekomst meer van elkaars deskundigheid, maar ook van elkaars creativiteit gebruik maken. Uiteindelijk zal dat de kwaliteit van zorg voor deze categorie patiënten ten goede komen en waarschijnlijk hun kwaliteit van leven ook.

Signalering:

In eerste instantie heb ik een signalerende taak. Veel van mijn patiënten zijn ten gevolge van hun immobiliteit of andere factoren risicopatiënt en kunnen in de toekomst een ulcus cruris krijgen. Belangrijk hierbij is, dat ik weet bij welke verschijnselen en klachten actie ondernomen moet worden. Mijn interventies bestaan dan uit: alle gegevens uit de anamnese samen met de observaties analyseren en de patiënt informeren over mijn bevindingen. Afhankelijk van deze bevindingen verwijs ik hem/haar door naar de huisarts. In overleg met de arts start ik een eventuele behandeling.

* Problemen bij de signalering:

- Organisatorisch probleem;

Bij veel van deze risicopatiënten wordt tegenwoordig geen wijkverpleegkundige meer geïndiceerd, maar een verzorgende met een lager deskundigheidsniveau. Doordat zij op dit gebied niet voldoende kennis hebben wordt er vaak niet of te laat gesignaleerd en doorverwezen.

Praktijkvoorbeelden:

* Onlangs ben ik ingeschakeld bij een patiënt, die elke dag hulp kreeg van een verzorgende bij het aan- en uittrekken van zijn elastische kousen. Zij kwam bij mij met het volgende; sinds een aantal dagen waren de elastische kousen 's avonds nat en het leek of er vocht uit het been kwam. Of ik een keer wilde gaan kijken. Het bleek, dat de man elastische kousen droeg, die al 4 jaar oud waren! Het oedeem ten gevolge van chronisch veneuze insufficiëntie had steeds meer kans gekregen door de slappe kousen. Doordat de kousen nog steeds pasten, viel het de verzorgende niet op. Aan de glanzende, strakke onderbenen had het eerder gesignaleerd kunnen worden, maar daarvoor miste zij de kennis.

* Laatst kwam ik bij een mevrouw met een ulcus cruris van 6 x 8 cm. Het was begonnen met een klein wondje aan haar onderbeen, waarschijnlijk ten gevolge van het stoten. De verzorgende, die haar hielp met wassen en aankleden had er voor nood een stukje keukenrol met een pleister opgedaan en de volgende dag wilde zij kijken hoe de wond er uit-

zag. Helaas zat het stukje keukenrol toen vastgekleefd en werd de wond een stuk groter toen zij dit verwijderde. Zij heeft toen de huisarts ingeschakeld, die uiteindelijk wijkverpleging inschakelde voor de wondbehandeling. Het kostte nu heel wat meer tijd om deze wond weer dicht te krijgen. Mevr. had ook last van chronisch veneuze insufficiëntie, terwijl zij dit niet wist; *"ik heb mijn hele leven al dikke benen, dat is heel gewoon voor mij"*. Uiteindelijk heeft het 6 maanden geduurd, voordat de wond dicht zat met alle nare gevolgen vanden voor de patiënt. Dit moet toch voorkomen worden, maar hoe?

Mogelijke oplossingen;

- Nu kan je zeggen, *Wat kan ik als wijkverpleegkundige hier aandoen?*, ik denk dat wij hier een belangrijke taak in hebben.

Je kunt je natuurlijk afvragen of signaleren ofwel preventie in het algemeen nog wel een taak is, die binnen het takenpakket van de thuiszorgorganisaties valt. Ik merk in toeneemende mate dat, vanuit de indicatiestelling, voornamelijk naar de handeling gekeken wordt. Dit is praktisch toetsbaar. In welke situatie dit plaats vindt, heeft nauwelijks invloed op de indicatie. Hierdoor komen veel risicopatiënten bij verzorgenden terecht. Met als gevolg dat er niet tijdig gesignaleerd wordt. Preventie krijgt steeds minder aandacht. Dit leidt tot veel onnodig leed bij de patiënt en extra kosten voor de gezondheidszorg. Als ik denk aan wat het hebben van een ulcus cruris betekent voor de patiënt (van langdurige beperking van de mobiliteit, verlies van zelfstandigheid tot onzekerheid en soms zelfs pijn) vind ik het zeker dat preventieve activiteiten tot mijn takenpakket moeten blijven behoren.

- De keuze kan zijn om de zorg voor deze risicopatiënten door wijkverpleegkundigen te laten verlenen of zelfs gespecialiseerde wijkverpleegkundigen, maar volgens mij kan het ook anders. Belangrijk is, dat de taak signalering en preventie in het algemeen weer meer aandacht krijgt binnen de organisatie. Met goede afspraken en voorwaarden moet het mogelijk zijn dit op te lossen en de kwaliteit van zorg te waarborgen. Ik denk, dat in de toekomst veel tijd en aandacht moet gaan naar de scholing van deze verzorgenden, zodat zij kunnen signaleren en op tijd de patiënt doorverwijzen naar de wijkverpleegkundige. Hier zal de wijkverpleegkundige met haar deskundigheid een rol in kunnen spelen, haar consultfunctie zal een belangrijk onderdeel moeten worden in de zorg, die verleend wordt door verzorgenden. Relatief kost dit de

organisatie weinig en het levert veel op ten behoeve van de kwaliteit van zorg.

- Ik heb binnen onze organisatie, dit probleem aangegeven en op aangedrongen, dat zeker de hulpverleners, die dagelijks elastische kousen aan- en uittrekken een bijscholing moeten krijgen. Zodat zij weten waar zij op moeten letten, wanneer zij door moeten verwijzen, hoe zij een elastische kous aan- en uit moeten trekken en bekend zijn met hulpmiddelen. Helaas was er tot nu toe geen geld voor beschikbaar. Maar het hoger management is wel overtuigd, dat dit in de toekomst aandacht moet hebben.

- Als tussenoplossing hebben wij via een andere manier toch een beperkt deel van deze hulpverleners bereikt. De vereniging voor thuiszorg wilde informatieavonden organiseren voor cliënten, die beklachten hebben. Tijdens deze avonden werd onder andere aandacht geschonken aan verschijnselen en klachten bij veneuze insufficiëntie en het belang van het gebruik van elastische kousen en de hulpmiddelen, die hierbij gebruikt kunnen worden bij het aan- en uittrekken van deze kousen. Verzorgenden en verpleegkundigen binnen onze organisatie kregen ook een uitnodiging. De meeste cliënten bereik je beter via de verzorgende of verpleegkundige en zo hadden wij twee vliegen in één klap. Door deze avonden is er aandacht gekomen voor dit onderwerp binnen de organisatie en ik hoop binnenkort bijscholing te starten m.b.t. dit onderwerp specifiek voor de beroepsgroep verzorgenden.

- Tevens heb ik er voor gezorgd, dat wij betrokken werden bij een project van KITZ op het gebied van ulcus cruris. Hier zijn ook verzorgenden bij betrokken geweest.

Met deze voorbeelden wil ik jullie aangeven, dat je creatief moet zijn met de mogelijkheden, die er wel zijn. Als deskundigen, zijn wij degenen die de organisatie duidelijk moeten maken wat in het belang is voor de kwaliteit van zorg en in het belang van de patiënt.

- *Probleem m.b.t. het inzicht van de patiënt;* Zolang de patiënt nog geen ulcus cruris heeft, maar ik wel oedeem, spataderen of andere kenmerken van veneuze insufficiëntie signaleer, is het moeilijk om de patiënt dusdanig inzicht te geven in zijn problematiek, dat hij meewerkt aan de preventie van een ulcus cruris. Hij onderschat vaak zijn probleem. Praktijkvoorbeeld:

* Een patiënt met glanzende benen met oedeem, waarbij ook bruine pigmentatie aanwezig is en vrij veel spataderen, wil absoluut niet hebben, dat ik de dokter bel en zeker niet dat hij

langs komt; "Ach, zuster, dat kan toch geen kwaad, ik heb er nauwelijks last van". Ik heb in dit geval moeten praten als "Brugman", om uiteindelijk toestemming te krijgen de huisarts te bellen. Ik heb de patiënt verteld, wat ik gesignaleerd heb, dat dit waarschijnlijk veroorzaakt wordt door een stoornis in de afvoer van het bloed naar het hart en haar duidelijk gemaakt dat er een grote kans is, dat zij een zeer moeilijk genezende wond op haar onderbeen krijgt als hier niets aangedaan wordt. Toch kon zij zich dit niet echt voorstellen.

Mogelijke oplossing;

- Naast kennis van de aandoening, is het van belang de vaardigheid te bezitten om voorlichting te geven. Naast het mondeling informatie verstrekken, heb ik haar de door ons ontwikkelde brochure "een open been, een serieus probleem" laten lezen en uiteindelijk met praktijkvoorbeelden en een plaatje van een ulcus cruris kunnen overtuigen. De methode van voorlichten is heel belangrijk. In eerste instantie ben ik ingegaan op, waarom zij er tegen op zag, dat ik de huisarts zou bellen. Het bleek, dat zij in het verleden al eens elastische kousen had gedragen, maar dat zij dit 'rotdingen' vond. En nu zou de huisarts er achter komen, dat zij deze niet meer droeg. Het is heel belangrijk, wanneer je informatie geeft, dat de patiënt ervoor open staat. Totdat het mij duidelijk werd dat dit er achter zat, is de informatie die ik daarvoor gegeven had over onder andere de oorzaak, risicofactoren en de prognose totaal niet overgekomen.

Soms komt het voor dat ik een patiënt niet kan overtuigen. Nadat ik gecheckt heb of de patiënt de informatie opgenomen heeft, leg ik uiteindelijk de verantwoording bij de patiënt. Ik ga niet zonder toestemming van de patiënt de huisarts inschakelen. Dit is soms moeilijk te accepteren, maar ieder mens heeft het recht om uiteindelijk zijn eigen keuzes te maken.

Wondbehandeling;

De behandeling van een ulcus cruris venosum bestaat als belangrijkste onderdeel uit het toepassen van ambulante compressie therapie in combinatie met het geven van voorlichting en educatie. Daarnaast verzorg ik de wond aan de hand van het WCS classificatiemodel.

*** Problemen bij de wondbehandeling:**

Op het gebied van de wondbehandeling loop ik tegen verschillende problemen aan. Sommige hebben te maken met de samenwerking met andere disciplines, andere met de keuze en beschikbaarheid van materialen,

maar ook hygiënisch werken en de deskundigheid op het gebied van zwachtelen waarborgen, vraagt de nodige creativiteit.

- Probleem 1 m.b.t. de samenwerking/communicatie:

De huisarts is een erg belangrijke schakel in de zorg, die ik als wijkverpleegkundige verleen. Ik ben afhankelijk van hem/haar op het gebied van diagnostiek, behandeling, keuze wondmateriaal, etc. Als ik hem/haar bel om te vragen of hij/zij langs komt bij een patiënt naar aanleiding van bepaalde signalen/klachten, is het nogal wisselend per huisarts of hij/zij inderdaad gaat kijken wat er aan de hand is of telefonisch zijn behandeling afspreekt.

Gevaarlijk dus, het komt weleens voor, dat de huisarts niet de juiste diagnose stelt. Oedeem is bijvoorbeeld een veel voorkomend verschijnsel, waar het diagnostiseren heel belangrijk is. Er zijn verschillende oorzaken, die een rol kunnen spelen in het ontstaan van oedeem en die soms hele verschillende behandelingen eisen. Denk maar aan decompensatio cordis, immobiliteit, trombose been, veneuze insufficiëntie of juist een combinatie van arteriële en veneuze insufficiëntie.

Mogelijke oplossing:

- In de praktijk kom ik vaak bij de categorie ouderen een combinatie van oorzaken tegen, hierbij is het belangrijk, dat ik het totale beeld van verschijnselen en klachten beschrijf aan de huisarts. Als ik twijfel over de diagnose of de diagnose mij niet bekend is, start ik de behandeling niet, voordat ik met de huisarts overleg heb gepleegd. Door een duidelijke diagnose te eisen, heb ik in sommige gevallen een hoop narigheid voorkomen voor de patiënt. Wanneer het dan toch nog verkeerd gaat, heb ik wel duidelijk waar de verantwoording ligt.

- Doordat de huisartsen en de wijkverpleging in totaal verschillende types organisaties werken, is het belangrijk op individueel niveau duidelijke afspraken te maken. Wat ik vaak doe is, een afspraak met de huisarts maken om gezamenlijk de situatie van de patiënt te gaan bekijken. Dit individuele contact mis ik tegenwoordig soms. Ik denk juist dat dit contact ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Het bevordert het gebruik van elkaars deskundigheid.

Misschien dat de functie praktijkverpleegkundige hier iets in de toekomst aan kan veranderen.

- Binnen de Thuiszorg Oost-Veluwe hebben wij een ulcus cruris protocol ontwikkeld. Dit geeft niet alleen voor ons zelf een leidraad,

maar ook huisartsen duidelijkheid wat betreft de richtlijnen, die wij hanteren m.b.t. de behandeling van een ulcus cruris. Helaas hebben wij geen huisartsen bereid gevonden samen dit protocol samen te stellen. Wel hebben wij gestreefd, dat het aansluit op NHG standaard van de huisartsen. Uiteindelijk komt dit de continuïteit van zorg ten goede.

- Probleem 2 m.b.t. de samenwerking/communicatie:

Wanneer de behandeling is voorgeschreven, wordt er soms oneindig lang doorgegaan met dezelfde behandeling. Het tegenovergestelde gebeurt ook, elke week of soms nog vaker wordt bij geen resultaat de behandeling gewijzigd.

Dit gebeurt als er voor aanvang van de behandeling geen doelstellingen vastgesteld worden. Voor de patiënt geeft het extra onrust en onzekerheid, maar voor de behandelaars zelf ook.

Mogelijke oplossing:

- Vooraf gezamenlijk doelstellingen vaststellen. Bijvoorbeeld binnen 2 weken moet het oedeem verminderd zijn en binnen 4-6 weken moet er een genezigstendens te zien zijn.

Dit geeft voor iedereen duidelijkheid. Deze doelstellingen zijn dan het uitgangspunt, aan de hand hiervan kan er geëvalueerd worden.

Het is een "must" om goed te observeren en deze gegevens te rapporteren. Tijdens de evaluatie momenten meet ik de omvang van het been op een vastgestelde hoogte en stel ik de afmetingen van de wond vast.

Vanuit deze objectieve gegevens kan dan geëvalueerd worden en zo nodig de behandeling bijgesteld worden. Het meest ideale vind ik, als ik elke 2 weken samen met de huisarts de patiënt bezoek om de behandeling te evalueren aan de hand van de gegevens en observaties. Wanneer de doelstelling dan niet behaald wordt, kunnen wij gezamenlijk de oorzaak achterhalen en eventueel de behandeling wijzigen of de doelstellingen bijstellen. Deze afstemming neemt voor de patiënt veel onzekerheid weg. En door het meten van de wond krijg ik de beschikking over concrete gegevens, dit werkt richting patiënt erg motiverend, maar zeker ook voor mijzelf.

- Probleem m.b.t. wondmateriaal:

Als de juiste diagnose gesteld is, kan de behandeling gestart worden. We weten inmiddels, dat de wondbehandeling van ondergeschikt belang is ten opzichte van de compressie therapie. Maar gezien de vervelende gevolgen,

die een stinkende, pijnlijke of lekkende wond kan hebben, moet ik kennis hebben van welk materiaal ik in die situatie het beste kan gebruiken. Aangezien er ontzettend veel op de markt is, hebben wij binnen onze organisatie aan de hand van het WCS-classificatiemodel een beperkte productkeuze gemaakt. In de praktijk komt het vaak voor, dat ik de huisarts hierin adviseer. Als wijkverpleegkundige heb ik vaak meer ervaring en kennis van de producten. Door het lezen van vakliteratuur en bijscholingen kan ik nieuwe ontwikkelingen bijhouden op het gebied van wondverzorging. Belangrijk hierbij is, dat het eenvoudig in gebruik moet zijn en zo min mogelijk gevolgen heeft voor de patiënt. Dus indien mogelijk, de frequentie van wondbehandeling beperken, rekening houden met de hoeveelheid exsudaat, maar ook met geur en pijn. Het materiaal moet dus voldoende absorberen, niet doorlekken ofwel zorgen voor een vochtig wondmilieu. De frequentie wordt in de praktijk vaak beperkt tot 2 x per week. Als de wond stinkt maak ik gebruik van geurneutraliserende verbanden. Bij pijn krijgt de patiënt pijnstillers voorgeschreven of wordt in de zelf iets pijnstillends toegevoegd.

Praktijkvoorbeeld;

* Het probleem, waar ik geregeld tegen aanloop, is dat het juiste materiaal niet gelijk voor handen is. Ik krijg via de intake een patiënt door waarbij het de bedoeling is ambulante compressie therapie toe te passen. De zwachtels zijn aanwezig, maar fixatiemateriaal ontbreekt. De bijgeleverde haakjes gebruik ik liever niet, de kans op beschadiging van de huid is groot.

Gelukkig heb ik vaak wat overgebleven materiaal van andere patiënten in mijn tas zitten voor dit soort noodsituaties.

De soort zwachtels is soms ook een probleem; in overleg met de huisarts is besloten een korte rek zwachtel te gebruiken. Ik kom bij de patiënt en er liggen "ideaal zwachtels". Maar ik twijfel of dit wel korte rek zwachtels zijn. Ik weet, dat er verschillende soorten zijn van dit merk. Ik lees de verpakking, maar kom er niet uit. Waarschijnlijk lange rek, dus ik besluit één zwachtel per been aan te leggen. Met de verpakking kom ik later op het wijkgebouw en probeer via de diverse boeken en literatuur er achter te komen. Helaas lukte het mij niet om 100 % zeker te zijn of deze zwachtels gebruikt konden worden voor ambulante compressie therapie volgens de methode van het CBO. Uiteindelijk heb ik de huisarts en apotheker opgebeld en hebben wij besloten om voor de

zekerheid een ander merk korte rek zwachtels te gebruiken. In een later stadium ben ik er via de WCS achter gekomen, dat de zwachtels niet geschikt waren voor ambulante compressie therapie.

Mogelijke oplossing:

- De oplossing ligt denk ik op het gebied van de communicatie tussen wijkverpleging, huisarts, doktersassistente en apotheker. Vaste afspraken omtrent materiaalkeuze voorkomt dit probleem. Op dit moment is er op kleinschalig gebied een initiatief van enkele huisartsen, 2 apothekers en de wijkverpleging om vaste afspraken te maken m.b.t. materiaalkeuze. Uiteindelijk is het doel een formulier tot stand te brengen voor heel Oost-Veluwe in samenwerking met de ziekenhuizen in dit gebied.

- Tot nu toe schrijft de huisarts de recepten voor wondbehandelingsmateriaal. Maar wie is er eigenlijk "de deskundige" op dit gebied binnen de eerste lijn. Ik denk dat de wijkverpleegkundigen meer kennis en ervaring met de verschillende producten hebben, dan de huisartsen. In de praktijk schrijft de huisarts vaak de producten voor, die de wijkverpleegkundige adviseert. Omslachtig eigenlijk, misschien wordt het tijd dat dit verandert.

- Probleem m.b.t. wondbehandeling en hygiëne:

Een probleem, dat specifiek voor de "wijk" is, is op een hygiënische wijze de wond verzorgen. Ik ben afhankelijk van de patiënt. Ik ben als gast bij hem of haar thuis. Dit is heel wat anders dan, dat ik in een ziekenhuis werk, waar alles elke dag schoongemaakt wordt en waar alles keurig op een hygiënische manier opgeborgen kan worden en alles voor handen is. Ik weet niet hoe vaak en hoe erbij die patiënt in huis schoongemaakt wordt. Ik heb weleens een vaatdoek of een stukje afgescheurde pyjama als handdoek mogen gebruiken. Ik krijg te maken met patiënten, die soms hele andere normen en waarden hebben wat betreft hygiëne. Ook heb ik een patiënt gehad, die niet zonder zijn hond kon en andersom. Wanneer de hond van zijn baasje gescheiden werd, begon hij als een gek te blaffen. Maar als ik de wond ging verzorgen en de hond was erbij, kwam hij gelijk kijken wat ik aan het doen was en legde hij het liefst zijn neus op de wond. Ik denk niet dat dit erg bevorderlijk is voor de wondgenezing.

Wat doe ik eraan om toch volgens voorschrift op hygiënische wijze de wond te verzorgen?

Mogelijke oplossingen:

- Ik moet niet alleen rekening houden met de hygiënische voorschriften, maar ik wil ook een vertrouwensrelatie opbouwen met de patiënt en de patiënt in zijn waarde laten. Dit eist naast deskundigheid, gespreksvaardigheden en creativiteit. Ik moet eerst goed afwegen, waar de grens ligt en welke voorwaarden ik moet stellen om verantwoord de zorg te verlenen. Ik vraag in eerste instantie altijd, of er een schone handdoek en een stuk zeep specifiek voor de wijkverpleging op een schone vaste plaats gelegd kan worden en ik vraag een dienblad of doos om het materiaal op te zetten. Wanneer ik uitleg wat de reden is, begrijpen de meeste mensen dit wel. Maar bij een aantal mensen geeft dit problemen. Belangrijk vind ik dat het schoon is en wanneer de patiënt geen handdoek heeft, maar wel een schone theedoek, vind ik dat geen probleem. Soms hebben zij andere ideeën over wat schoon is. Ik probeer dit altijd bespreekbaar te maken en informatie te geven. Doordat de patiënt hetzelfde wil als ik, namelijk dat de wond zo snel mogelijk geneest, kom ik altijd tot afspraken, waar beide partijen mee tevreden zijn. Het is geen onwil van de patiënt, maar een gebrek aan kennis en inzicht. En wat betreft die hond, ben ik samen met de patiënt op het idee gekomen om gelijktijd met de wondbehandeling de hond een bot te geven. Dit was het enige wat de hond niet kon weerstaan. Elke situatie is weer anders en ik zal samen met de patiënt naar een oplossing moeten zoeken. Het inschakelen van gezinsverzorging kan ook uitkomst bieden.

- Probleem m.b.t. het zwachtelen:

Het goed aanleggen van een compressie verband met korte rek zwachtels is een kunst. Gemiddeld zwachtelt een wijkverpleegkundige misschien 2 x per week. Is dit wel voldoende om de zwachtel op de juiste manier en met de juiste druk aan te leggen? Voor sommige misschien wel, maar wanneer de frequentie zal stijgen, ben ik er zeker van dat dit de kwaliteit van het zwachtelen bevordert. Maar hoe los ik dit op, ik kan er moeilijk een aantal patiënten bij maken.

Mogelijke oplossingen:

- In principe zijn binnen onze organisatie alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geschoold in het toepassen van ambulante compressie therapie volgens de CBO methode. Tevens is de methode opgenomen in ons ulcus cruris protocol en ligt op ieder

wijkgebouw een setje zwachtels, zodat er een mogelijkheid is om op elkaar te oefenen. Dan nog is de frequentie van voorkomen het probleem, want er geen tijd beschikbaar om dagelijks op elkaar te oefenen.

Ik denk, dat er twee mogelijke oplossingen zijn. Ten eerste kan de keuze gemaakt worden, om bepaalde mensen te laten zwachtelen. Dus niet iedereen meer, maar bijvoorbeeld één in ieder team of een groep wijkverpleegkundigen, die als aandachtsgebied wondverzorging hebben. Dit verhoogt de frequentie.

- Een andere optie is, een nieuwe ontwikkeling "de profore methode". Dit is een methode, die makkelijk te leren en uit te voeren is, zelfs als de frequentie laag is. Voor de wijkverpleging misschien een uitkomst. Het enige nadeel is, dat het alleen bij veneuze insufficiëntie toegepast kan worden. Tegenwoordig heb ik met een grote groep patiënten te maken, die een combinatie van veneuze en arteriële insufficiëntie hebben.

Misschien moet er voor beide opties gekozen worden.

Voorlichting/instructie;

Het doel van voorlichting geven is de patiënt meer inzicht te geven in zijn aandoening, de behandeling, gevolgen en zijn beleving. Tevens neemt de onzekerheid van de patiënt er vaak door af. Uiteindelijk hoop ik dat de patiënt meewerkt aan zijn genezing door het opvolgen van leefstijladviezen, die de genezing bevorderen.

Ten eerste heb ik kennis nodig m.b.t. een ulcus cruris en alles wat daar mee te maken heeft en daarnaast de vaardigheid om voor te lichten.

- Probleem m.b.t. het voorlichting geven:

Het probleem waar ik tegen aan loop is, hoe sluit ik aan bij de behoefte en het niveau van de patiënt.

- Praktijkvoorbeeld:

* Ik heb soms te maken met dementerende patiënten. Laatst was er een patiënt, die ontzettend gemotiveerd was om mijn adviezen op te volgen. Helaas was zij het weer vergeten, zodra ik de deur uit was. Het was zelfs zo, dat zij binnen de kortste keren de zwachtels eraf haalde, omdat zij niet wist waarom zij die "rare dingen" om had. Op een gegeven moment zag ik geen oplossing meer. Ik heb dit toen ingebracht in mijn team en gezamenlijk zijn wij toen op de volgende oplossingen gekomen:

Mogelijke oplossingen:

- Ten eerste heb ik de buurvrouw en een doch-

ter ingeschakeld, om geregeld met haar een stukje te gaan wandelen. Ik heb hen voorlichting gegeven en geïnstrueerd welke oefeningen goed zijn voor haar. Zij konden haar dan geregeld vertellen, waar de zwachtels voor dienden en dat zij die moest laten zitten.

Helaas was er geen echtgenoot, die haar 24 uur per dag in de gaten kon houden. Dus hiermee was ik er niet.

- Vervolgens heb ik een briefje gelegd op de plaats waar zij altijd zat, met de tekst: "De zwachtels laten zitten en veel lopen. Dit moet voor uw benen!". Ook heb ik een aantal patiëntenbrochures in huis neergelegd, in de hoop, dat zij die zou gaan lezen.

- Doordat het hierna nog voorkwam, dat zij de zwachtels loshaalde, heb ik de zwachtels uiteindelijk gefixeerd met een zelfklevende fixatie zwachtel met daarover heen een panty. Uiteindelijk is het hier toen mee gelukt.

- Praktijkvoorbeeld:

* Ik heb ook een patiënt in zorg gehad, waarvan familie in het verleden "een open been" had. Zij mochten in die tijd absoluut niet uit bed. Dit wist ik niet, waardoor alle informatie en adviezen, van veel lopen en oefeningen doen, niet opgevolgd werden.

Mogelijke oplossingen:

- Eerst informeren naar de ervaring en kennis op het gebied van een open been ofwel de beginsituatie afchecken. In eerste instantie moet degene openstaan voor informatie. Fabeltjes uit de wereld helpen, want soms hebben mensen hele rare ideeën over het ontstaan van een open been (een bacterie, die de huid weg vreet). Als ik duidelijk heb, dat de patiënt openstaat voor informatie, is het belangrijk, dat ik het vertel in begrijpelijke taal en niet te veel in één keer.

Door voor te lichten volgens een bepaalde methode bereik ik in vele gevallen mijn doel. In het kort houdt deze methode het volgende in:

- Zorg dat de patiënt openstaat voor de informatie; ongerustheid weg nemen, aandacht voor het onderwerp onderzoeken en inventariseren wat de voorkennis, vaardigheid en houding is.

- Zorg dat de patiënt het begrijpt; de informatie structureren, de patiënt als uitgangspunt nemen, begrijpelijke taal gebruiken en illustraties gebruiken.

- Zorg dat de patiënt gemotiveerd raakt om zijn medewerking te verlenen; voor- en nadelen met hem bespreken, invloed van zijn omgeving bespreken, de verantwoordelijkheid

bij de patiënt leggen en naar de mening van de patiënt vragen.

- Zorg dat de patiënt ook daadwerkelijk de adviezen opvolgt; concrete instructies geven, stilstaan bij praktische problemen en het effect voorspellen. En blijf de patiënt stimuleren. Wanneer het dan nog niet lukt, ligt op een gegeven moment, als ik alles heb gecheckt, de verantwoording bij de patiënt.

Psycho-sociale begeleiding;

Dat het hebben van een ulcus cruris vervelen de gevolgen heeft voor het dagelijks leven van de patiënt, is voor iedereen duidelijk. Daarom moeten wij proberen deze gevolgen zoveel mogelijk beperken. Dit kan door voorlichting geven, door een goede wondbehandeling kiezen en door zo nodig pijnstillende middelen te adviseren, maar wat zeker zo belangrijk is aandacht schenken aan hoe de patiënt het ervaart. Ingaan op zijn beleving, want dit kan bij iedereen verschillen.

- Probleem m.b.t. de begeleiding van de patiënt:

Er zijn veel patiënten, die ten gevolge van een ulcus cruris in een sociaal isolement terecht komen. Mensen voelen zich vaak erg ongemakkelijk in bijzijn van anderen. Bang dat de ander de wond ruikt of dat het doorlekt, zich schamend voor zijn zwachtels. Zij zijn geneigd om zo lang zij een wond hebben thuis te blijven zitten, zich niet realiserend, dat die periode wel maanden tot soms jaren kan duren. Terwijl in deze periode afleiding zo belangrijk is.

Praktijkvoorbeeld:

* Ik had een patiënt in zorg, die alle sociale contacten afhiel ten gevolge van de ulcus cruris. Voor het ontstaan hiervan was zij een zeer actieve vrouw. Zij deed vrijwilligerswerk en zat op verschillende verenigingen. Zij heeft alles tijdelijk opgezegd. Vele factoren speelde een rol. Ten eerste kende iedereen haar als een gezonde vrouw en wilde zij niet dat de mensen haar nu met zwachtels om zouden zien. Haar zelfbeeld veranderde, had nauwelijks meer zelfvertrouwen. Zij had nooit stilgestaan bij het feit, dat zij zelf ooit iets zou krijgen, ondanks dat zij in haar vrijwilligerswerk vaak geconfronteerd werd met zieke mensen.

Ten tweede kreeg zij een afkeer van zichzelf. Zij vond de wond ontzettend vies en stinken. De zwachtels vond zij lelijk en ze ging absoluut niet de deur uit zonder haar sjieke schoenen met hakjes. Dat dit alles haar ook nog afhankelijk maakte vond zij een ramp.

Mogelijke oplossingen:

- Wat betreft de schaamte met betrekking tot de wond en de zwachtels, dit is te beperken door de keuze van de wondbehandeling. Het mag niet lekken of stinken. Zorgen voor schone zwachtels en deze eventueel verbergen met een lange broek of kleurige panty. Daarnaast is het van belang, dat de patiënt serieus genomen wordt. Ingaan op zijn beleving en aandacht hebben voor de verandering van zijn leven. Het luisteren naar de patiënt kan al een enorme steun zijn. Vaak komt de patiënt op een gegeven moment zelf tot het inzicht, dat zij niet zonder sociale contacten kan. Dit heeft tijd nodig en door de patiënten te blijven steunen en te stimuleren krijgen zij hun zelfvertrouwen weer terug. Daarnaast kan goede voorlichting een groot deel van hun onzekerheid wegnemen.

In de situatie van het voorbeeld lag uiteindelijk de oplossing bij haar vrienden en kennissen, die haar thuis opzochten. Zij hebben haar kunnen overtuigen, dat zij nog precies dezelfde voor hen was en haar kunnen overhalen om weer de meeste activiteiten op te pakken. In dit geval hoefde ik een keer niet voor de oplossing te zorgen. Dat gebeurt soms ook.

Conclusie

Concluderend is de kwaliteit van zorg voor de patiënt met een ulcus cruris niet alleen afhankelijk van ieders individuele deskundigheid, maar behoeft juist een multidisciplinaire aanpak. Wij moeten van elkaars deskundigheid en creativiteit gebruik maken om welk probleem het ook gaat. De wijkverpleegkundige heeft naast de taken die ik genoemd heb dan ook een coördinerende taak.

Maak afspraken over elkaars taken en verantwoording en probeer zoveel mogelijk problemen gezamenlijk aan te pakken. Ook op het gebied van het ontwikkelen van protocollen en het samenstellen van een formularium heb je elkaar nodig. Toon als (wijk)verpleegkundige jouw deskundigheid en creativiteit en neem initiatief. Gebruik deze kwaliteiten ook om de organisatie de benodigde voorwaarden te laten scheppen. Uiteindelijk streven wij gezamenlijk hetzelfde doel na en dat is de kwaliteit van zorg voor de patiënt met een ulcus cruris verbeteren!

* Ellen Ploeg-Schreur; wijkverpleegkundige met specialisatie wondverzorging Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe

Voordracht gehouden tijdens het WCS Congres "Wondbehandeling: Conservatief of Creatief" d.d. 18 november 1997 te Utrecht.