

Interview met dr. T. Keuzenkamp

Dr. Keuzenkamp is verpleeghuisarts in Verpleeghuis „Schiehoven” in Rotterdam. Hij is lid van het adviescollege van de WCS en erg actief op het gebied van decubituspreventie en behandeling.

Hij heeft publicaties op zijn naam staan met betrekking tot decubituspreventie en behandeling, in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie en het Tijdschrift voor Geneesmiddelen Onderzoek. Tevens is hij gepromoveerd op het onderwerp „De conservatieve behandeling van decubitus”.

Hij is een van de samenstellers van de Consensus „Decubituspreventie” van het C.B.O. Nu maakt hij deel uit van de werkgroep van het C.B.O. die zich bezig houdt met de consensus „Decubitusbehandeling”.

Dr. Keuzenkamp is na zijn opleiding tot huisarts begonnen als verpleeghuisarts in Verpleeghuis „Schiehoven”. Sinds 1½ jaar is hij directeur van dit verpleeghuis.



- Dr. Keuzenkamp, wat voor type verpleeghuis is „Schiehoven?“

Schiehoven is een gemengd verpleeghuis, met 212 bedden voor somatische patiënten en 38 bedden voor psychogeriatrische patiënten.

De psychogeriatrische patiënten worden opgenomen voor klinische screening op het bestaan van dementie. Daarna worden ze doorgeplaatst.

Totaal aantal opnames per jaar is \pm 500 patiënten, dit betekent dat we een grote doorstroming hebben binnen ons patiëntenbestand.

- Is er binnen Uw verpleeghuis een bepaalde methode t.a.v. wondbehandeling?

Er is binnen ons verpleeghuis een standaardisatie met betrekking tot de producten die er gebruikt worden voor wondbehandeling.

Er worden weinig verschillende producten gebruikt en deze producten worden in het hele verpleeghuis op dezelfde manier gebruikt. Uitgezonderd incidentele gevallen.

Ik vind het erg moeilijk om een goed scoringsstelsel in te voeren, vooral om dit stelsel dan ook consequent te blijven gebruiken.

De decubitus die in ons verpleeghuis voorkomt is zeer afhankelijk van de „soort“ patiënt die wordt opgenomen. Uit de literatuur blijkt dat bij 15 - 20 % van de opnames uit een ziekenhuis reeds epitheel defect bestaat.

Soms worden patiënten juist opgenomen i.v.m. decubitus problemen.

Bij ongeveer 10% van de patiënten ontstaat tijdens opname decubitus.

Wij werken veel met lucht- en waterbedden als preventiemiddel.

- Welke opvatting heeft U over wondbehandeling?

Om het in de WCS kleuren uit te leggen: Bij een intacte rode huid, geen behandeling alleen preventieve maatregelen.

Als er door druk blaarvorming optreedt, blaar intact laten tenzij er een infectie onder de blaar zit. Als de blaar verdwenen is de schone wond vet houden met vaseline gazen.

Indien er beslag in een oppervlakkige wond zit, deze behandelen met bactigras-/bethadine gazen.

Op deze manier de wond desinfecteren. Geen antibiotica gazen!

Bij diepere wonden met zwarte korst: wond nat houden met eusol.

Dit vermindert de pijn en werkt desinfecterend en maakt dat de korst na enige tijd makkelijk te verwijderen is. Ook als de zwarte korst door de verpleging van de afdeling is weggeknipt en de bodem nog niet schoon is, wordt de wond behandeld met eusol.

Sinds enige tijd gebruiken we in plaats van eusol sachets met Natriumhypochloriet. (Sanacre)

De grote wonden worden tweemaal daags verzorgd en worden afgedekt met non-woven compressen.

Zolang de wond geïnfecteerd is wordt euso/sanacre gebruikt; als de wond schoon is worden er vaseline gazen in de wond gelegd.

Zelden sturen wij een patiënt door naar de plastisch chirurg. Het zijn vaak oudere patiënten die in een slechte conditie zijn voor operatie.

Wij schakelen slechts zeer zelden de fysiotherapie in voor decubitusbehandeling.

Ik heb fysiotherapeuten wel eens uitgedaagd om mij resultaten te laten zien van hun therapieën. Er kwam slechts één reactie van een klein onderzoek uit Canada uit 1983.

Bij wondbehandeling is naar mijn overtuiging, **betrokkenheid, geduld en weten wat je doet en waarom.**

- Wat is er volgens U veranderd op het gebied van wondbehandeling de laatste jaren?

Binnen ons verpleeghuis is meer logica in de wondbehandeling gekomen.

De mystiek die er rond hing is verdwenen. Vroeger werd b.v. de klep-kuur toegepast. (Kamferzalf, levertraanzalf, elemizalf en pellidolzalf).

Dit was empirie en niemand wist precies hoe het werkte. Ook werden op elke afdeling verschillende methoden gebruikt, wat zeer verwarrend was, vooral voor de leerling-ziekenverzorgenden, die regelmatig van afdeling wisselen.

Sinds enkele jaren is de industrie in het „gat” in de wondbehandeling gesprongen. Ik vind het goed dat dit gebeurd is, alleen vind ik dat er tot nu toe weinig goeds uitgekomen is.

Vaak dure therapieën met geen duidelijk betere resultaten.

Ook op het gebied van wondbedekking nog weinig spectaculairs, vaak moeilijk te gebruiken producten. Als er een goed onderzoek zou kunnen plaatsvinden moet er mijns inziens toch een goed en simpel product te maken zijn.

Goed onderzoek is door allerlei omstandigheden in verpleeghuizen moeilijk uit te voeren.

- Wat is volgens u het belang van de WCS?

Doordat artsen de afgelopen jaren weinig interesse hebben getoond voor wondbehandeling is de verpleging dit probleem gaan aanpakken.

Wondbehandeling geschiedt in het kader van de verlengde arm-constructie.

Toch denk ik dat het goed is als de verpleegkundige zich blijft realiseren dat er wettelijk nog niets geregeld is. De arts blijft eindverantwoordelijk voor de wondbehandeling. De behandeling moet natuurlijk wel in goed overleg met beide disciplines geschieden.

Een sterk punt van de WCS vind ik dat de vereniging optreedt als een soort vraagbaak en informatiecentrum. Er is veel know how op het gebied van wondbehandeling, op deze manier wordt alle kennis gebundeld en kunnen we met elkaar veel problemen m.b.t. wondbehandeling oplossen.

- Tot slot, is decubitus een verpleegfout?

Niet altijd, het is een preventiefout. Als verpleegkundige en arts geen preventiebeleid hebben afgesproken treedt er decubitus op.

Beiden zijn hier mijns inziens verantwoordelijk voor.