

De praktische aspecten van wondbehandeling

Germain De Keyser,
Voorzitter
W.C.S. België

Het standpunt van de verpleegkundige

Uit het aantal uren wat besteed wordt in de opleiding tot verpleegkundige blijkt dat de wond- en wondbehandeling een essentieel onderdeel is van de dagelijkse verpleegkundige praktijk. Wanneer de pas afgestudeerde verpleegkundige met deze bagage gekonfronteerd wordt met een dagelijks langer wordende lijst van wondbehandelingsproducten, nieuwe behandelingsmethoden en vaak tegenstrijdige adviezen dan ziet zij of hij vaak de bomen in het bos niet meer.

Er blijven dan twee uitwegen mogelijk: De eerste en dikwijls genomen uitweg is deze van uitvoerder van voorschriften, waarbij de verantwoordelijkheid volledig naar de voorschrijver met name de arts wordt geschoven. Als drogreden gaat men er dikwijls van uit dat deze het toch beter weet en zeker hierover geen discussies wenst te voeren. Deze oplossing is zeer statisch heeft een rigide structuur, geeft creativiteit geen mogelijkheden en blijft gebaseerd op de kennis en de kunde van de voorschrijver.

De tweede uitweg is deze van de zich bevragende verpleegkundige die volgens de methode van vallen en opstaan in samenwerkingsverband met andere disciplines komt tot een zekere deskundigheid zodat zij in staat is om wonden en wondbehandeling te evalueren. Vaak beschouwt men deze verpleegkundigen als lastig, waar men rekening mee dient te houden.

Dat deze benadering zeer ver kan gaan wil ik U aantonen door middel van 2 case studies vooral dan gezien vanuit de mogelijkheden welke wij kunnen benutten.

Na deze twee studies wil ik met U bedenkingen formuleren naar

- multi-disciplinaire samenwerking
- verantwoordelijkheden
- de wetgeving
- kosten - baten analyse
- toekomstverwachtingen

Wondverzorging; twee praktijkervaringen

De eerste case gaat over een 76-jarige corpulente dame met diabetes sinds 10 jaar, weduwe sinds 6 maanden welke familiaal hulp krijgt van een nog inwonende dochter.

De reden van opname is sepsis en anaal bloedverlies van onbekende oorsprong. Op de spoedgevallendienst vindt men een vuistgrote decubitus sacraal met slecht riekend necrotisch weefsel.

Patiënte, noch de dochter, noch de thuisverpleegkundige zijn hiervan op de hoogte, "moeder verzorgde zichzelf".

De werkelijke oorzaak was de poly-neuropathie t.g.v. haar diabetes welke haar pijngevoel volledig had uitgeschakeld. Bij navraag over de insuline therapie 52 eenheden s'morgens en 26 s'avonds bleek dat mevrouw eigenlijk geen dieet volgde.

Het advies van de chirurg luidde debrideren van het ulcus om later een myocutane transpositie flap te kunnen uitvoeren.

Het ulcus werd breed gedebrideerd en men stootte op een drietal bijkomende abcesholtes welke gedraineerd werden met lamellen en opgevuld werden met isobethadine wiken.

Na een korte tussenpauze op inwendige ziekten, voor op puntstelling van de diabetes, werd mevrouw voor de eerste maal opgenomen op geriatrie voor verdere verzorging van de decubitus en revalidatie. De wondkulturen gaven pseudomonas en E. coli, eveneens stelde men het totaal ontbreken van sfinkterfunctie vast met een konstant stoelgangverlies.

Als voorschrift stelde men verder driemaal daags wondbehandeling. Dit bleek bij uitvoering bijna een volledige dagtaak van een verpleegkundige in te houden, zodat rationele methodes ontwikkeld werden. Ter preventie van nieuwe decubiti werd mevrouw op een schuimrubberen matras geïnstalleerd, ze kreeg een wisselhouding dag en nacht om de 2 uur volgens een draaischema. Voor de wondbehandeling werd een drainagesysteem ontwikkeld, zodat de wondverzorging kon herleid worden tot 2 maal daags. In het kort komt het hierop neer dat vanuit een perfusiefles via een leiding het antisepticum rechtstreeks kan gespoeld worden zonder het verband te openen en dit tijdens de draaibeurten om de 2 uur. Met dit systeem bleef het antisepticum zijn werking behouden ondanks aanwezigheid van necrotisch organisch materiaal.

Mevrouw werd twee maal daags opgezet en voor haar faecale incontinentie werd een schema van opstipatie en lavementen uitgewerkt. Eveneens werd dagelijks het debris en lossen necrotische weefseldelen verwijderd met een schaar of bistouri.

3 Maanden na opname was de wonde zo opgegranuleerd en gereinigd dat er kon worden overgegaan tot een rotatieflap, die lukte ondanks de blijvende faecale incontinentie.

In dezelfde periode werden bij haar thuis aanpassingen gedaan om haar mobiliteit te verbeteren en na een bezoek van haar thuisverpleegkundige die haar verder zou opvolgen werd mevrouw ontslagen na 6 maanden hospitalisatie.

Tweede opname

2 Jaar later werd mevrouw doorverwezen vanuit een streekziekenhuis omwille van niet te regelen hyperglycaemies en

sepsis. Na antibiotica en een 800 cal. dieet kon mevrouw ontslagen worden een maand later met een gewichtsreductie van 10 kg.

Derde opname

Weer een jaar later en het begint stilaan vervelend te worden had de patiënte opnieuw een scarale decubitus met blootliggend bot en spieren en werd dezelfde behandeling ingesteld. De reden van het defect was voornamelijk de faecale incontinentie, het gebrek aan gevoel en een volledige passiviteit. Na een maand is de wonde weer operabel en gebeurt er een tweede rotatieflap. Deze opname duurt 4 maanden en weer gaat mevrouw volledig hersteld naar huis.

Vierde opname

Omwille van de jarenlange blaassonde doet mevrouw een uro-sepsis met een koraalsteen in de linkernier welke d.m.v. E.S.W.L. (extracorporele lithotripsie) verwijderd wordt. Dit kon ambulantly maar omwille van haar algemene toestand blijft ze gehospitaliseerd.

Vijfde opname

In december 89 is mevrouw na een verkeersongeval met een armfractuur een tijdlang bedlegerig. Na een korte periode en op verzoek van de patiënte wordt ze weer opgenomen nu met
* decubitus op het sacrum graad 4
* decubitus linker dij graad 2
* decubitus rechter dij met eschara
* beide hielen met loskomende eschara.

De algemene toestand liet niet toe dat patiënte verder verpleegd werd op een gewoon bed, en een Flexicair bed werd aangeschaft. Eveneens bleek direct operatief ingrijpen onmogelijk zodat voor het verwijderen van de eschara Intra-gel onder Flexigrid toegepast werd. De diepere wonden werden behandeld met de hierboven vermelde methode. Na 2 maanden kwam het voorstel van chirurgie: sluiting van de sacrale decubitus door tensor fascia lata flap.

Door de voortdurende problemen met de blaassonde:
permanente cystofix.
Voor de faecale incontinentie:
stoma.

Dit huzarenstukje lukte, alleen de cystifix kon men niet plaatsen. Deze opname duurde 7 maanden. De totale opnameduur gedurende de voorbije 6 jaar bedroeg 19 maanden. Om in de toekomst niet opnieuw in herhaling te vallen werden de volgende afspraken gemaakt: iedere maand komt mevrouw naar de consultatie van Geriatrie ter evaluatie van haar diabetes, en controle van de drukpunten. Momenteel zijn we bijna 2 jaar verder en alles verloopt nog goed. Tot daar deze eerste case.

Case 2

Gert is zelfstandige verpleegkundige en via de huisarts komt ze in contact met Juliëne. Deze 84-jarige dame heeft reeds 15 jaar een ulcus cruris aan het rechter onderbeen. Eveneens heeft ze als onderlingende pathologie diabetes. Ze is weduwe en heeft een dochter die haar éénmaal per week vluchtig komt bezoeken. Mevrouw woont in een verpauperde buurt, krijgt hulp van de burens en warme maaltijden van het O.C.M.W. Ze woont in haar eigen huis waar ze vroeger een kapsalon had.

Via het tijdschrift W.C.S. komt Gert in contact met onze organisatie en vraagt een advies voor de wondbehandeling via de telefoon.

Daar de patiënte maar enkele honderden meters van het ziekenhuis woont komen we tot een afspraak bij de patiënte thuis. Na de voordeur welke steeds open is, komen we in het nog steeds geïnstalleerde kapsalon met daarachter een plaats welke bijna volledig wordt ingenomen met het bed van de patiënte. In de hoek van de kamer ziet men een verzameling verbandmateriaal voldoende om een verpleegafdeling een dag mee te bevoorraden.

Na het verwijderen van het verband vinden we een zeer

vervuild, etterig en stinkend ulcus. De huisarts heeft duidelijk laten verstaan dat zijn therapie-arsenaal op is en pleit voor opname in het ziekenhuis. Patiënte weigert halsstarrig en beweert dat men dan haar huis gaat verkopen. Als behandeling wordt er voorgesteld: hibitane 0,05 in water als nat verband gedurende enkele dagen en hoogstand van de onderste ledematen om het bestaande oedeem te laten verminderen.

Een dag later hebben we op onze afdeling de multi-disciplinaire wondtoer waar ook deze wonde ter sprake komt. De dermatologe is bereid om de toestand van nabij te volgen en bevestigt de ingestelde therapie, bij dit bezoek vonden we de hibitane nog meer verdund in lege spa-flessen omdat het anders zo duur is. En telkens als wij daar komen zit mevrouw juist op met haar benen omlaag. Tijdens het week-end doet mevrouw een sepsis met hoge koorts en wordt dan toch opgenomen via spoedgevallen op onze dienst.

In het ziekenhuis kunnen we nu beter de diabetes en de sepsis t.g.v. een wondinfectie met E Coli en Proteus Mirabilis volgen en na een behandeling met antibiotica kunnen we aan de slag met verdere wondbehandeling en mobilisatie. De wonden granuleren mooi op en we besluiten in deze fase de behandeling aan te passen in onder Flexigrid en daarover Dauerbinde windels om het oedeem te vermijden. Tijdens de opname zien we dat de dochter meer en meer op bezoek komt en verandert geleidelijk de koele relatie van moeder en dochter.

Via onze sociaal-assistente en het O.C.M.W. komt men tot de vaststelling dat de woning onbewoonbaar is en plaatsing misschien de beste oplossing is.

De wondsluiting bereikt zijn voltooiing, mevrouw kan reeds stappen d.m.v. een looprekje, na 2 maanden verlaat ze het ziekenhuis en wordt opgenomen in het rustoord van het O.C.M.W.

Momenteel stelt mevrouw het goed, haar dochter komt regelmatig op bezoek en de wonden zijn geheeld.

Beide patiënten zijn wat extreem doch deze zijn voor ieder van ons niet vreemd. Graag wou ik nu hierover bedenkingen maken:

Multi-disciplinaire samenwerking

Wondbehandeling is niet verdeelbaar in verschillende specialiteiten, waar we moeten naar zoeken zijn de raakvlakken zodat kennis en kunde elkaar aanvullen.

Dat hier voor de verpleegkundige een belangrijke taak is weggelegd is de eerste bedenking. De woorden kennis en kunde zijn geen holle begrippen maar zijn gebaseerd op een dynamisch proces: **Het systematisch verpleegkundig handelen.** Dit proces wat gebaseerd is om iedere handeling in vraag te stellen in functie van de patiënt, dwingt ons tot nadenken, evalueren en leren plannen. Het opent de noodzaak tot bijscholing in begrippen zoals steriliteit, aseptisch werken, technieken en materialen.

Verpleegkundigen staan niet alleen in voor de wondverzorging, zij moeten gesteund worden door andere deskundigen betrokken bij de patiënt en zijn wonde.

Als voorbeeld wil ik refereren naar onze situatie.

Iedere maandag morgen is er een multi-disciplinaire wondtoer, hierbij zijn aanwezig:

- De verantwoordelijke verpleegkundige.
- De hoofdverpleegkundige.
- De zaalarts en eventueel een co-assistent.
- De dermatoloog.

Na een korte bespreking van de verschillende problemen worden al deze patiënten gezien en eventueel therapieën aangepast of voorstellen gedaan naar het consulteren van andere specialisten zoals: chirurgie, traumatologie, bacteriologie. De georganiseerde probleemgerichte multi-disciplinaire samenwerkingsvorm

werpt onmiddellijk vruchten af en biedt de mogelijkheid tot een creatieve samenwerkingsvorm. Uiteraard speelt de patiënt en zijn familie hierin een centrale rol vooral als later mantelzorg noodzakelijk is.

Naar onze collega's thuisverpleegkundigen bieden we de mogelijkheid om tijdens de opname de wondzorg bij te wonen zodat zij reeds voor het ontslag op de hoogte zijn van de te verwachten moeilijkheden.

Verantwoordelijkheden

Hoe zit het nu met de verantwoordelijkheid? De eindverantwoordelijkheid heeft uiteraard de behandelend geneesheer, doch heeft de wetgeving in verband met de beroepuitoefening van verpleegkundigen gezorgd voor enkele veranderingen: namelijk in de lijst van de technische verpleegkundige prestaties die door verpleegkundigen mogen uitgevoerd worden staat naar behandeling van huid en zintuigen:

- Voorbereiding, uitvoering van en toezicht op * aseptische en anti-aseptische wondverzorging
- * de verzorging van stomati, wonden met wieken en drains
- * verwijderen van lossen vreemde voorwerpen uit de ogen.

Het verwijderen van necrotisch materiaal is **geen** verpleegkundige handeling, het is een medische handeling.

Eerder vermelde handelingen zijn dus de verantwoordelijkheid van de verpleegkunde maar dat houdt ook in dat men hiervoor de verpleegkundige ter verantwoording kan roepen indien er zich problemen voordoen. Dus kennis op dit vlak is één van de prioriteiten in onze opleiding.

Kosten-bate analyse

Onze eerste patiënte kostte in 1990 1.700.000 Fr zonder aankoop van het speciale bed wat ongeveer 1.200.000 Fr kostte. Momenteel moet mevrouw nog

150.000 Fr betalen waarvoor zij een afbetalingssysteem heeft aangevraagd. Deze kosten waren te voorkomen door preventieve maatregelen.

Toekomstverwachtingen

Wondverzorging is niet meer in te delen in intra- of extra muros, in de toekomst moet men komen tot een formule van "wondkliniek" waar men ambulant hetzij gehospitaliseerd terecht kan en wat geleid wordt door een multi-disciplinair team. Als verpleegkundige voel ik de noodzaak aan van een specifieke opleiding in wondzorg met een eigen erkenning met name "Clinical Specialist in wondzorg" Als voorzitter van W.C.S. doe ik daarom een oproep op verpleegkundigen zoals U welke wondzorg als een verpleegkundige bekwaamheid en vaardigheid zien om zich aan te sluiten bij onze vereniging.

Ik dank U voor Uw aandacht,
Germain De Keyser