

Opinie uit de praktijk

De redactie is niet verantwoordelijk voor de eventuele waarde-oordelen of voor de interpretatie van beschreven producten en behandelingsmethoden, zoals door de verschillende schrijvers/sters in deze rubriek naar voren worden gebracht. De beschreven patiënten casus is bedoeld als discussiestuk.

Special

Bestaande uit:

1. Wondbehandelingsrapportage door Koos van Rossum.
2. Duidelijkheid in de wondbehandeling. Bespreking van de casuïstiek beschreven in de tot nu toe uitgeven nieuwsbrieven met daarnaast de opvattingen van de W.C.S. door Barry Willemsteyn.

ad. 1 Wondbehandelings rapportage

Dagdienst: patiënt kreeg wisselgigging, wond werd verzorgd.

avonddienst: wond ziet er beter uit, patiënt voelt zich ziek.

Nachtdienst: patiënt sliep goed.

Dagdienst: chirurg is langs geweest, wond is verzorgd.

Avonddienst: eusol is bijna op, wond ziet er vies uit.

Nachtdienst: patiënt sliep goed, is gewassen, eusol is op.

maar vaseline gaas in de wond gedaan.

Rapportage over een patiënt opgenomen met een decubituswond op de stuit, verblijvende op een interne afdeling van een algemeen ziekenhuis. Deze rapportage is letterlijk overgenomen.

Waarschijnlijk herkent u de stijl van rapporteren. Als je eens navraagt bij collega's in andere ziekenhuizen en verpleeghuizen blijkt dat daar vaak op dezelfde slechte wijze gerapporteerd wordt. Met dit schrijven wil ik niet ingaan op de rapportage in het algemeen daar is genoeg goede literatuur over verschenen. Wel wil ik aandacht besteden aan hoe de wondbehandelingsrapportage verzorgd wordt.

Ook daarin blijken grote verschillen te zijn per instelling en soms verschilt het per afdeling in een instelling. Sommige instellingen gebruiken een scoringssysteem, soms gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (b.v. Norton e.a.) soms gebaseerd op ervaringen binnen de instelling. Maar vaak staat er niets op papier en hangt de wondbehandeling af van de interesse en inventiviteit van de dienstdoende verpleegkundige.

Wat kunnen we nu doen om ons als verpleegkundige professioneler op te stellen in deze? Een aanzet kan zijn om binnen een instelling met de verschillende afdelingen voor een bepaald scoringssysteem te kiezen of vaste afspraken te maken over de manier van wondbehandelingsrapportage.

Dit scoringssysteem of rapportagesysteem moet dan wel aan bepaalde eisen voldoen.

1. Belangrijk is het stellen van een verpleegkundige diagnose.
 - het onderkennen van zorgproblemen van de zorgontvanger.
 - feitelijke en mogelijke zorgproblemen opnemen in het verpleegplan.
 (vooral in de preventieve fase is het stellen van een verpleegkundige diagnose van groot belang).
2. Vaststellen van de zorgproblemen samen met andere disciplines.
 - Medische en verpleegkundige diagnose vastleggen op papier.
 - Afspraak maken over elkaars taken in deze.
 - Eventuele zelfzorg van de patiënt hierin betrekken.
 - Afspraak over te gebruiken middelen en daarbij behorende instructie.
 - Manier van registratie afspreken.
 - Afspraak maken over evaluatie en bewaking van zorg.

Met name m.b.t de methode van registratie en evaluatie zijn er verschillende mogelijkheden. Hoe moet je nu beoordelen of er sprake is van wondgenezing en wie en wanneer moet dat beoordelen?

De meest illustratieve manier van registratie is het herhaaldelijk maken van foto's. Dit is natuurlijk niet te realiseren bij elke wond. Soms kan het toch het overwegen waard zijn om op deze manier ook over goed instructiemateriaal te beschikken. Een andere methode kan zijn de wond in te passen in het classificatie model van de W.C.S. Daarbij nauwkeurig de kleur van de wond te beschrijven. De diameter in centimeter of nauwkeurig anatomisch beschrijven. Een hulpmiddel hierbij kan zijn de wond na te tekenen op een stuk doorzichtig flexibel plastic.

Van groot belang is ook de oorzaak van de wond in de rapportage te vermelden. Hier kan weer een preventieve werking van uit gaan. Wat betreft de ingestelde therapie: Het is zaak als behandelend team om minimaal eens per week te beoordelen of de therapie inderdaad de juiste is. Dan ook te evalueren of de therapie ook praktisch goed uitvoerbaar is. Wanneer er resultaten te verwachten zijn of er belemmerende factoren zijn die de genezing beïnvloeden. En wat het belangrijkste is, is hoe de patiënt de behandeling ervaart.

Goede rapportage is van belang voor de continuïteit in de zorg. Het geeft tevens na de behandeling een toetsingsmogelijkheid om een bepaald produkt of een ingestelde therapie te evalueren. Hierna kan men dan bepalen of de gekozen therapie de juiste is geweest of dat er eerder voor een andere therapie gekozen had moeten worden. Wondrapportage moet gezien worden als een op zichzelf staand onderdeel van de totale patiëntenzorg. Binnen de gebruikelijke rapportage is er vaak weinig aandacht voor de wondbehandeling. Daarom is het zaak dat wondbehandelingsrapportage binnen het verpleegplan een eigen zeer belangrijke plaats krijgt.

Goede rapportage kan niet alleen preventief werken, maar kan ook helpen bij de evaluatie van verschillende therapiën. Het classificatiemodel kan ook op dit gebied een eerste stap zijn naar betere patiëntenzorg.

ad. 2 Duidelijkheid in wondbehandeling

Bespreking van de casuïstiek. Beschreven in de tot nu toe uitgegeven nieuwsbrieven met daarnaast de opvatting van de WCS.

Wij hebben nu 8 nieuwsbrieven uitgegeven, waarin patienten casuïstiek is beschreven. Deze patienten casuïstiek bevatte vele behandelingsmethoden en vele behandelingsmiddelen. In de rubriek produktinformatie werden deze genoemde behandelingsmiddelen beschreven.

Dit alles heeft geresulteerd in een enorme opsomming van verschillende behandelingsmethoden en behandelingsmiddelen. Hieruit moge u concluderen dat wij onze eigen doelstelling logenstraffen. Een van onze belangrijkste doelstellingen is immers: „Ordering van onze informatiestroom over wondbehandeling en de daarvoor aangeboden produkten”. Meerdere malen hebben wij beschreven, dat de zorgverleners geconfronteerd worden met een enorm aanbod van lokale behandelingsmiddelen. Deze constatering blijft ook in de toekomst aktueel; Een produktiestop zal immers niet ingevoerd worden. Zonder dat wij een waardeoordeel hebben willen geven werden de volgende (in alfabetische volgorde) 20 produkten beschreven: betadineopl. 10%; betadinezalf; debrisan; duoderm; elaseopl.; elasezalf; eusol; flammazine granugen; metallinge; op-site; povidoniodium zoutoplossing; siliconespray; sprilonspray; tegaderm; unitulle; waterstofperoxide 3%; willospon; zinkoxidezalf.

In de Medifo decubituspecial (uitgeverij Bohn Scheltema) worden 44 produkten beschreven en daar mogen wij inmiddels een x aantal bij optellen. Vooralsnog geen gering aantal. Door vele verschillende produkten en behandelingsmethoden te beschrijven hebben wij de volgende constatering willen aangeven:

1. Er bestaat nog onvoldoende éénduidigheid en duidelijkheid als het gaat om wondbehandeling.
 2. De markt van lokale behandelingsmiddelen is en blijft enorm breed.
 3. Bepaalde produkten worden in een verkeerd indicatiegebied toegepast.
- Ook hebben wij U als lezer een indruk willen geven hoe in verschillende instituten (intra- en extramuraal) gewerkt wordt. Daartoe dient de volgende samenvattingen van de patiëntencasuïstiek:

CASUS nr. 1

Nieuwsbrief nr. 1 1e jaargang. Wondtype: Decubitusdefect bij een patiënt met een onregelde diabetes mellitus. Behandelingslokatie: Ziekenhuis.

Behandeling:

In deze casus werd de behandeling chronologisch en per indicatiegebied (ZWART-GEEL-ROOD) beschreven. De necrose werd op basis van de kweek - E. Coli, gram neg. staven en Clostridium Welchii - chirurgisch verwijderd = behandeling van het zwarte gebied!

Vervolgens werden de volgende middelen toegepast:

- waterstofperoxide 3%, povidon zoutoplossing en debrisan = behandeling van het gele gebied!
 - eusol, betadine, sprilon en metalline = behandeling van het rode gebied.
- De toepassing van preventie kreeg alle verpleegkundige aandacht. Ook stond de totale lichamelijke toestand van de patiënt centraal (o.a. de voedingstoestand en de systematische antibiotische infectie bestrijding).

Conclusie:

Alle facetten van de wondbehandeling kregen aandacht. De middelen werden in een juiste volgorde toegepast.

WCS klassificatiemodel:

Goede aansluiting op deze behandeling.

CASUS nr. 2

Nieuwsbrief nr. 2, 1e jaargang. Wondtype: Een ernstig geïnfecteerd huiddefekt rond een anus praenaturalis ontstaan na verwijdering van een rectumcarcinoom.

Behandelingslocatie: Ziekenhuis.

Behandeling:

Deze casus was een bijzondere complexe. De behandeling werd immers bemoeilijkt door de aanwezigheid van een faeces producerend stoma. Het defekt werd na chirurgisch ingrijpen (o.a. irrigatie) bedekt met in eusol gedrenkte gazen en vervolgens afgedekt met absorberend verband. Deze laag diende als bescherming tegen de ontlasting. De wondranden werden beschermd met Sprilon = behandeling van het zwart-gele gebied. Vervolgens werden de eusol gazen vervangen door betadine gazen en was het inmiddels mogelijk een brug van Combihesive materiaal over het stoma heen te bouwen, zodat de ontlasting geëvacueerd kon worden = behandeling van het geel-rode gebied.

Conclusie:

De beschrijving van deze casus gaf aan dat de verpleegkundigen inventief hebben gehandeld. De casus geeft tevens aan dat de „wondverpleegkundige” regelmatig en intensief dient samen te werken met de stomaverpleegkundige. Zij hebben immers een gemeenschappelijk werkterrein. W.C.S. klassificatiemodel: Goede aansluiting op deze behandeling.

CASUS nr. 3

Nieuwsbrief nr. 3, 1e jaargang. Wondtype: Decubitus defekt. Behandelingslocatie: Verpleeghuis.

Behandeling:

Na een necrotomie werd de wondbodem gespoeld met waterstofperoxide 3% en nagespoeld met fysiologisch zoutoplossing = behandeling van het zwarte gebied. De wondranden werden gemasseerd en gedept met betadine 10%. De wond werd vervolgens drooggeblazen met O₂. Debrisan volgens de „teabag” methode werd aangebracht. Het geheel werd afgedekt met absorberend verband. Antibiotica werd toegediend op basis van een wondkweek. Dit alles werd fysiotherapeutisch ondersteund d.m.v. KROMAYER en U.K.G. = behandeling van het gele gebied.

Conclusie:

Deze defecten zijn zeer nauwgezet en intensief behandeld. Discussabel vind ik het

droogblazen met O₂ en het toedienen van een antibioticum op basis van een wondkweek (zie Conservatieve behandeling van decubitus-Keuzenkamp).

CASUS nr. 4

Nieuwsbrief nr. 1, 2e jaargang. Wondtype: Ulcus cruris venosum. Behandelingslocatie: Polikliniek.

Behandeling:

In deze casus worden een aantal behandelingsmogelijkheden beschreven. De wonden worden gespoeld in een biotexbadje. In het zwart gele gebied worden elase, betadine en flammazine zalf toegepast. In het rode gebied worden granugeen pasta en zinkoxyde kalkwater gebruikt. Alle zalven worden met engels pluksel aangebracht.

Conclusie:

Vraagtekens wil ik plaatsen bij het gebruik van flammazine en betadine in het zwarte necrotische gebied. Elase is in dit gebied geïndiceerd; mits er uiteraard sprake is van vervloeiende necrose. Het raadgeel van engels pluksel heb ik eerder beschreven.

W.C.S. klassifikatie model:

Ondanks dat enkele produkten mijn inziens in een onjuist gebied worden toegepast kan dit model aansluiten op deze behandeling.

CASUS nr. 5

Nieuwsbrief nr. 2 2e jaargang. Wondtype: Decubitus. Behandelingslocatie: Verpleeghuis.

Behandeling:

In deze nieuwsbrief vindt u een beschrijving van protocollen opgesteld door een decubituscommissie. Deze cie heeft een multi-disciplinair karakter. Beschreven zijn:

- Een risicoscoringslijst
- Een indeling in stadia van decubitus
- Richtlijnen voor de behandeling.

Nieuw in te voeren preventieve middelen en behandelingsmiddelen worden door de commissie beoordeeld. Deze opzet van organisatie juichen wij enorm toe, met name als het gaat om de samenstelling van de cie. De indeling van stadia en een aantal behandelingsprotocollen zullen echter niet geheel aansluiten op de richtlijnen opgesteld door het C.B.O. Het verslag gelezen hebbende wil ik opmerken dat er gestreefd is naar duidelijkheid en uniformiteit. Ik hoop dat deze groep in de toekomst ook gaat werken naar landelijke uniformiteit. De consensusbijeenkomst (21 november) en de W.C.S. kunnen en moeten daarbij een belangrijke rol spelen.

CASUS nr. 6

Nieuwsbrief nr. 3 2e jaargang. Wondtype: Ulcus cruris. Behandelingslocatie: Thuisituatie.

Behandeling:

Een succesvolle behandeling wordt hierin beschreven, uitgevoerd door een wijkverpleegkundige. De behandeling bestond uit de volgende onderdelen: spoelen in een sodabad, deppen met fysiologisch zout, de wond droogdeppen, zinkzalf op de wondranden, elase op het defekt, afdekken met non-woven compressen.

Conclusie:

De kleurschakering van de ulcera werden niet beschreven, zodat ik niet beoordelen

kan of de middelen juist zijn geïndiceerd. Ook miste ik de beschrijving van een juiste toepassing van elase. Elase dient immers afgedekt te worden met een in vette substantie geïmpregneerd gaas (unitulle).

CASUS nr. 7

Nieuwsbrief nr. 4, 2e jaargang. Wondtype: Amputatiewond van een voet (amputatie van digitale 1) bij een patiënt met een onregelde diabetes mellitus.

Behandelingslocatie: Een ziekenhuis.

Behandeling:

De wondbodem bevat zwart necrotisch beslag en een gedeelte met geel exsuderend beslag. Het zwarte gedeelte werd behandeld met elase en het gele gedeelte met debrisan onder occlusie aangebracht = behandeling van het zwart-gele gebied. Nadat het exsudaat verdwenen was ging men over op eusol.

Conclusie:

De middelen werden toegepast in een juist indicatiegebied. Wel moet men uiterst omzichtig te werk gaan als het gaat om de toepassing van verschillende middelen in één wond. Het belang van een goede circulatie werd in deze casus goed beschreven. W.C.S. klassificatiemodel:

Goede aansluiting op deze behandeling.

De variëteit in de beschreven casuïstiek gelezen hebbende moet ik concluderen dat het pure noodzaak is het één en ander te ordenen. Dat een herkenbaar classificatiemodel daarbij een belangrijke rol kan spelen spreekt voor zich. Het huidige model kan als basis dienen. Het model dient vervolgens wel aangepast te worden. Commentaren van verpleegkundige collegae en vanuit ons adviescollege dienen te worden verwerkt in een volgend concept. Behandelingsprotocollen dienen gekoppeld te worden aan het model. Tevens zullen de richtlijnen opgesteld door het C.B.O. geïntegreerd moeten worden. Het W.C.S. model moet uiteindelijk resulteren in een voorbeeld van een behandelingsplan.

Voorop dient wel te staan:

- HERKENBAARHEID VOOR VERPLEEGKUNDIGEN -
- PRAKTISCH TOEPASBAAR ZIJN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN -

Barry Willemsteijn