

WONDSPECIALIST IN EEN REVALIDATIECENTRUM LIEVER EEN SCHAPENVACHT DAN EEN OPLEGMATRAS

I. van Beveren*

Wat is je specialisme op wondgebied? Wat wil je nog bereiken? En wat is je wondzorgessential? WCS ondervraagt ieder kwartaal een wondzorgspecialist. Dit keer Henk den Besten, bijna 11 jaar wondverpleegkundige in het Rijndam Revalidatiecentrum in Rotterdam.

JE GEBRUIKT NOG SCHAPENVACHTJES ALS ANTI-DECUBITUSPREVENTIE?

Ja, als overgang tussen een altemerend en een schuimmatras, want de oplegmatrassen als overgangsmatras voldoen niet.

LEG EENS UIT?

Dwarslaesiepatiënten hebben extra risico op decubitus, niet alleen vanwege immobiliteit, maar ook doordat hun spieren zijn verslapt. Hun tuber – dat zijn de zitbeenderen – zitten direct op de huid. Door de dwarslaesie schuiven de spieren weg van de tuber en drukt de tuber op de huid. Dan kun je grote decubituswonden krijgen, graad 3 of 4, waar je soms een vuist in kan stoppen, of dat het oppervlakkig lijkt, maar dat het 8 tot 9 cm ondermijnend is. Pas als die decubitus geheeld is, krijgen ze een mobilisatieschema van ongeveer drie weken. Ze gaan dan van de hele dag liggen naar opzitten.

KRIJGEN DWARSLAESIE-PATIËNTEN BEDRUST BIJ DECUBITUS?

Ja, dat is een groot verschil met

andere instellingen, waar ze in een stoel worden gezet, maar als je geen sensibiliteit hebt en je wilt geen druk op de wond hebben, moeten mensen liggen. Zeker bij grote wonden. Dat betekent dat iemand met decubitus op de zitbeenderen soms wel een half jaar op bed ligt, alvorens te revalideren.

DAT IS EEN TIP VOOR COLLEGA'S, DIE BEDRUST, MAAR HOE LEG JE IEMAND UIT, DIE MIS-SCHIEEN NOG NIET ZOLANG INVALIDE IS, DAT HIJ EEN HALF JAAR BEDRUST KRIJGT?

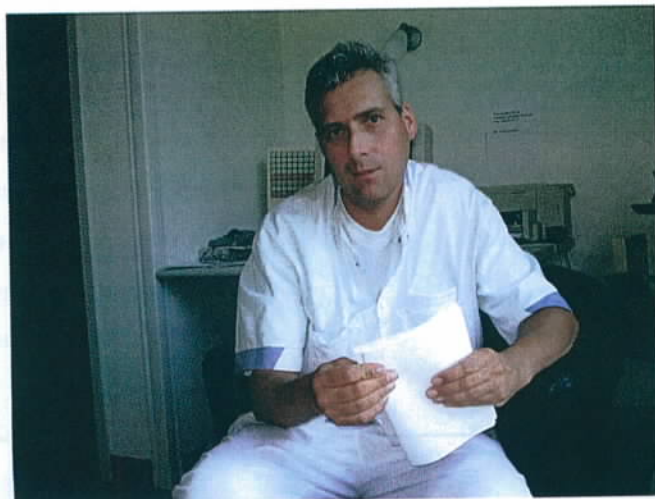
Ik leg uit dat vanuit onze ervaring en expertise dat de enige optie is. Mensen met een goede handfunctie kunnen op een rolbrancard, zodat ze mobiel blijven. Als dat niet kan, brengen we ze met bed naar huiskamer en activiteitenbegeleiding. Je moet wel afleiding bieden. Deze mensen liggen daarom ook altijd op 4 persoonskamer. En soms moet je de psycholoog inschakelen om iemand bij te staan, maar meestal gaat het goed.

EN DAARNA MOBILISEREN OP EEN SCHAPENVACHT?

Ja, want het blijkt heel moeilijk voor deze patiëntengroep om zichzelf aan te kleden op een altemerend matras. Dat is heel instabiel, waardoor ze snel omvallen. Ook zijn de transfers van bed naar stoel en omgekeerd moeilijk doordat het matras zo dik is. Dan kun je een dun oplegmatras gebruiken. Dat is veel stabiel, maar de keren dat ik het heb uitgeprobeerd, kregen mensen weer een rode stuit. Dat krijg je niet op goede schapenvachten van Texelse schapen. Die vachten zijn dik, comfortabel, maar ook duur: ongeveer 100 euro.

IS ER ONDERZOEK GEDAAN NAAR HET NUT VAN EEN SCHAPENVACHT ALS EEN SOORT OVERGANGSMATRAS BIJ DWARSLAESIE-PATIËNTEN?

Nee, maar ik weet dat alle revalidatiecentra de schapenvacht daarvoor gebruiken. Er is geen alternatief. Misschien dat het Repose luchtmatras van de firma Medifix een verschil kan maken. Dat is een dun oplegmatras met een goede drukver-





Dwarslaesiepatiënten met decubitus op de stuit krijgen bedrust in het Rijndam, zodat de druk op de wond weg is. Dit geldt ook voor deze patiënt als hij op 14 juli 2006 wordt opgenomen met een incomplete dwarslaesie en decubitus mellitus. De wondbehandeling bestaat uit Aquacel, afgedekt met absorberend verband.

deling. Het geeft in verpleeghuizen goede resultaten. Als dat ook hier goed werkt, zou het beter en praktischer zijn dan een schapenvacht, want die moet in de was bij incontinentie.

HOE VERKOOP JE DE SCHAPENVACHT AAN DECUBITUSWERKGROEPEN?

In de richtlijnen staat dat de mening van een deskundige of een groep verpleegkundigen kan meetellen, zolang er geen alternatief is voor een zorgprobleem. Dat is hier het geval.

IS ER VEEL VERANDERT IN DE 11 JAAR DAT JE HIER WERKT?

Ja, in het begin werden alle decubituswonden, graad 3 en 4, verbonden met eusol en natte gazen. Op een WCS-cursus hoorde ik dat het anders kon, maar de leiding vond



Follow up foto op 29 juli. De behandeling blijft ongewijzigd. De patiënt krijgt een urineweginfectie en wordt ingestuurd naar het Erasmusmc voor behandeling.



Op 21 juli is de wond verslechterd. De wondbehandeling wordt omgezet naar Hydrogel met een Duodermborder.

moderne verbandmaterialen aanvankelijk te duur. De verzekering betaalt liggeld en revalidatie-uren.

Verbandmiddelen drukken extra op het budget. 'NaCl-gazen werken toch ook', kreeg ik te horen. Uiteindelijk ben ik twee jaar geleden met een revalidatiearts en een verbandmiddelenfabrikant rond de tafel gaan zitten. De fabrikant heeft al het moderne verbandmateriaal dat we zouden gebruiken omgerekend naar een dagprijs en ik berekende wat we kwijt zouden zijn aan twee maal daags een wond verbinden op de oude manier. Daarbij rekende ik ook het arbeidsloon en de arbeidstijd. Toen hebben we twee maanden een test gedaan, waarbij ik consequent bijhield welke middelen ik gebruikte. De uitkomst was dat modern verbandmateriaal 37 procent goedkoper was dan verbinden op de traditionele manier. Inmiddels kopen we onze verbandmaterialen in via het ErasmusMC (EMC). Dat is ook weer



Als de patiënt half augustus terugkeert in het Rijndam heeft de chirurg een necrotomie gedaan, waardoor de wond schoner is. De patiënt mag mobiliseren, omdat de sacrumwond drukvrij blijft in de rolstoel. De wondbehandeling bestaat uit Biatain cavity en een Mepilexborder afgedekt met absorberend verband.



Follow up foto op 23 juli

goedkoper dan eigen inkoop. We moeten nu eenmaal flink op de kosten letten.

DOE JE MEER SAMEN MET HET EMC?

Ja, naast een regionale commissie zit ik ook in de wond- en decubituscommissie van het EMC. Het Rijndam krijgt de grootste patiëntengroep uit dit ziekenhuis. Artsen van het EMC komen regelmatig in het Rijndam langs. Dus patiënten hoeven niet naar het ziekenhuis, tenzij ze erg ziek zijn, want wij hebben geen laboratorium of röntgenafdeling. We houden dwarslaesiepatiënten liever hier, omdat hier beter op zaken als bedhouding en katheteriseren wordt gelet.

HOE BEHANDEL JE DECUBITUS BIJ EEN DWARSLAESIEPATIËNT?

Neem bijvoorbeeld de casus van een man van ruim 130 kilo die in een ziekenhuis steeds acht uur per dag had opgezetten met graad 4 op zijn stuit. Zitten zou beter zijn voor zijn longen, was het argument. De eerste stap is altijd: de wond schoon krijgen. Dat deden we bij deze man met Aquacel en absorberend verband. Daarnaast kreeg hij een kantelbed. Met zo'n ernstige plek mocht hij niet meer op zijn stuit liggen, alleen even tijdens het eten. Dat is bewerkelijk, maar we weten hier allemaal dat je alleen met bedrust tot genezing komt bij deze patiënten. Wel roepen we vrij snel de plastisch chirurg in consult als de wond schoon is. Soms wordt een patiënt op de wachtlijst gezet voor plastische chirurgie. Dan duurt het nog 2 tot 4 maanden voor er plaats is en soms krijg je de wond



Follow up foto's op 6 oktober. De wond is bijna genezen en wordt verbonden met Aquacel en Mepilexborder. Op 19 oktober is de wond volledig genezen.

dan in de tussentijd dicht. Bij sacrumwonden zetten we mensen, als de wond schoon is, met hun blote billen in de rolstoel met de rugleuning weggeklapt. Dat klinkt misschien raar, maar alleen dan kun je zien of het sacrum vrij in de stoel zit. Ook kun je dan zien of de wondranden niet te strak gespannen zijn, want dan geneest de wond ook niet. Als de wond helemaal vrij is, begint iemand met een revalidatieschema. Mensen met decubitus op de zitbeenderen houden bedrust tot de wond helemaal dicht is.

IS ER EEN STANDAARD-BELEID?

We zijn nog niet zover dat alles protocollair is vastgelegd, maar we gaan dat wel op korte termijn doen. Ik doe wel de wondenrondes in huis. In mijn afwezigheid neemt een vaste collega het van me over. Alleen werkt zij in wisseldiensten. Ik werk alleen overdag. Dus als ik op vakantie ben geweest, kan het wel eens gebeuren dat een wond weer op de ouderwetse manier wordt verbonden met NaCl-gazen.

WAT WAS JE PATIËNT MET DE MOEILIKSTE WOND?

Ik had een patiënte met MS en een dwarslaesiebeeld, dus met weinig gevoel in haar benen en stuit. Ze had negen maanden in een ziekenhuis had gelegen op een zandbed. Ze was meermalen geopereerd en kwam bij ons met een oppervlakkige decubituswond op haar stuit, die maar niet dicht wilde. Door alle operaties en een slechte bloedvoorziening van haar stuit vindt de chirurg opereren niet meer zinvol.

Deze vrouw heeft huidproblemen, misschien door de droge lucht van het zandbed. Ze heeft constant smetplekken. De ene keer mobiliseert ze en als haar decubitus erger wordt, krijgt ze weer bedrust. Inmiddels zit er een streptokok in de wond en ben ik op een punt dat ik het ook niet meer weet. Alle verbandmiddelen zijn geprobeerd. We overleggen nu met een zuurstofcentrum in Rotterdam om de wond met zuivere zuurstof te behandelen.

WAT IS JE GROOTSTE SUCCES?

Dat zijn er meerdere, wonden graad 3 of 4, waarvan de plastisch chirurg zei: 'Dat krijg je nooit dicht'. Bijvoorbeeld bij een insulineafhankelijke patiënt, die met graad 4 stond ingepland voor plastisch chirurgie op beide hielen. Na drie maanden waren de wonden dicht. Gewoon met Kaltostat en een Versiva hielverband. Dan is het een kwestie van volhouden en bij hypergranulatie zilvernitraat gebruiken, want vanuit de wondranden vindt genezing plaats. Het is fijn als de wond dan tegen de verwachting in geneest. Dat is een klopje op je schouder. Ik word nu ook al door oud-dwarslaesiepatiënten opgebeld. Ze weten: 'Als je een wond hebt, moet je Henk bellen'.

WIL JE EEN CONSULT-FUNCTIE BEREIKEN IN DE TOEKOMST?

Ja, ik wil officieel decubitusconsulent in huis worden met een transmurale functie. In Hoensbroek hebben ze dat al, want wondconsulent voor dwarslaesiepatiënten is een specialisme op zich. Maar eerst moet mijn functie in huis van de grond

komen. De directie is inmiddels overtuigd van het nut daarvan. En verder zou ik de EMC-opleiding voor wond- en decubitusconsulent willen doen, maar dat kost 7000 euro, dus ik ga eerst meer cursussen bij WCS en verbandmiddelenleveranciers volgen.

TOT SLOT: WAT IS JE WONDZORGESSENTIAL?

Dat is het teamverband. Wondzorg doe je met je collega's, de revalidatiearts, de ergo- en fysiotherapie. Samen kijk je of iemand wel of niet op zijn zij of buik kan liggen. Het gaat dus niet alleen om wondzorg, het is het totaalplaatje. Je moet weten wat iemand kan bij een dwarslaesie, letten op kleding: geen naden en kreukels. Het mag geen drukplekken geven. Dus liever ook geen incontinentiemateriaal. We tillen liever iemand tien keer op bed om te verschonen, want van incontinentiemateriaal krijg je heel snel smetplekken. Dat kost veel inzet van verpleegkundigen, maar het geeft enorm veel voldoening als je een wond voorkomt of dichtkrijgt.

*Irene van Beveren