

'ALLES KOMT TERUG. IK ZIE "IJS EN FÖHNEN" OOK NOG WEL TERUGKOMEN.'

INTERVIEW MET DERMATOLOOG DR. F. HEULE

I. van Beveren*

Dermatoloog Dr. F. Heule is voor verpleegkundigen die de Opleiding tot Wond- en Decubitusconsulent volgen in Rotterdam geen onbekende. Evenmin voor degenen die in het verleden een cursus bij hem volgden via de WCS. Eind dit jaar legt hij zijn functie neer in het Rotterdamse ErasmusMC, niet vanwege zijn leeftijd, 58 jaar, maar vanwege gezondheidsredenen. Bij zijn vertrek een gesprek over onder meer de kennis die wondverpleegkundigen in huis moeten hebben en wat er de afgelopen jaren is veranderd in de wondzorg.

EERST WIL IK GRAAG WETEN OF U VERBONDEN BLIJFT AAN DE OPLEIDING TOT WOND- EN DECUBITUSCONSULENT?

'Ja, natuurlijk blijf ik daaraan verbonden. Dat vind ik één van de leuke, concrete projecten van de laatste tijd. Indirect is het een mooie vorm van patiëntenzorg. In de opleiding zitten alle aspecten van wondzorg, zoals statistiek en iets over wat ik de basale principes van wondgenezing noem.'

WAT VERSTAAT U ONDER DE BASALE PRINCIPES VAN WONDGENEZING?

'Vroeger ging je gelijk met een wond aan de slag, zonder dat je goed kon zeggen wat er precies gebeurde. Je wist dat een wond kon ontstaan door een uitwendig trauma en dat er bij bepaalde ziektes wonden voorkomen, maar wat er nou precies gebeurt als er een wond ontstaat bij de ziekte van Crohn, of bij diabetes mellitus – dat was onbekend. Nu zijn er tipjes van de sluier weggetrokken, maar we – dus óók de verpleegkundigen – moeten nog veel verder met research, totdat het hele ontstaan van wonden in kaart is gebracht.'

MAAR IEDERE WOND IS TOCH ANDERS?

'Ja, het hangt ook samen met de individuele patiënt, maar in een opleidingstraject probeer je te generaliseren. Dus: patiënten met suikerziekte hebben vaak dat type wonden. Daar zijn bijzonderheden bij, zoals: hoelang heeft de patiënt suikerziekte? Zijn de bloedsuikers goed te regelen? Houdt de patiënt zich aan zijn dieet? Zitten zijn schoenen strak? Rookt hij? Dat maakt de behandeling tot een individuele benadering,



maar je moet eerst de grote lijnen weten: de oorzaken, uitgeschreven in tien punten met een advies, waar iedereen zich aan moet houden. Vervolgens gaat de wondzorg verder. Kun je patiënten motiveren om te stoppen met roken? Moet je dat als wondverpleegkundige in je mars hebben? Ik vind van wel. Daarom wil ik in dit opleidingstraject de psychologie van patiënten beter in kaart krijgen.'

IS PSYCHOLOGIE DAN EEN ONDERGESCHOVEN KINDJE IN DE WONDZORG?

'Je moet de juiste attitude hebben om met heel verschillende mensen om te kunnen gaan. Je moet je kunnen verplaatsen in een patiënt. Als je tegen een patiënt zegt dat hij nieuwe schoenen moet kopen, omdat de oude te strak zitten, dan ben je niet goed bezig als je kunt zien dat die patiënt nauwelijks genoeg geld heeft om te eten. Of een ander voorbeeld: niets over kanker zeggen tijdens wondverzorging terwijl je hebt gelezen in de status dat je patiënt kanker met huidmetastasen heeft.'

ZE ZEGGEN ALTIJD DAT VERPLEEGKUNDIGEN EMPATHISCHER ZIJN DAN DE GEMIDDELDE ARTS.

'Ja, maar het gaat erom die kwalitei-

ten bij elkaar te voegen. Empathie mag niet ontaarden in met de patiënt meehuilan zonder tot inzicht te komen wat er aan de hand is. Het gaat om inzicht en samenwerking met de arts. Samen een plan maken en zorgen dat een patiënt terugkomt op de poli, want die patiënt heeft kanker, waar veel aan gedaan kan en moet worden.'

HOE BELANGRIJK IS TEAMOVERLEG?

'Het is een nieuwe benadering in de wondzorg. Vroeger werd wel gezegd: 'Elk verband verbergt een foute diagnose'. Toen was je iemand die snel verbond om door te gaan naar de volgende patiënt, want het was druk en de wachtkamer zat vol. Nu werk je in een team. Het is samen kijken: hoe was de situatie de vorige keer? Welk verband wordt gebruikt? Is de lijn die we volgen goed?'

ZIJN VERPLEEGKUNDIGEN GOED IN TEAMBESPREKINGEN?

'Ze moeten het leren. Vroeger maakte de verpleegkundige het verbandje los en wachtte tot de arts langskwam. Dan deed ze drie stappen terug, totdat de dokter zei wat er moest gebeuren. Zijn beleid wilde ze correct uitvoeren, maar ze kon zijn handschrift niet lezen in de status.' Dat gaat wringen, als je niets zegt.

IS DAT NIET PASSÉ: HET BEELD VAN DE ARTS OP EEN VOETSTUK EN DE TIMIDE VERPLEEGKUNDIGE?

'Het is een schets van de werkelijkheid, die niet geldt voor gespecialiseerde wondverpleegkundigen, maar voor anderen wel. Ik confronteer ze ermee, want als je niet weet waar je zwakke plekken liggen, kun je niet veranderen. Ze schrikken er soms

van, of ze zeggen dat ze dat weten. En sommige oudere artsen zijn juist makkelijker geworden en zien in elke verbandwisseling kans om verpleegkundigen wat uit te leggen. Als we verpleegkundigen meenemen en trainen on the spot, dan heeft een arts het daarna veel makkelijker. Toch kan een verpleegkundige die op de afdeling chirurgie heeft geleerd om onder leiding van een arts dood weefsel weg te knippen, dat misschien niet doen op de afdeling geriatrie, omdat de arts daar dan wel bevoegd is, maar niet bekwaam. Hij zou op herhaling moeten.'

WONDVERPLEEGKUNDIGEN ZEGGEN VAAK DAT ZIJ MEER VAN WOND- ZORG WETEN DAN DE GEMIDDELDE ARTS.

'Ja, dat is een spanningsveld. Artsen zijn daarvoor getraind en vinden dat ze in de rol van 'ik weet het beter' moeten stappen. Er komt een generatie verpleegkundigen aan, en dat is nu al aan de gang, die zich steeds verder specialiseert. Jonge artsen kunnen niet om hen heen ook al hebben ze de eindverantwoordelijkheid. Waar het om gaat, is in een team werken. Dat is een vak apart, waarin nota bene in militaire opleidingen aandacht aan wordt geschonken. In andere beroepen wordt er veel te makkelijk van uit gegaan dat teamwork iets vanzelfsprekends is. Dat is niet waar. Kijk maar in maatschappen welke problemen er kunnen spelen.'

BENT U BEZIG AAN BIJSCHOLINGS- CURSUSSEN WONDZORG VOOR ARTSEN?

'Dat is taaie materie. De doelgroep is in eerste instantie de verpleegkundige, maar menige arts kan daar een voorbeeld aan nemen.

Wondzorgconsulenten zie je in steeds meer grotere instellingen. Zij bepalen mee welke verbandmiddelen er in huis komen, of welke anti-decubitus matrassen. Ze overleggen het protocol voor wondbeleid met artsen. Om zo te werken moet je veel in huis hebben als verpleegkundige. Je moet pragmatisch zijn, handelingsbekwaam en je moet kunnen onderhandelen, zodat verouderde technieken eruit gaan. Dat vraagt om

overtuigingskracht en veel kennis.'

DAT ZIJN ANDERE VERPLEEGKUNDI- GEN DAN HET AFWACHTENDE TYPE- TJE DAT U ZOJUIST SCHETSTE.

'Dat klopt. De meesten in de opleiding zijn al wat ouder, maar ik heb er een paar die beginnend zijn. Ze zijn jong en overzien niet het hele veld, maar anderen zitten al twintig jaar op een poli chirurgie en hebben nog zelden een brandwond gezien.'

MOET ELKE WOND- EN DECUBITUS- CONSULENT KENNIS HEBBEN VAN BRANDWONDEN?

'De opleiding levert allrounders af. De stages komen nog. Dat zijn de kinderziekten van een opleiding die net begint. Je kunt je ook afvragen of stomazorg in het curriculum van deze opleiding moet.'

VINDT U STOMAZORG ONDERDEEL VAN DE OPLEIDING?

'Een stoma is een chirurgisch gemaakte wond. Het is een open verbinding, waar omheen materialen worden gebruikt die lijken op wondzorgproducten. De huid wordt beschermd, maar kan geïrriteerd raken. Er zijn dus veel overeenkomstige aspecten. Hier in huis worden stomazusters WIS-consulenten genoemd. Dat staat voor Wond-, Incontinentie- en Stomazorg. Ze weten veel van wondzorg. Ik pleit ervoor stomazorg in de opleiding op te nemen. Dat is nu nog niet het geval.'

IN DE OPLEIDING RICHT U ZICH VOORAL OP DE PSYCHOSOCIALE ASPECTEN VAN DE WONDZORG. WAAROM?

'Dat is wat ik nog niet geëxploreerd heb en waar ik in het gewone medische werk weinig tijd voor had. Met psoriasispatiënten heb ik bij een medicijn een 'kwaliteit van leven'-onderzoek laten meelopen. Ik wil dat ook in de wondzorg doen, maar dat project is nog niet goed van de grond gekomen.' Onderzoek doen is ook een leerproces!

LEGT U EENS UIT?

'Bij psoriasis behandel je met een medicament, waarvan ze zeggen dat de aandoening ervan verbetert, maar

eerst kijk je hoe het leven met psoriasis ervoor is. Hoe erg is de hinder? Zijn er slapeloze nachten, minder sociale contacten? Jeuk? Je kunt 30 items bedenken, scoren, dan medicijn x geven en nogmaals scoren. Als de lijst van 90 naar 30 procent daalt, is de kwaliteit van leven verbeterd. Bij wonden is dat echter lastiger na te gaan, want welke parameters zijn dan geschikt? Om een voorbeeld te noemen: na endolaseren bij spataderen geneest de wond binnen zes weken. Als dat niet gebeurt, onderzoek je waarom niet. De patiënt zegt dat hij zo moe is. Dan blijkt hij bloedarmoede te hebben, waardoor de wond niet goed is genezen. Begrijp je? Bij wondgenezing grijpen heel veel dingen in elkaar. Daarom is een vragenlijst voor wonden nog niet ontwikkeld, zoals ze er wel zijn voor "angsten en ziektebeelden". We blijven er echter aan werken omdat we denken dat dit op termijn veel inzicht geeft in wondzorg. Om nog een voorbeeld te geven: als een wond pijn doet in rust, of alleen bij de verzorging dan wordt de pijnbestrijding daarop afgestemd, maar als pijn wordt veroorzaakt door angst voor amputatie werken pijnstillers niet. Dan is het beter om een psycholoog in te schakelen. Pijnscoremeting is een stap, maar misschien is er nog een stap nodig alvorens tot juiste medicatieafspraken te komen.'

TOT SLOT: WAT IS U IN RUIM TWINTIG JAAR ALS DERMATOLOOG HET MEEST BIJGEBLEVEN?

'Dat dingen zich eindeloos herhalen. Wat ik vijftien jaar geleden als een vorm van decubituspreventie introduceerde, wordt nu met veel bombastie op de markt gebracht. Een poeder om de huid droog te krijgen, verpakt in een zalf. Het is een mooi product, maar toen ik het introduceerde werd gezegd: 'We smeren niet meer. Of het nu Lanette is, of iets nieuws, we hebben dat pad verlaten en alles wat ermee te maken heeft wantrouwen we.' Ik heb geleerd dat alles in een golfbeweging gaat. Alles komt terug. Als ik maar lang genoeg blijf zitten, zie ik "ijs en föhnen" ook nog wel terugkomen.'

***Irene van Beveren**