

## WONDSPECIALIST OP EEN ACADEMISCHE POLI 'WE ZIEN DE LAATSTE TIJD VEEL VASCULITIS'

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 Wilna Maarleveld (58). Ze is al 23 jaar werkzaam op de poli Dermatologie in het Amsterdamse Academisch Medisch Centrum (AMC).**

### KAN EEN VOORMALIG HOOFD- VERPLEEGKUNDIGE WOND- SPECIALIST ZIJN?

'Wonden zijn mijn hobby. Dat klinkt misschien raar, want als voormalig hoofdverpleegkundige word je misschien geacht om als generalist bezig te zijn, niet als specialist. Maar ik heb geen specialistische opleiding tot wondverpleegkundige. Dat was er voorheen nog niet. Ik heb me de wondzorg eigen gemaakt. Het is een prachtig vak.'

### HOEVEEL PROCENT VAN JE WERK BESTAAT UIT WONDZORG?

'Dat is ongeveer 20 procent. Omdat ik een jong team heb, doe ik op dit moment veel aan supervisie, ook aan arts-assistenten. Ook instrueer ik verzorgenden in omringende verzorgings- en verpleeghuizen op het gebied van wondbehandeling. Dat is in het kader van een zorgvernieuwingproject. Je ziet nu dat ze in die huizen anders omgaan met wonden. Als cliënten vallen en ze hebben een wondje aan hun been, dan wordt nu, in tegenstelling tot een paar jaar terug, meteen een therapie gestart met siliconenverband of vet gaas, zodat de onderliggende huid niet wordt beschadigd. Daardoor hebben mensen minder pijn. Dat is geweldig. Daar doe ik het voor.'

### WAT VOOR WONDEN ZIE JE VOOR- AL?

'Als onderdeel van een academisch ziekenhuis zien we op de poli vooral de moeilijkere wonden op het gebied van de huid, waar dermatologen in de regio geen heil meer in zien. Veel patiënten hebben ulcus cruris. Ze worden ingestuurd na het falen van normale wondbehandelingsprocedures.'

### DAT IS LEKKER MAKKELIJK VOOR BEHANDELAARS IN DE REGIO. ULCUS CRURIS IS TOCH ALTIJD LASTIG TE BEHANDELEN? WAAROM DAN NAAR HET AMC?

'Ulcus cruris geneest inderdaad niet van de ene op de andere dag. Het is een chronische wond, maar patiënten en zeker hun familie zijn veel mondiger dan vroeger. Ze kijken op internet, of ze horen via via dat het AMC een grote poli voor huidziekten heeft. Dan willen ze doorverwezen worden, of ze komen voor een second opinion.'

### DUS JE ZIET EIGENLIJK ALTIJD MOEILIJK TE BEHANDELEN WON- DEN?

'Ja, dat is inherent aan de polifunctie van een academisch ziekenhuis. En mensen worden ouder. De gemiddelde leeftijd van onze poli-patiënten is

75-80 jaar. Deze mensen hebben vaak niet alleen veneuze, maar ook arteriële problemen. Dat is een complicerende factor, die vraagt om een andere aanpak.'

### WAT WAS VOOR JOU DE PATIËNT MET DE MOEILIJKST TE BEHANDE- LEN WOND?

'Ik weet nog dat ik een verpleegkundige behandelde. Ze had een grote wond van 15x15 cm aan het onderbeen, die al enige tijd bestond. Ze droeg therapeutische kousen tegen het oedeem. Aanvankelijk wilde ze niets horen van opname of het afnemen van biopt. Dus was het aanmodderen de eerste weken. Geen enkele behandelmethode sloeg aan. En ze had veel pijn. Eigenlijk vond ik de houding van deze patiënte het lastigste: ik vond de zorg niet meer verantwoord. Pas toen we een verkleuring rond de wondranden zagen, stemde ze in met het afnemen van biopt. De uitslag bevestigde het vermoeden dat het om vasculitis ging.'

### WAT IS VASCULITIS?

'Het is een ontsteking van de bloedvaten. Wonden die daardoor ontstaan geven heel veel pijn en hebben een slechte genezingsstendens. Mensen moeten vaak met prednison behandeld worden, zoals de vrouw





die ik behandelde. We zien de laatste tijd vrij veel vasculitis.'

#### **KWAM VASCULITIS VROEGER MINDER VAAK VOOR?**

'Ik kan me het niet herinneren het ooit te hebben gezien vroeger, maar misschien werd er toen minder aandacht aan besteed. Het AMC heeft sinds eind 2006 een Vasculitispoli in samenwerking met de afdeling Reumatologie.'

#### **HOE ZIE JE HET VERSCHIL TUSSEN VASCULITIS EN ULCUS CRURIS?**

'Ulcus cruris geeft minder pijn, tenzij de wond ontstoken is. En je ziet bij wondbehandeling en compressie-therapie al snel een lichte verbetering. Bij vasculitis zie je een blauwpaarse verkleuring rondom de wond en mensen geven veel meer pijn aan. Zoveel pijn, dat je tot morfinepreparaten aan toe nodig hebt. Bij die patiënte hebben we ook wondbedekkers geprobeerd met pijnstillende medicatie, maar niets hielp afdoende.'

#### **HOE GING HET VERDER MET DEZE VASCULITISPATIËNTE?**

'Ze is uiteindelijk opgenomen en kreeg bedrust. Haar wond werd 3x daags verzorgd volgens het transplantatiebeleid: uitknepen gazen, gedrenkt in fysiologisch zout. Dat is een heel ouderwetse manier, maar in combinatie met bedrust krijg je wonden heel snel schoon ermee en het oedeem verdwijnt. Normaal gesproken genezen schone wonden met puntbiopten. Dan worden met een soort kleine appelboortjes kleine stukjes huid van het bovenbeen in de wond gezet, waardoor hij sneller dichtgroeit. Bij deze wond kon dat niet, hij was te groot, dus werd het een plastic.'

#### **WAT WAS JE GROOTSTE SUCCES OP WONDGEBIED?**

'In een van de verpleeghuizen heb ik een vrouw behandeld met een circulair ulcus cruris, dus rondom haar been. Deze patiënte was 98 jaar. Na veel behandelingen uitproberen, ben ik overgegaan op een zilververband. En dat hielp. Ze kon thuis blijven, naar de kapper en de bingo, zonder dat ze nog last had van haar been. Ik

vond het prachtig om te zien dat haar kwaliteit van leven zo verbeterde. Uiteindelijk is die wond zelfs helemaal dichtgegaan. Dat vind ik een van mijn grootste successen.'

#### **JE ZIT AL LANG IN HET VAK, IS ER DOOR DE JAREN VEEL VERANDERD?**

'Ja, toen ik kwam waren de hydrocolloïden net in opkomst. En flammazine mocht 25 jaar terug beslist niet langer dan 14 dagen worden gebruikt. Er werd gedacht dat mensen resistent konden worden of ze zouden het niet kunnen verdragen. En nu is het: 'Gaaf het goed? Never change a winning team.' En de opkomst van prachtige wondverbanden, die zorgverzekeraars te duur vonden, terwijl je daardoor een wond nog maar 1 of 2 keer hoeft te verbinden in plaats van dagelijks. Als je ziet hoe het zwachtelmateriaal is verbeterd, geweldig. Ik moet er niet aan denken nog te moeten zwachtelen zoals vroeger.'

#### **IS JE PATIËNTENPOPULATIE ERG VERANDERD?**

'Vroeger zagen we meer mensen voor compressietherapie, want de populatie vrouwen met kraambenen wordt minder. 35 Jaar terug moesten vrouwen 15 dagen in bed blijven als ze waren bevallen. Die vrouwen kregen vaak trombose – kraambenen in de volksmond – dat was het begin van veneuze insufficiëntie, waardoor je ze later terugzag met ulcus cruris.'

#### **GING DECUBITUS VROEGER WEL DICHT MET IJS EN FÖHNEN?**

'Je had vroeger van die decubituswonden waarbij je tot op het bot keek, die zie je nu niet vaak meer. Of die wonden genazen, herinner ik me niet meer. Wel weet ik dat ik een periode in een kleine verpleeginrichting heb gewerkt na mijn A-opleiding. Ik weet nog dat er veel mensen in bed zaten met kleine decubitiesplekjes. Maar er werd verdroogd, regelmatige po-rondes gedaan en de stuit werd 3x daags opgefrist. We wreven met kamferspiritus, waarmee je de huid vreselijk ontvet, maar er was goede voeding. Niet van dat instellingseten, maar dagelijks vers klaargemaakt. En er was tijd om mensen eten te geven. Die combina-

tie is erg bepalend voor decubitus: goede verzorging en voeding, hoewel je decubitus niet altijd kan voorkomen als er bijvoorbeeld met bloedleegte en lage tensie langdurig wordt geopereerd.'

#### **HEB JE VEEL CONTACT MET JE JONGERE COLLEGA-WONDSPECIALISTEN?**

'Ja, heel veel. Voorheen was het natte vingerwerk of een verband wel of niet goed werkte. Dankzij de jonggarde is er nu het 'evidence based'-gecombineerd met het 'practical based'-werken. Ik vind dat heel goed. Ik registreer nu ook mijn patiënten en de behandeling die wordt gegeven. Dat geeft inzicht in wat een goede aanpak is. Daarnaast heb ik door ervaring een fingerspitzengevoel ontwikkeld. Op een gegeven moment weet je dat iemand geen ulcus cruris heeft, maar dat er iets anders aan de hand is, bijvoorbeeld automutilatie. Puur op basis van ervaring.'

#### **HEB JE EEN VOORWERP DAT ESSENTIEEL IS VOOR JE WONDZORG?**

'Ik geloof niet dat ik echt een voorwerp heb. En als je een product bedoelt, dan ben ik in dat opzicht erg verwend in huis, want alle nieuwe producten zijn hier. Ik kan alles uitproberen. Dat is heerlijk. Wat ik ook belangrijk vind, is dat ik veel ruimte krijg om jonge artsen in opleiding te superviseren. Kennisoverdracht vind ik belangrijk voor goede wondzorg. En misschien nog belangrijker: plezier in je werk. Dat is echt essentieel om je werk goed te kunnen doen.'

#### **WAT WIL JE NOG BEREIKEN?**

'Ik wil met mijn kwaliteitsmedewerker kijken of we nog betere zorg kunnen leveren. We zien op de poli ongeveer 30.000 herhaal- en 6000 nieuwe patiënten per jaar. Volgend jaar groeien we verder, maar de ploeg verpleegkundigen is gelijk gebleven, terwijl het aantal doktersistenten de afgelopen jaren is verdubbeld. Zij doen het werk dat voorheen door verpleegkundigen werd gedaan. Dat vind ik een slechte zaak. Een verpleegkundige kijkt beter naar



wat haalbaar is voor een patiënt. Kan een patiënt wel naar de poli komen? Kan hij of zij de wondzorg wel thuis aan? Zijn er mantelzorgers? Een verpleegkundige is opgeleid met een holistische visie, een dokterassistent niet.'

#### HEB JE NOG TIPS?

'Bouw een goed netwerk om je heen en doe dat niet alleen op je afdeling, want als mensen van baan veranderen, dan ben je ze weer kwijt. Ik heb mijn netwerk in huis en in het land. Het is heel belangrijk om je zorg met

gelijkgestemden te kunnen overleggen en te delen. Ik heb het al eerder gezegd: kennisoverdracht is ontzettend belangrijk voor goede wondzorg.'

\* Irene van Beveren



Stadia van genezing bij vasculitis aan het onderbeen