

## WONDSPECIALIST IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN 'ALLEEN IN ZIEKENHUIZEN SPANNENDE WONDCASUÏSTIEK? ECHT NIET!'

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 Carla van Dijk, bijna verpleegkundig, maar al zes jaar ziekenverzorgend (zv) decubitus- en wondzorgconsulent bij de Zorgcirkel, een koepel van drie verpleeg- en acht verzorgingshuizen in de regio waterland in Noord-Holland.**

### EEN ZV'ER ALS WOND-SPECIALIST?

'Ja, ik ben in 2000 gestart als wondconsulent. Ik was een vreemde eend in de bijt tussen alle verpleegkundigen. Er kwamen ook vragen bij het landelijke netwerk van wondverpleegkundigen, of een zv'er daar wel bij mocht? Op basis van mijn ervaring werd ik toegelaten. Ik werk al 23 jaar in deze instelling. Ik heb dat een tijdje gecombineerd met werk in het Waterlandziekenhuis in Purmerend, waar ik veel te maken had met de wondverpleegkundige. Daardoor vond ik het steeds belachelijker dat de wondzorg in mijn verpleeghuis erbij werd gedaan door artsen. In overleg met mijn toenmalige afdelingshoofd in het verpleeghuis en de verpleeghuisartsen kreeg ik een jaarcontract voor vier uur wondzorg per week. Dat ging goed en toen werd het een contract van 16 uur voor onbepaalde tijd.'

### WAAROM BEN JE DE HBOV GAAN DOEN?

'Eigenlijk' ging ik de opleiding tot medisch praktijkondersteuner doen. Tijdens de introductie werd gezegd

dat er een gecombineerde opleiding praktijkondersteuner/hbov zou komen. Mijn denkniveau is op hbo-niveau, dat staat ook in mijn contract, maar ik had geen diploma, dus het leek me goed dat te halen. Uiteindelijk is die opleiding nooit van start gegaan, maar er is een list bedacht waardoor ik toch beide opleidingen kon combineren. Inmiddels heb ik de opleiding tot praktijkondersteuner behaald en in november ben ik klaar met de hbov. Ik werk 22 uur als praktijkondersteuner, gecombineerd met mijn werk als wond- en decubitusconsulent.'

### WAT IS JE SPECIALISATIE?

Dat heb ik niet. Je ziet hier allerlei wonden, waaronder veel decubitus en ulcus cruris. Je hoort wel eens zeggen: "Alleen in het ziekenhuis is spannende wondcasuïstiek. Nou, echt niet. Ze zouden eens hier moeten kijken.

### WELKE WOND VOND JE HET MOEILIJKST?

Mijn probleem- en mijn succeswond is hetzelfde verhaal; een patiënt met

een necrotiserend been door heel slechte vaten. Het was echt heel vreselijk. Deze man kwam erg ziek bij ons en de arts overwoog een amputatie. Dat wilde de patiënt niet, vermoedelijk omdat hij niet kon inschatten wat er met hem aan de hand was. Deze man was immobiel door ernstig reuma. Door een vergroeiing in zijn hals kon hij zijn necrotische been niet zien. Dus toen heb ik een foto gemaakt en hem zijn been laten zien op het scherm van het foto toestel. Dat was heel verhelderend. Binnen een dag had hij tot amputatie besloten. Hij knapte vrij snel op van de operatie, maar had op de hiel van zijn goede been decubitus ontwikkeld, met een wond die zijn voet in fistelde met veel necrotisch beslag. Het zat zo diep dat de arts er niet bij kon voor een necrotomie. De chirurg zei opnieuw: "Amputatie", maar de patiënt wilde dat absoluut niet. Ik heb toen madentherapie voorgesteld. Dat was nieuw voor ons, vier jaar geleden. We hebben eerst geïnformeerd naar de prijs, want alle kosten die je maakt drukken op het verpleeghuisbudget. De zorgverzekeraar betaalt





[Foto 1: necrotisch been]. Door een vergroeiing in zijn hals kon de patiënt zijn necrotische been niet zien. Van Dijk heeft een foto gemaakt en hem zijn been laten zien op het scherm van het fototoestel. Binnen een dag besloot hij tot amputatie.

niet extra voor wondtherapie in een verpleeghuis. Uiteindelijk hebben we steriele maden over laten vliegen uit Engeland. Ik had nooit madentherapie gedaan. Wel had ik me er flink in verdiept. Ik deed de handeling omringd door artsen die allemaal wilden meekijken. We hebben de wond vijf keer met maden behandeld. Toen was de wond schoon en uiteindelijk is de wond ook dicht gegaan. Dat was geweldig.'

### WAT VOND DIE PATIËNT VAN DIE MADEN?

'Hij zei: "O, ik heb al een keer maden gehad." Het was een boer. In zijn andere been had hij in de buitenlucht via een vlieg per ongeluk maden in zijn wond gekregen. Ik hoor die verhalen vaker van mensen. In het verpleeghuis komt het natuurlijk niet zo snel voor, maar buiten op het land komt het voor als een wond niet is afgedekt. En die maden wil je natuurlijk uit de wond hebben, die zijn niet steriel.'

### MAAK JE VAAK FOTO'S VOOR PATIËNTEN?

'Ja, als je een wond niet kan zien, doet het alleen maar pijn, maar soms ook niet. Mensen hebben dan geen idee wat er aan de hand is. Dan maak ik een foto en laat de wond op het scherm zien. Ik print de foto nooit uit, want dat is vaak veel te confronterend. Zo'n scherm is

klein en een stuk vriendelijker, maar essentieel bij je uitleg en goed voor therapietrouw. Zeker bij decubitus en ulcera, omdat het heel lang kan duren voordat zo'n wond dicht is.'

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

'Geen voorwerp, ik denk dat mijn "essential" vooral mijn patiënt is. Logisch zul je zeggen, zonder patiënt geen wond, maar ik bedoel te zeggen dat ik niet alleen van de wond uitga, maar goed naar mijn cliënt kijk en luister. Ik kan wel een mooie plakker geven, maar als iemand ondervoed is, of terminaal is, dan is er misschien iets anders nodig. Je moet dus heel goed kijken, is je wondzorg preventief, curatief of palliatief?'

### MAAR JE KIEST TOCH ALTIJD VOOR VERBANDMATERIAAL?

'Ja, natuurlijk. Ik had een half jaar terug een mevrouw met een gezwel in haar lies, bloemkoolvormig met veel bloedingsgevaar. Het was lastig te verbinden en het begon ook te ruiken. Dan is het enige waar ik op gericht ben de geur, dat wegnemen, zodat die mevrouw en haar omgeving nog zo'n prettig mogelijke tijd heeft. Pijn wegnemen is ook belangrijk en je zorgt dat er donkerblauwe handdoeken zijn voor het geval een bloeding ontstaat. Op onze termina-

le unit zijn ze heel alert op dit soort dingen. Op donkerblauw ziet rood er minder naar uit dan op een wit matje of handdoek.'

### HEEFT HET BEPERKTE BUDGET VAN HET VERPLEEGHUIS INVLOED OP JE MATERIAALKEUZE?

'Bij infecties kweek je altijd in een ziekenhuis, maar wij doen dat bijna nooit. Wij observeren vooral heel goed, maar als ik dure materialen noodzakelijk vind in het belang van mijn patiënt, dan kan het ook. Negatieve druk is dus mogelijk, ook al ben ik er niet dol op, mijn ervaringen zijn niet echt positief. Als een patiënt echter weinig last van de wond heeft, kies ik voor een therapie die minder kostbaar is en even goed werkt, hetzij wat langzamer. Een patiënt is hier toch langere tijd. Ik kijk altijd naar de kostprijs van mijn materialen, tenslotte moet je van het liggeld alles doen – eten, drinken, liggen, verzorging – er is geen extra budget voor verbandmateriaal. Dus ik ben kritisch.'

### OPEREER JE ZELFSTANDIG?

'De verpleeghuisarts is natuurlijk eindverantwoordelijk, maar ik heb meer expertise door mijn ervaring. De artsen hebben dit deel van hun werk aan mij afgestaan. De samenwerking is fantastisch. Het is ook wel dat een verpleeghuisarts mij belt om te vragen of ik naar een patiënt wil kijken. We werken ook regionaal veel samen met het ziekenhuis, de thuiszorg, een instelling voor geestelijke gehandicapten en huisartsen.'



[Foto 2: hiefstiel] Op de hiel van zijn goede been had hij decubitus ontwikkeld, met een wond die zijn voet in fistelde met veel necrotisch beslag. Het zat zo diep dat de arts er niet bij kon voor een necrotomie. Van Dijk heeft met succes madentherapie toegepast.



[Foto 3: liestumor] 'Een mevrouw had een gezwel in haar lies, bloenkoolvormig met veel bloedinggevaar. Het was lastig te verbinden en het begon te ruiken.'

### WAT DOEN JULLIE REGIONAAL?

'We werken transmuraal. Als er bijvoorbeeld een wond is bij iemand die van het verpleeghuis naar huis gaat, dan kan ik heel makkelijk aan de wondverpleegkundige van de thuiszorg doorgeven wat ik al heb geprobeerd en wat er nu op de wond gaat, zodat ze niet opnieuw van alles gaan proberen. We doen ook aan

teleconsulting bij de chirurg en dermatoloog van het Waterlandziekenhuis. De chirurg komt in het verpleeghuis voor kleine ingrepen. Dat is prettig voor pg-patienten. Het ziekenhuis ziet die mensen liever niet komen en wij willen ze liever niet laten gaan, omdat ze dan veel verwarder terugkomen. De chirurg komt met name voor uitgebreide wondtoiletten.'



[Foto 4: oedemateuze benen/liestumor] Ernstig oedemateuze benen maakte het verbinden van een liestumor extra gecompliceerd.

### JULLIE HEBBEN OOK EEN GEZAMENLIJKE SITE GEMAAKT.

'Ja, [www.wondenwijzer.nl](http://www.wondenwijzer.nl). Nee, dat is geen concurrentie voor WCS. Wij willen alleen dat anderen het wiel niet hoeven uit te vinden. Wie een nieuw protocol nodig heeft, kan het overnemen van onze site, mits je natuurlijk de bron vermeldt. Op de site staat heel toegankelijke informatie voor iedereen van huisarts tot verzorgende.'

### JE HEBT OOK EEN PROTOCOL "SMETTEN" GESCHREVEN. DAT KOMT VAN PAS NU.

(INTERVIEW IS TIJDENS HITTEGOLF - JULI 2006)

'Ik denk dat nu zeker 30 procent van de cliënten gesmet is en onder mensen met overgewicht is het percentage hoger. Het is irritant en pijnlijk. Door de jeuk gaat de huid kapot. Als er jeuk is, is er schimmel, die moet je met anti-schimmelcrème behandelen. Dan is het met een dag of drie wel minder. Het belangrijkste is om ervoor te zorgen dat er geen huid-op huidcontact is en dat er goed wordt gedroogd na het wassen, dus engels pluksel tussen huidplooiën, of een katoenen shirt eerst met daarover een bh.'

### WAT IS JE GROOTSTE SUCCES?

'Dat ik mijn functie zelfstandig heb gecreëerd in huis. Wat ook een succes is, denk ik, dat je als zv'er heel veel kunt bereiken. Het loont als je ergens helemaal voor gaat.'

### HEB JE NOG TIPS?

'Kom naar het congres over onze website [www.wondenwijzer.nl](http://www.wondenwijzer.nl) in januari. De datum en locatie worden nog bekend gemaakt op de site.'

\* Irene van Beveren

Wondbeelden afkomstig van collectie Carla van Dijk