

WONDSPECIALIST IN DE TRANSMURALE ZORG 'MIJN ZORG STOPT PAS ALS DE WOND DICHT IS'

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 Tjeerd Plantinga, Verpleegkundig Specialist wondzorg bij de Zorgschakel, de transmurale onderneming van Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo en thuiszorgaanbieder in de regio Midden-Twente Carint.

Waarin verschilt het werk in een transmurale onderneming van andere instellingen?

Mijn wondzorg houdt niet op als een patiënt het ziekenhuis verlaat, maar stopt pas als de wond dicht is. Die vorm van transmurale of ketenzorg is nodig. Anders kan het bijvoorbeeld gebeuren dat een patiënt onnodig lang thuis vacuümtherapie krijgt.

Is het niet lastig werken met alle verschillende instanties?

Onze kracht is dat mijn collega haar roots heeft in de thuiszorg en ik in het ziekenhuis, waardoor we beide organisaties goed kennen.

Je werkt 3 jaar bij de Zorgschakel; wat deed je daarvoor?

Ik ben 12 jaar verpleegkundig specialist wondzorg op de afdeling Vaatchirurgie van het Streekziekenhuis Midden Twente. Ik werk daar nog steeds 50 procent en de rest

van de tijd bij de Zorgschakel.

Wat doe je daar precies?

Mijn werk valt onder bureau Zorginnovatie van De Zorgschakel. Dat houdt in: het ontwikkelen van transmurale protocollen, scholen van collega's, die me ook in consult kunnen roepen. Ik werk daardoor bij patiënten thuis, in het ziekenhuis op de verpleegafdelingen, of op de poli tijdens het wondspreekuur twee keer per week, of ik assisteer de chirurgen op de operatiekamer (ok).

Op de ok?

Ja, we hebben een groep jonge chirurgen die erg innovatief bezig is. Op wondbehandelingsgebied werken we veel samen en ik help op de ok als er grote wonden onder narcose worden verzorgd.

Wat voor wonden zijn dat dan?

Bijvoorbeeld open buiken. De chirurgen besluiten tegenwoordig om

bij een grote wond na operatie gelijk vacuümtherapie aan te brengen. Er is een speciale vacuümtechniek, abdominal dressing genaamd, waarbij dergelijke grote wonden vervolgens meerdere keren per week worden gespoeld en verschoond. Dat gebeurt onder narcose, anders is het te pijnlijk.

Maar steeds narcose is toch ook niet niks?

Dat klopt. We hebben hier een mevrouw behandeld met een erg grote wond aan haar bovenbeen. Ze was in het verleden bestraald in het rectumgebied. Het laagste deel van de darmen was daardoor zo beschadigd dat een gat was ontstaan met een abces dat draineerde naar haar been. Deze mevrouw heeft een stoma gekregen. Voor de behandeling van haar wond moest ze drie keer per week onder narcose voor spoeling. Het was een enorme wond, vanaf haar onderrug tot haar knieholte. De behandeling heeft bijna vier weken geduurd. Die mevrouw





kon daar op het laatst haast niet meer tegen. Vooral van het wachten op de ingreep werd ze erg gespannen. Gelukkig zie je zulke wonden niet wekelijks. Het zijn wonden waarvoor het alternatief amputatie is. De beenwond van die mevrouw is nu grof gehecht en ze loopt weer met een rekje naar het toilet. Dat is een successtory.

Genezen dergelijke grote wonden altijd?

Vaak wel, al kan er wel een jaar overheen gaan. Maar je praat ook wel over enorme wonden die alleen dankzij de vernieuwingen op wondgebied gesloten kunnen worden. Dat is misschien wel het mooiste van mijn vak: dat je door innovatie zo'n vooruitgang boekt.

Is er veel ruimte voor innovatie?

Ja, de chirurgen staan er open voor. Mijn collega en ik kunnen veel nieuwe producten invoeren, zonder dat we commentaar krijgen dat het te duur is. Vacuümtherapie van KCI is bijvoorbeeld niet goedkoop. Wij hebben bijna dagelijks 3 tot 4 pompen staan in het ziekenhuis en vorig jaar zijn we een project gestart om ook bij mensen thuis vacuümtherapie te geven. De zorgverzekeraar vergoedt dit nog niet thuis, dus het geld daarvoor komt uit het budget zorg-

innovatie van de Zorgschakel, maar dat is ontoereikend. En toch gebeurt het, waarmee ik maar wil zeggen dat er veel ruimte is voor innovatieve wondzorg.

Is vacuümtherapie je specialisatie op wondgebied?

Nee, niet speciaal, maar ik ben wel in vacuümtherapie gespecialiseerd geraakt, omdat het de afgelopen vijf jaar steeds vaker wordt gebruikt, vooral bij chronische wonden.

Dus bij chronische wonden vacuümtherapie?

Dat is onzin, het is geen heilig product op zich, maar als een wond dichtgaat, gebeurt het met vacuümtherapie vaak twee keer sneller dan op de traditionele manier. Maar soms lukt het niet. Dan moet je ermee stoppen. En je moet ook altijd kijken of patiënten kunnen omgaan met een pomp, zeker als het thuis gebeurt. Soms zijn mensen ondanks goede voorlichting niet therapietrouw. Dan zetten ze de pomp uit omdat ze er last van hebben. Je ziet dat op de urenteller van de pomp. Maar dat zijn uitzonderingen, de meeste patiënten zijn zeer gemotiveerd.

Wat vind je de moeilijkste wonden om te behandelen?

Oncologische wonden. Je moet niet de fiducia hebben om een wond dicht te krijgen. Je komt bij mensen die weten dat ze binnen een bepaalde tijd overlijden en dan hebben ze ook nog een ulcus waar ze zich soms voor schamen. Wat je doet is klachten verminderen, zoals pijn-, geuren en vochtbestrijding.

Wat zijn de mooiste wonden om te behandelen?

De nieuwe behandelingen voor wonden veroorzaakt door circulatieproblemen, die bestaat uit eerst necrose verwijderen – vaak met madentherapie – vervolgens vacuümtherapie en tot slot een plastic erop. Dan duurt het nog wel een paar weken voor de wond dicht is, maar dat is veel sneller dan voorheen. Bij een patiënt was laatst een groot necrotisch ulcus cruris op deze manier na drie weken gesloten.

Is dat je grootste succes?

Nee, misschien is dat toch wel die mevrouw met die beenwond die ik eerder noemde. Of een enigszins vergelijkbare casuïstiek: er was een bus over de arm van jonge vrouw gereden. Haar arm hing alleen nog met huid en pezen aan elkaar. Toch hebben de chirurgen daar weer een arm van kunnen maken. Op de wonden ging op de ok gelijk vacuümtherapie. Dat was knip en plakwerk van stukjes spons om alle wonden te sealen. Na de vacuümtherapie ging er ook weer een plastic op. De wond is toen vrij snel genezen. Ik heb die vrouw onlangs nog gezien en ze heeft de functie van haar arm en hand voor 75 procent terug. Dat blijf ik prachtig vinden, zulke resultaten.

Je hebt ook een consultatieve functie: wat voor advies vragen collega's?

Vaak is het ter controle of ze de wondzorg goed doen. Of ze willen informatie over materialen, bijvoorbeeld hoe ze geur kunnen bestrijden, want middelen als flagylgel of Rozex zijn nog niet overal ingeburgerd.

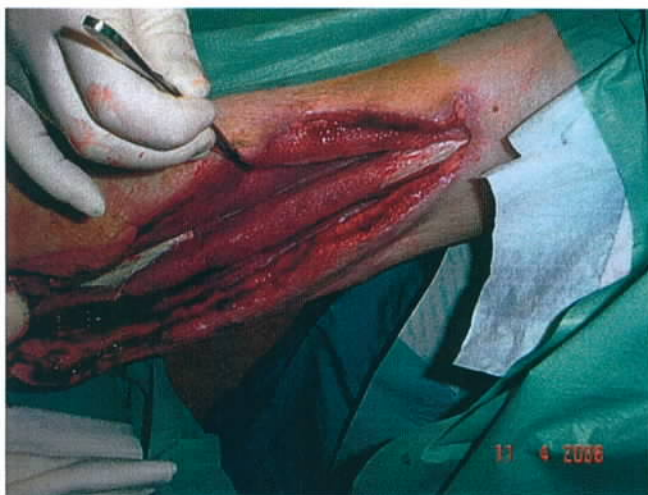
Hebben verpleegkundigen weinig kennis van wondzorg?



'We hebben hier een mevrouw behandeld met een erg grote wond aan haar bovenbeen. Voor de behandeling van haar wond moest ze drie keer per week onder narcose voor spoeling.'



'Op de ok is vacuümtherapie op de beenwond aangesloten.'
Deze foto's zijn gemaakt op 24 maart 2006



Deze foto's zijn gemaakt op 11 april 2006

Dat valt wel mee, maar het valt ze niet altijd mee om hun kennis up to date te houden. En ja, ijzen en föhnen komt nog voor. Al zijn het uitzonderingen. Anderhalf jaar geleden stelde een verpleegkundige van een kleine particuliere thuiszorginstelling me voor om daarmee te beginnen. Ik heb haar toen gevraagd of ze al lang uit het vak was geweest. Ze was herintreedster. 10 jaar eruit geweest. Haar kennistekort was geen onwil. Particuliere thuiszorginstellingen schieten als paddenstoelen uit de grond. Het belangrijkste is productie draaien en de scholing komt daar pas achteraan.

Hoe staat het met kennis van decubituszorg?

Het schort over de hele linie wel eens aan preventieve kennis. Ook in ziekenhuizen wordt niet altijd adequaat gehandeld. Als iemand bijvoorbeeld spinaal anesthesie krijgt, bestaat een groot risico op hakdecubitus. Dan moet je altijd preventief een goed AD-matras inzetten. En toch gebeurt dat niet altijd, terwijl behandeling van decubitus veel duurder is dan de preventie ervan.

Wat doe je aan scholing?

Er is een nieuw transmuraal decubitusprotocol in onze regio ontwikkeld. We zijn met een scholingstraject bezig voor de implementatie ervan. Dat gaat via e-learning: vaardigheidstrainingen met een start- en een eindtoets, waartussen duidelijke

verschillen meetbaar zijn. Dus het werkt. Vanaf juni gaan we 1000 verpleegkundigen en verzorgenden verder scholen in kleine groepjes per keer.

Wat vind je een essentieel voorwerp voor je wondzorg?

Net als mijn voorgangers in deze rubriek wil ik toch graag eerst mijn collega's noemen, al zijn ze geen voorwerp. Zonder hen is er geen goede wondzorg. En mijn voorwerp is een camera, want wondbehandeling leunt zwaar op visuele waarneming. Transmuraal betekent vaak op afstand. Ik kan niet door de telefoon een wond beoordelen, daar heb je foto's voor nodig met een omschrijving. Er zijn al vergevorderde plannen om teleconsulting te gaan doen in de regio. Ook verwacht ik dat er met de invoering van het EPD (elektronisch patiënten dossier) steeds meer foto's in de verslaglegging worden opgenomen.

Wat wil je nog bereiken?

Ik wil me graag 100 procent inzetten op het gebied van wondzorg. Er is een aanvraag voor het implementeren van een permanente registratie van het decubitus prevalentieonderzoek. In die aanvraag is personeel berekend en ik zou dat graag gaan doen, maar ik wil niet alleen een bureaufunctie. Je moet als wondverpleegkundige contact houden met de dagelijkse praktijk.

Is dat je tip voor anderen?

Ja. En wat ook heel belangrijk is dat je altijd het belang van je patiënt goed in het oog houdt. Het mag niet zo zijn dat zorg niet wordt uitgevoerd door bureaucratie, onwil of omdat iemand daardoor minder in de melk te brokkelen heeft. Het gaat om de beste zorg voor je patiënt.

*** Irene van Beveren**

Wondfoto's afkomstig van collectie Tjeerd Plantinga