

WONDSPECIALIST IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS 'IK WEET DAT IK NIET ALLES VAN MIJN VER- BANDJES MOET VERWACHTEN'

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 Elianne Luyckx, decubitus- en wondconsulent in Ziekenhuis Lievensberg in Bergen op Zoom.

Wat heb je bereikt in je vier jaar als decubitusconsulent?

'Goede prevalentiecijfers. Toen ik begon was dat heel slecht: 42,2% in 2001 terwijl het landelijk gemiddelde voor algemene ziekenhuizen toen 22,3% was. In 2005 was het 15,4%, onder het landelijk gemiddelde van 17%.'

Dan mag je wel trots zijn. Waarom was het prevalentiecijfer eerst zo slecht?

'Er was weinig aandacht voor preventie, wel voor decubitus die al ontstaan was. Ziekenhuis Lievensberg doet vanaf het begin in 1998 mee aan het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus van de Universiteit Maastricht. Toen bleek dat de uitkomst slecht was, kwam er een vacature voor een consulent om de prevalentie omlaag te krijgen.'

Dat was een uitdaging. Wist je hoe je het moest aanpakken?

'Ik kwam van een afdeling vaatchirurgie, waar patiënten niet arterieel lijden, bijvoorbeeld door diabetes,

hun been dreigden te verliezen. Juist die mensen hebben een verhoogd risico op decubitus. Ik wilde daar graag wat aan doen. De werkgroep van het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) heeft me daarbij geholpen. Het is geen erkende opleiding, maar je leert wel hoe je iets moet aanpakken en wat je verwachtingen mogen zijn. Er werd me verteld dat het implementeren van een nieuwe werkwijze zeven jaar kost. Ik ben nu vier jaar bezig, dus het gaat goed.'

Hoe ben je te werk gegaan?

De eerste anderhalf jaar heb ik het bestaande decubitusprotocol met hulp van onze decubituscommissie aangepast aan nieuwe CBO-richtlijnen, die net waren gepresenteerd. Tegelijkertijd ben ik begonnen met twee keer per week langs de afdelingen te gaan om hun werkwijze te achterhalen. In het begin ben ik heel veel aan het bed geweest met instructie en scholing, zonder beleidend te zijn. Daardoor werd mijn aanwezigheid langzaam maar zeker geaccepteerd.'

Was veel kennis verouderd?

'Decubitus kun je soms voorkomen door simpelweg een kussen onder benen te leggen. Ik kom nog uit de periode dat zoiets absoluut niet mocht. Daar kon je trombose door krijgen. Dat hoor ik soms nog van verpleegkundigen. Dus de nieuwe regels zijn een hele omslag.'

Wat is er nog meer veranderd?

'Heel veel. Om wat voorbeelden te noemen: op alle bedden liggen preventieve matrassen: traagfoam. En patiënten met heupfracturen boven de 75 jaar krijgen daarbij gelijk een luchtmatras. Verder worden mensen tijdig gemobiliseerd en ik heb anti decubitus (ad) -zitkussentjes gekocht, want uit het prevalentieonderzoek bleek dat die er bijna niet waren. Een patiënt wil echt zijn bed niet uit, als hij pijn heeft. En ook heel belangrijk: de diëtiste wordt nu ingeschakeld.

Waarom de diëtiste?

Bij het laatste prevalentieonderzoek





bleek 27 procent van onze patiënten ondervoed. We hebben veel gedaan om decubitus te voorkomen, maar de omgeving Bergen op Zoom is een dubbel vergrijsd gebied. Veel ouderen wonen in dure serviceflats en besparen soms op eten.'

Hoe weet je of iemand ondervoed is?

'Je schakelt de diëtiste in als je een patiënt opneemt die een verzwakte indruk maakt en bij ouderen laten we standaard totaal eiwit en albumine bepalen. Daaraan zie je gelijk of iemand ondervoed is. Voeding is echt ontzettend belangrijk. Ik kan alles inzetten tegen decubitus, maar dat betekent weinig als er niet gevoed wordt. Veel verpleegkundigen weten dat inmiddels en schakelen automatisch de diëtiste in, maar artsen moet je daarin wel eens opvoeden. Als een ernstig zieke obese

patiënt een week aan de beademing heeft gelegen met hoge koorts, dan steiger ik als de specialist zegt: sondevoeding stoppen en een 800 Kcal dieet. Ik zie ook wel dat die patiënt te dik is, maar afvallen kan later ook nog. In die week op de IC is die patiënt ondervoed geraakt. Je zet niet iemand op dieet die zo ziek is geweest en moet revalideren.'

Wat is het decubitusbeleid buiten het ziekenhuis?

'We hebben regionaal beleid gemaakt. In 2002 is een transmurale werkgroep opgericht. De regionale richtlijnen zijn twee jaar terug gepresenteerd en we hebben al twee keer een regionaal symposium gehouden.'

Zie je het effect daarvan in de regio?

'Het verpleeghuis doet al jaren mee aan het prevalentieonderzoek en ook daar verbetert het resultaat, ondanks de beperkte middelen. De verpleeghuisarts heeft zitting in de transmurale werkgroep en er zijn twee decubitusconsulenten aangesteld. De thuiszorg heeft een vakgroep van wijkverpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in wondzorg. Zij zijn mijn contactpersonen.'

Allemaal successen, geen enkel minpuntje?

'Ik had nooit verwacht dat het hebben van een specialistische functie automatisch weerstand kan oproepen. Afgunst. De eerste twee jaar was ik vooral met decubitus bezig. Later werd ik ook steeds vaker betrokken bij de behandeling van chronische wonden. Ik draai nu op verzoek van de vaatchirurgen vier uur per week mee op de poli voor chronische wonden, maar er zijn specialisten in huis waarvan verpleegkundigen mijn naam amper mogen noemen. "Ik ben de arts en ik bepaal het beleid", hoor ik dan. Ze vinden dat gespecialiseerde verpleegkundigen de maatschappij alleen maar veel geld kosten. In het begin was ik geïntimideerd, maar nu pak ik de telefoon, als ik vind dat het beleid van een arts de patiënt niet ten goede komt. Waarom schrijf je voor dat een wond drie keer per dag moet worden verbonden, als het ook drie keer per week kan met een vochtige wondbehandeling? Ik geef advies, want de arts bepaalt het beleid, maar ik pleit wel voor een beter beleid, in het belang van de patiënt en van de verpleegkundigen, want zij hebben het wel heel erg druk met erg zieke oude mensen.'

Liggen er dan zoveel oudere mensen?

'Ja, je ziet het ook terug in de prevalentiecijfers. Je meet ook de leeftijd van je risicopopulatie. Die leeftijd stijgt enorm. Met het huidige overheidsbeleid van minder bedden per ziekenhuis en ligduurverkortung liggen er dus vooral nog erg zieke oude mensen. Daarbij komt nog dat de curatieve zorg anders is dan 15 jaar geleden. Nu wordt bij een patiënt



van 102 jaar met een collumfractuur nog een prothese ingebracht. Vroeger gebeurde dat niet.'

Chronische wonden verzorg je nu ook. Heb je jezelf overbodig gemaakt als decubitusconsulent?

'De poliwerkzaamheden zullen steeds meer tijd in beslag nemen en decubituszorg wordt een consult-functie, maar ik blijf mijn rondje als decubitusconsulent twee keer per week maken, zeker op de risicoafdelingen en de afdeling vaatchirurgie. Mijn verschijning alleen al kan voor een patiënt betekenen dat hij 5 minuten later een ad-kussen onder zijn billen krijgt. Verpleegkundigen associëren me met decubitus. Dat wil ik erin houden.'

Speelt er voor jou zoiets als een moeilijkste wond?

'Ja, dit gebied is berucht om darmkanker. Ik zie zo drie tot vier keer per jaar mensen met rectumcarcinoom. Zij worden eerst bestraald en daarna geopereerd. Een grote wond in een bestraald gebied rondom de bilnaad geneest heel moeilijk. Soms gaat er wel anderhalf jaar overheen. Dat is heel belastend voor een patiënt. Bovendien mag er niet nabe-handeld worden met chemotherapie als de wond niet dicht is. Ik heb dat een keer meegemaakt bij een patiënte die slechts 1 metastase in haar lever had. Ze is uiteindelijk overleden. Haar dunne darm hing deels uit haar rectumwond. Heel erg.'

Hoe behandel je zo'n moeilijke wond?

'Bij bijna al deze patiënten streven we naar vacuümtherapie. Dat wordt gelukkig vergoed thuis, zodat dit kan met hulp van de thuiszorg. We gaan er niet langer dan 6 weken mee door en we lassen vaak een rustpauze in. Mensen slapen er minder goed door. In die rustfase ben ik een groot voorstander van honing. Honing is ook nog eens heel betaalbaar in zelf-vorm. Ik gebruik honing op veel wonden. Ik heb er decubitus, diabetische voeten en ulcus cruris mee dichtgekregen. Maar het kan voorkomen dat het bij de volgende patiënt niet dat effect heeft. Ik heb ook niet de illusie dat ik alle wonden dicht kan krijgen. Ik heb ook geen product dat alles voor me is. Wondbehandeling is heel individueel.'

Heb je wel een voorwerp dat essentieel is bij je wondzorg?

'Nee eigenlijk niet. Wat ik essentieel vind is een holistische visie: we behandelen geen wonden, maar een mens met een wond. Ik streef ernaar om de algemene conditie van mijn patiënten zo goed mogelijk te krijgen. Als dat niet lukt, moet ik niet al teveel van mijn verbandjes verwachten.'

Wat is je grootste succes? Het terugdringen van de decubitusprevalentie?

'Nee, dat ik het vertrouwen heb gewonnen hier in huis en daarbuiten. Maar je hebt gelijk als je zegt dat daardoor de prevalentie omlaag is gegaan. Vorig jaar werd ik gebeld door de directeur van het ziekenhuis

die me feliciteerde toen de prevalentiecijfers bekend waren. Dat is leuk, maar ik hoef niet zo nodig in de belangstelling te staan. Tegelijkertijd denk ik wel als de intensivist me belt om te overleggen: "Wauw, dat heb ik nu bereikt".'

Wat wil je nog bereiken?

'Ik blijf het liefst in deze functie werken met uitbreiding van de poliklinische wondzorg. Ook wil ik nog de mastersopleiding decubitusconsulent in Rotterdam volgen.'

Heb je nog tips voor anderen?

'Laat je ondanks alle drukte niet gek maken en houdt vast aan je verpleegkundige holistische visie.'

*** Irene van Beveren, tekst en foto's**

[Grafiek: Landelijke Decubitus Prevalentie Onderzoek Universiteit Maastricht: zie pagina rechts]

