

MET VAC-THERAPIE TERUG NAAR PSYCHIATRISCHE INSTELLING

J. Rosier*

Op een psychiatrische verblijfsafdeling verwacht je niet direct VAC-therapie. Voor de verpleegkundigen op een van verblijfsafdelingen van GGZ 's-Hertogenbosch was het in ieder geval iets nieuws toen Marco Warbout, verpleegkundig specialist somatiek bij GGZ 's-Hertogenbosch, hun medewerking daarvoor vroeg. Het ging om een bewoonster die uit het ziekenhuis terug kon naar haar eigen plek in de psychiatrische instelling, mits de VAC-therapie daar kon worden voortgezet.

DE PATIËNT DE PSYCHIATRISCHE INSTELLING IS HAAR THUIS

Een 70-jarige bewoonster van een verblijfsafdeling van GGZ 's-Hertogenbosch kan uit het ziekenhuis met ontslag na een mamma-amputatie. Ze heeft een niet-genezen operatiewond die ongeveer twintig bij zeven centimeter beslaat en veel vocht produceert. De vrouw woont al tientallen jaren op de verblijfsafdeling. Ze is zwakbegaafd, vertoont dwangmatig gedrag, herhaalt alles, en voelt zich alleen op haar gemak bij een duidelijke dagindeling en in een herkenbare omgeving. Eten, drinken en lopen kan ze zonder hulp, bij de verdere ADL heeft ze hulp nodig.

VOORGESCHIEDENIS MAMA-CARCINOOM

Eind februari 2005 gaat de patiënt naar de huisarts vanwege eczeem ter hoogte van de rechter tepel. Na doorverwijzing constateert de chirurg dat ze een mamma-carcinoom heeft en dat volledige borstampatie met lymfekliertoilet nodig is. Eind maart 2005 vindt de operatie plaats. De postoperatieve wondgenezing raakt verstoord doordat de patiënt zelf kort na de operatie de wonddrains verwijdert. Er ontstaat een wondinfectie en de wondranden gaan fors uiteen wijken (foto 1). Naast behandeling met antibiotica wordt de wond in het ziekenhuis twee keer per dag gespoeld met fysiologische zoutoplossing en verbonden met een alginaat. Dit verband reinigt de wond en kan het overvloedige exsudaat opnemen. Het wordt afgedekt met absorberend ver-

band.

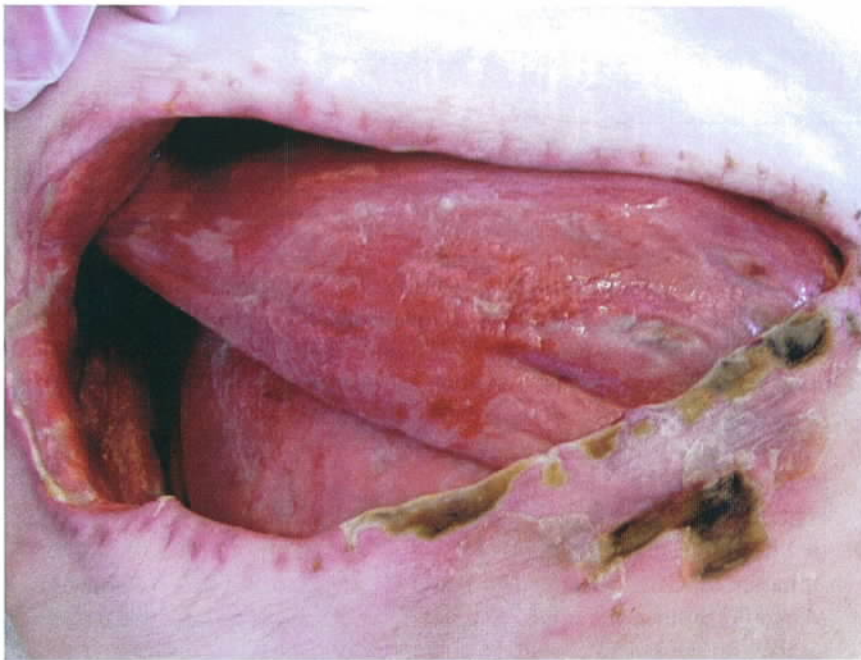
Half april overlegt het ziekenhuis met de verpleegkundig specialist somatiek bij GGZ 's-Hertogenbosch, Marco Warbout. Samen met een collega zet hij het beleid uit voor de verpleegkundige somatische zorg van de ongeveer 800 cliënten die permanent in de instelling wonen, en zij coördineren ook de wond- en decubituszorg. Op een aantal afdelingen werken verpleegkundigen met wond- en decubituszorg als aandachtsveld. Die sturen de wondzorg op afdelingsniveau aan, en kunnen voor advies terecht bij de twee verpleegkundig specialisten somatiek. Door deze organisatiestructuur is op de afdeling waar de patiënt woont voldoende deskundigheid om het voorgeschreven wondbeleid uit te voeren. De patiënt kan dus met ontslag.

HALF APRIL ONMOGELIJKE WOND- BEHANDELING

Het eerste dat bij de wondzorg opvalt is de grootte van de wond: een gat van ongeveer twintig centimeter breed waarin de spieren direct zichtbaar zijn. Op sommige plaatsen is het weefsel bedekt met dun, geel beslag. De wond loopt ver door onder de huid (foto 2). In hoeverre de patiënt zelf is aangedaan door de operatie en de wond is niet te peilen. Ze laat geen enkele emotie blijken. Alleen als verpleegkundigen het nadrukkelijk vragen, kijkt ze naar de wond, maar aan niets valt te merken dat het haar iets doet. De wond interesseert haar niet. Die manier van reageren is gewoon voor deze patiënt. Evenmin laat ze merken dat ze pijn heeft. Als pijnstilling krijgt ze in ieder geval wel vier keer daags 500



1. Begin april. Kort na de borstampatie blijkt dat de operatiewond geïnfecteerd is. Al snel wijken de wondranden fors uiteen.



2. Half april. In de wond zijn spieren zichtbaar. De wond loopt ver door onder de huid. Het spierweefsel is op veel plaatsen met wat geel beslag bedekt.

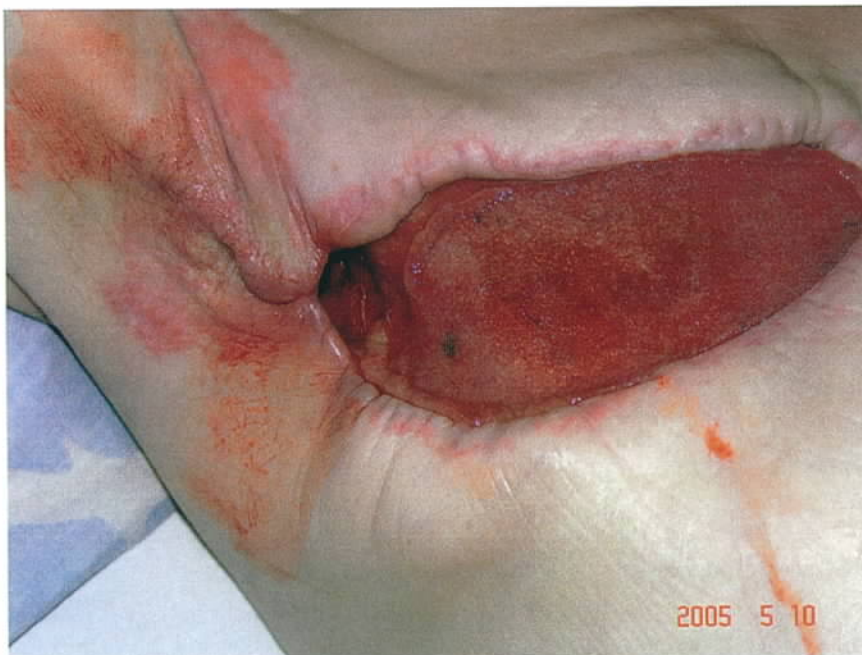
mg paracetamol.

Al de eerste dag dat mevrouw terug is, blijkt dat het wondbeleid niet adequaat is. De wond produceert zoveel vocht dat het algrinaat eigenlijk elk uur vervangen moet worden, zo snel lekt het vocht door het absorberend verband. Mevrouw eet en drinkt wel goed, op dat gebied zijn geen extra interventies nodig. De verpleegkundig specialist somatiek overlegt de volgende dag met de chirurg over de wondbehandeling, en een dag later volgt heropname in

het ziekenhuis.

HALF APRIL NIEUW WONDBELEID

Het behandelteam in het ziekenhuis besluit over te gaan op VAC-therapie. Hierbij komt in de wond een speciaal soort spons, op maat geknipt, waaraan een slang bevestigd wordt. De wond wordt luchtdicht afgeplakt met kleeffolie, en met een speciale pomp vacuüm gezogen met een sterke negatieve druk. Deze sterke zuigkracht verbetert de doorbloe-



3. Begin mei. De VAC-therapie slaat aan. Ongeveer twee weken nadat met deze behandeling is begonnen, is de wond minder diep en is de granulatie op gang gekomen.

ding van de wondranden, en trekt de wondranden naar elkaar toe waardoor het wondoppervlak meestal snel kleiner wordt. De behandeling is geïndiceerd voor slecht genezende wonden.

Voor deze wond blijkt het de geschikte behandeling te zijn: het exudaat wordt probleemloos afgezogen en de wondgenezing komt snel op gang. Het gele beslag is na een paar dagen verdwenen, de wond ziet rood en wordt snel minder diep. De vochtproductie blijft hoog, ongeveer 300 ml per dag, maar door de vacuüm 'sealing' lekt het verband niet meer. De spons in de wond en het afdekkende folie hoeven maar eens in de drie dagen te worden vervangen.

EIND APRIL ONTSLAG MET VAC?

Het ziekenhuis neemt eind april contact op met de ggz-instelling. Mevrouw kan met ontslag. Kan de ggz-instelling de VAC-therapie overnemen? De instelling heeft geen ervaring daarmee. De verpleegkundig specialist somatiek bespreekt het eerst met de verpleegkundigen van de verblijfsafdeling. Die willen de behandeling graag op zich nemen en de benodigde scholing volgen. Ook de huisarts, die verantwoordelijk is voor de medische zorg in de instelling, wil meewerken.

Eén heikel punt blijft over: de financiering. De kosten voor VAC-therapie liggen rond de € 150 per dag. De ggz-instelling krijgt voor elke bewoner vaste vergoedingen op basis van de AWBZ-tarieven. Daaruit is wel een budget gevormd voor wondzorgmaterialen, maar de kosten voor de VAC-therapie zijn daarmee niet op te brengen. De verpleegkundig specialist somatiek legt dit voor aan het management van de instelling. Het management is meteen helder: we doen het, en dan bekijken we wel hoe we het financieren.

De verpleegkundig specialist kan nu contact opnemen met de leverancier van de VAC-apparatuur. De leverancier zegt toe voor de scholing van de verpleegkundigen te zorgen en heeft bovendien 24 uur per dag personeel paraat om te assisteren bij problemen.



4. Begin mei. Bij de oksel gaat de wond nog zes centimeter de diepte in. De diepte wordt bepaald met behulp van een kathetertje.



5. Half mei: de ruimte om de zwarte spons is opgevuld met hydrocolloïd pasta zodat het folie de wond luchtdicht afdekt.



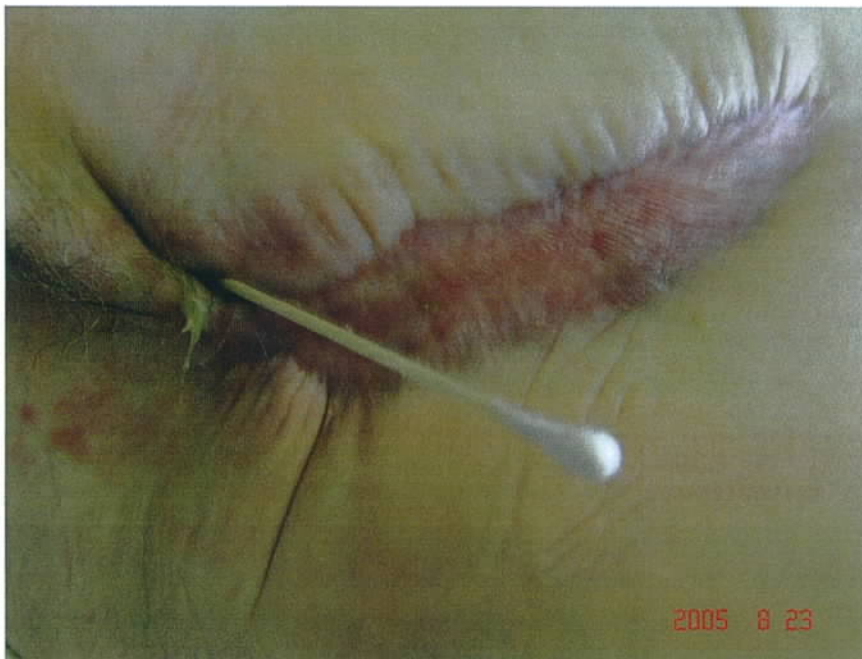
6. Half mei. Met de vacuümpomp op een rollator is de patiënt mobiel.

BEGIN MEI PROBLEEMLOZE WOND- ZORG

Als mevrouw terugkomt uit het ziekenhuis, is er ook een deskundige van de leverancier aanwezig om de afdelingsverpleegkundigen 'on the job' te trainen tijdens de eerste verbandwisseling. Bij die eerste wondverzorging is duidelijk te zien dat de wond al minder diep is en dat er minder ondermijningen zijn onder de huid (foto 3). Alleen bij de oksel blijft een holte, die bij meting met een kathetertje een diepte van ongeveer zes centimeter blijkt te hebben (foto 4). Elke drie dagen worden de spons in de wond en het afdekkfolie verwisseld. De leverancier is bij de volgende twee verbandwisselingen opnieuw aanwezig voor de verdere scholing over de behandeling. Na het verbinden is de wond perfect afgedekt (foto 5). Met de vacuümpomp op een rollator kan de patiënt zelfstandig lopen (foto 6). Het verbinden kost de verpleegkundigen ongeveer een half uur. De patiënt ondergaat de wondzorg zonder enige merkbare emotie. De wondzorg verloopt probleemloos. Slechts een keer lekt het verband maar dat is eenvoudig op te lossen door folie bij te plakken.

EIND MEI NOG ENKELE MILLIMETERS DIEP

Ruim twee weken na het ontslag uit het ziekenhuis is de wond aanmerkelijk geslonken en nog maar een paar millimeter diep. Het is nu een geheel rode wond die nog wel vocht produceert. De holte bij de oksel is nog steeds open en produceert overvloedig exsudaat. Deze holte wordt dagelijks verbonden met een alginaat, bijgeknipt tot 5 x 20 cm, dat met een pincet in de holte wordt aangebracht. Op de wond zelf wordt Aquacel aangebracht. Dat houdt een vochtig wondmilieu in stand en hoeft op deze wond maar een keer in de drie dagen te worden verwisseld. Na drie weken, het is dan half juni, is de wond gesloten. Alleen de holte is nog open.



7. Eind augustus. De holte bij de oksel begint pus te produceren.

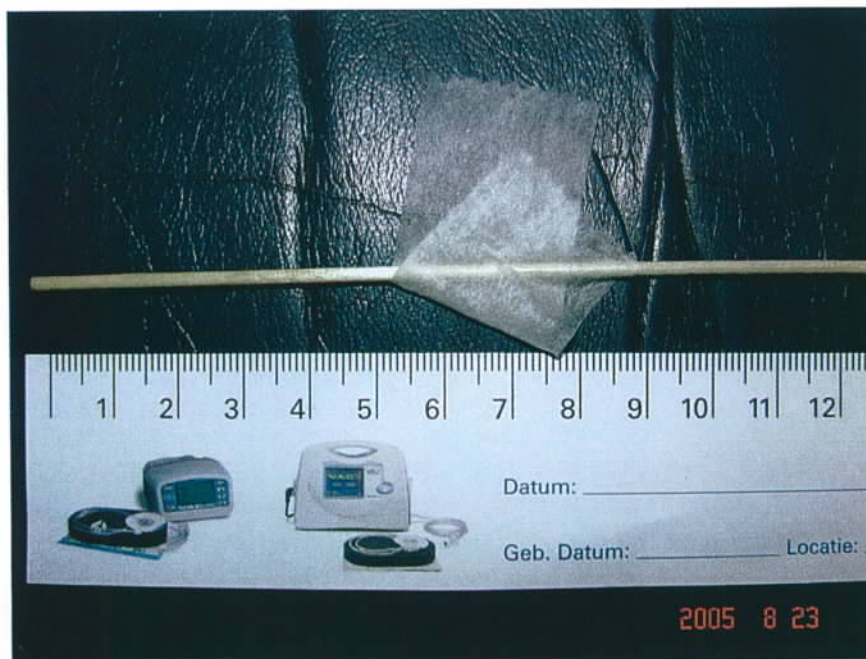
EIND AUGUSTUS ALLEEN NOG DE OKSEL

Meting met behulp van een wattenstokje laat zien dat de holte in de oksel de afgelopen maanden nauwelijks minder diep is geworden. Eind augustus is de diepte nog vijf centimeter en er komt pus uit (foto's 7 en 8). De verpleegkundig specialist vraagt een consult aan bij de plastisch chirurg.

Voor het eerst na al die maanden laat de patiënt aan een van de ver-

pleegkundigen blijken dat de afgelopen gebeurtenissen tot haar zijn doorgedrongen. Ze zegt opeens tijdens het verschonen van het verband dat ze een borst mist, maar daarna is ze meteen al weer ergens anders met haar aandacht.

Begin september volgt het consult bij de plastisch chirurg. Deze adviseert de oksel niet meer open te houden met het dagelijks ingebrachte alginaat. De holte sluit zich daarna spontaan is op 20 september



8. Eind augustus. De holte bij de oksel is nog vijf centimeter, nauwelijks minder diep dan begin mei.

helemaal dicht.

Het zorgkantoor heeft inmiddels laten weten de behandeling te vergoeden en dat ook te zullen doen als de behandeling in de toekomst weer eens voor een bewoner nodig is. De behandeling van deze patiënt heeft geleerd dat VAC-therapie ook in een ggz-instelling goed uit te voeren is. Voor deze behandeling hoeft een patiënt niet langer in een algemeen ziekenhuis te blijven.

* Joop Rosier

REAGEREN?

Heb je vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze casus? Ga naar www.wcs-nederland.nl (> nieuws > casusbespreking). Je kunt daar je reactie kwijt en reacties van anderen lezen. We kunnen ook nieuwe casuïstieken gebruiken voor deze rubriek. Mail een korte beschrijving van je casus naar info@wcs-nederland.nl; wij nemen dan contact met je op.