

DE ONTWIKKELINGEN VAN DE AFGELOPEN 25 JAAR IN WONDZORG

R. Manupassa*

De combinatie van oude principes en recent vergaarde inzichten geeft een goede balans. Deze tekst las ik laatst in een van de veel gepubliceerde vakbladen. In het jaar 1972 ben ik begonnen als leerling verpleegkundige in een ziekenhuis van ongeveer 175 bedden.

Voor een leerling uit die tijd was men pas een goede leerling als je alles snel door had. De praktijkbegeleidster werkte enkele dagdelen met je mee. Je had een aftekenboekje en voor elk activiteit die drie maal was afgetekend mocht je zelfstandig deze werkzaamheden uitvoeren. Voor de afgetekende puntjes was de praktijkbegeleidster niet meer nodig. Het boekje heb ik onlangs met veel trots kunnen bekijken. Mijn specifieke activiteiten waren allemaal gedaan en dat lag veelal in mijn interesse in het vak. Zelfs vele obducties heb ik bijgewoond. Het menselijk lichaam is best ingewikkeld en wat is normaal als je met vele ziekten geconfronteerd wordt en weet wat het orgaan doet en wat er aan scheelt.

Chirurgie had mijn grootste voorkeur. In het ziekenhuisje waren geen specifieke specialismen. Alles wat een wond was, was voor chirurgie en de rest spreekt dan voor zich. De klinische lessen werden op de zaterdagen geregeld door de hoofdzuster en als leerling had je bijna de plicht om in ieder geval vaak aanwezig te zijn. Je wilde toch een goede verpleger worden? Enkele jaren later met een grote dosis aan kennis verhuis je naar een groot ziekenhuis. Fusies in vele instellingen waren niet vreemd. Dus wij ook. Hier zag je de differentiatie goed. Voor iedere specifieke klacht werd je behandeld door een specialist met zijn kennis en kunde. Dit was tevens ook voor de verpleegkundigen. Mijn grote kennis in de chirurgie heeft mij geleid dat ik nu een prima job heb waar ik tot aan mijn pensioen nog veel voor de zieke mens kan betekenen.

De zorg van wonden van klein tot groot heeft mijn grootste belangstel-

ling. Doch de patiënt moet hier niet in worden vergeten. In het verleden was een wond een wond nu ga je eerst na wat voor een wond dit is. Is het een chronische wond of een acute wond. Bij een acute wond is de oorzaak een incident waar niets meer aan te doen is (schaafwond, brandwond). Om te voorkomen dat een acute wond een chronische wond wordt is het van belang om de wond tot genezing te ondersteunen. Als wond en decubitus consulent krijg je veel te maken met chronische wonden. Dit zijn veelal wonden als decubitus, diabetische voetulcera en ulcus cruris. Maar toch geldt voor elk van deze genoemde wonden een aanwijsbare oorzaak. Decubitus is het gevolg van druk een belangrijk onderdeel van de oorzaak. Bij de diabetische voetulcera een verscheidenheid van voetafwijkingen die er aan bij kan dragen dat er wonden ontstaan en bij een ulcus cruris ofwel open been ligt de oorzaak de veneuze vaatproblemen. Mijn dagelijkse werkzaamheden zijn divers. Ik heb dagelijks een wonden-spreekuur. Consulten voor wondadviezen aan verpleegkundigen en of artsen behoren tot een van mijn taken. Dit zijn klinische - als poliklinische activiteiten.

Wondzorg heeft de afgelopen 25 jaar een revolutie doorgemaakt. In het verleden werden wonden droog behandeld. Aan de buitenlucht laten genezen was het motto. Leuk om te weten dat het WCS ook al 20 jaar bestaat. Deze organisatie heeft voor wondzorg Nederland toch een missie uitgedragen. Het herkennen van 'wondkleuren' gaf je een richting hoe je de wond moest gaan behandelen. En gaandeweg de jaren ontwikkelden veel nieuwe inzichten in

de wondbehandeling. Eind jaren 70 heb ik meegewerkt om wonden te behandelen met Debrisan®. Deze poedervorm werd gemengd met Polyathyleenglycol en hierna ontstond een pasta die je in de wond kon leggen. Dit product is verdwenen uit Nederland vanwege de zeer hoge prijs. Ik had er zeer goede resultaten gezien en toch is dit product verdwenen.

Gelukkig worden er producten geproduceerd die aan alle normen voldoen. Er zijn geen slechte producten op de markt meer. Evidence based Medicine is vereist, maar ook de ervaringen en resultaten tellen mee. Toch zijn vele voorschrijvers niet geheel bekend met wat er zoal is onderzocht. In het verleden werden producten geleverd in ziekenhuizen vaak doordat de vertegenwoordigers via een goede relatie met de afdeling werden binnengesluisd. Dat kan gelukkig niet meer. Iedere instelling stelt scherpe voorwaarden wat binnenkomt.

Belangrijk is de samenwerking met huisartsen, wijkverpleegkundigen en de industrie. Niet voor alle ontwikkelingen moet je zelf het wiel uitvinden. Netwerken is belangrijk. Op symposia, overlegmomenten met collega's uit het veld geven je een ruimer inzicht. Fantastisch dat er collega's zijn die door hun durf en inzet veel verzetten. Je kunt het niet alleen.

Multidisciplinaire samenwerking is vereist. Ik deel graag mijn ervaringen met collega's.

Persoonlijk heb ik veel moeite met verpleegkundigen die zich verzetten tegen taken die in hun ogen de dokter moet doen. Op meer specialistische afdelingen, zoals op een

Intensive Care, Dialyse zijn veelal technische vaardigheden die op de verpleegkundigen zijn gericht. Je moet daar niet te krampachtig mee omgaan. Laat iedere verpleegkundige zijn werkzaamheden doen.

De opname duur is behoorlijk afgenomen. Operaties die jaren geleden dagen bedrust voorschreven worden nu veelal poliklinisch gedaan. De tendens van veel wondcomplicaties zie je nu in de eerste lijn zorg. Daarom is transmurale samenwerking ook juist erg belangrijk. Onlangs werd op een symposium verteld dat er bijna geen complicaties voorkomen, maar niets is minder waar zegt mijn gevoel.

De laatste tien jaar is er wederom een revolutie begonnen in nieuwe wondproducten en wondbehandelingen. Zilververbanden en honingverbanden. Oude producten die vele eeuwen geleden al werden gebruikt en toch al weer op de markt zijn gekomen. Oude producten in een nieuw jasje? Het werkt. De madentherapie heeft eveneens ook een plaatsje veroverd. Sceptici zijn er, doch een vooruitgang van debrideren helpt de wond in de richting van genezing. Is het ethisch wel verantwoord? Persoonlijk bespreek ik het altijd met de patiënt. Uitleg is noodzaak en verantwoordde behandeling is voor de behandelaar wel noodzakelijk..

Weigert de patiënt deze behandeling dan weet je dat er ook alternatieven zijn. Jaren geleden bezocht ik een congres en aldaar werd een nieuwe therapie gepresenteerd. De vacuümtherapie werd gepresenteerd door een arts in opleiding. Een presentatie die mij enorm aansprak. Terug in de praktijk werd dit met de specialist van mijn ziekenhuis besproken. Hij kende deze therapie niet, maar stond wel open om maar eens uit te proberen.

In no-time werd deze therapie volledig geïmplementeerd. Doch de ontwikkelingen bleven hier ook niet achter. De fase van wondzorg kon vervolgens in de thuissituatie worden voortgezet. Lange hospitalisaties werden hiermee voorkomen. De 1^e

lijn zorg was enthousiast geworden, want ook de reductie van zorgmomenten deed zijn intrede. De vergrijzing die jaarlijks maar toeneemt, draagt ook bij aan de inzetbaarheid in zorgmomenten. De ziektekostenverzekering die eerst absoluut geen medewerking wilde geven, geeft nu met coulance regeling goedkeuring om de zorg voort te zetten in de thuissituatie. Ook op andere plaatsen, zoals in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Is er een kanteling in wondzorg ontstaan, zoals er in vele instellingen de organisatie gekanteld wordt.

Nu heb ik een aantal situaties geschetst en u hoort vaak dat velen reageren van: "Wij zien door de bomen het bos niet meer".

U heeft helemaal gelijk. Laat u door professionals informeren. Deze personen worden geïnformeerd over vernieuwingen en veranderingen. In vele ziekenhuizen zijn er de afgelopen jaren wond- en decubitusconsulenten aangesteld. De behoefte hieraan is groot.

Deze functionarissen kunnen u advies geven over behandelingen en therapieën. Vele educatie programma's worden in samenwerking met de industrie ontwikkeld. Ik maak graag gebruik van ieders expertise en deel dit eveneens ook graag met anderen. Werk niet alleen voor je eigen praktijk. Ik heb het jaren zo gedaan gaat niet altijd op. Sta open voor ideeën en tips van anderen, want dit geeft je veel plezier in je werk. Decubitus consulenten zijn sinds afgelopen jaar ondergebracht bij het WCS-Dn en zijn als inhouddeskundigen zeer belangrijk om onder andere protocollen te ontwikkelen.

Het WCS congres in 2003 heeft wederom bewezen dat vele verpleegkundigen zeer professioneel bezig zijn. Professionals die hun presentaties doen en dit uitdragen naar collega's.

Aandacht voor wondzorg bij studenten en artsen moet meer aandacht krijgen. Ook scholingen moeten herhaald worden om niet in oude gewoonten terug te vallen.

Ik denk terug aan 25 jaar geleden. Een zuster / broeder die het vuile verband verwijdt en de andere zuster / broeder die de wond dan verzorgt. Gehuld in een schort en mondmasker op. Infecties leken minder voor te komen dan nu? Ook dit was prima, doch de tijd is niet stil blijven staan. Nu zijn de lijnen korter, maar er zijn verpleegkundigen die weinig meer weten wat er zoal op de afdeling aan wonden zijn. Ook dan zijn oude gewoontes prima.

* Ronny Manupassa, Wond en Decubitus Consulent Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

DE PATIËNTENFOLDER "EEN OPEN BEEN"

De patiëntenfolder "Een open been" is een volledig nieuw WCS product.

Deze nieuwe WCS brochure geeft informatie aan de patiënt over alle aspecten rond het ulcus cruris, zoals:

- ☐ Wat is een open been?
- ☐ Hoe ontstaat een open been?
- ☐ Wat zijn de verschijnselen?
- ☐ Hoe wordt een open been behandeld?
- ☐ Wat kunt u zelf doen?
- ☐ Therapeutisch elastische kousen.

Deze WCS brochure kost slechts € 1,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392

OF VIA DE WCS SITE:

WWW.WCS-NEDERLAND.NL