

## Interview

**'IN ENKELE DAGEN KUNNEN ER WONDEN ONTSTAAN, DIE MAANDEN NODIG HEBBEN OM TE GENEZEN.'**



Dr. M. M. Beijk is internist en als hoofd medische dienst aan een gecombineerd verpleeghuis in Capelle a.d. IJssel verbonden. Het ene is de Ichtus kliniek met 180 psychogeriatrische patiënten en het andere verpleeghuis is de Meerhorst met 120 somatische patiënten.

Dr. Beijk deed haar opleiding tot internist in het Gemeente Ziekenhuis te Dordrecht.

'Ik herinner mij uit die begin periode een patiënte met diabetes mellitus die aansluitend op een urosepsis een nefrectomie had ondergaan. Zij had in die tijd een decubitus ontwikkeld op de stuit waarbij de wond doorliep tot op het sacrum. Na negen maanden verliet die patiënte het ziekenhuis zonder wond. Wat we deden was, diabetes scherp instellen, goede voeding, controle Hb, HT, eiwit, ijzer en suppletie. Mobiliseren en bovendien een lokale behandeling die er op was gericht de wond schoon en goed doorbloed te houden.'

'Na mijn specialisatie als internist heb ik ruim anderhalf jaar gewerkt in het Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam. Ik heb op alle afdelingen gewerkt en behalve met chemotherapie kreeg ik daar ook te maken met allerlei soorten wonden. Deze wonden, vaak ulcererend, waren soms het gevolg van de tumoren, soms van de radiotherapie en soms waren het operatiewonden die slecht konden genezen omdat de patient een slechte voedingstoestand had door het psychisch lijden en de toegepaste therapieën.

Het is een tijd geweest waarin ik veel aangrijpende dingen heb meegemaakt en waarin ik ook veel heb geleerd!

- Met welk type wonden krijgt u nu als internist vooral te maken?

'In het verpleeghuis heb ik het meest te maken met decubituswonden, vooral op de drukplaatsen zoals stuit en heupen. Met dit soort wonden worden mensen voornamelijk opgenomen vanuit de thuissituatie, het verzorgingshuis of het ziekenhuis. Een korte periode van verminderde mobiliteit, een verslechterende conditie door slecht eten en drinken en die combinatie van factoren doet

dan in enkele dagen wonden ontstaan die maanden nodig hebben om te genezen.

Verder zien wij veel wonden die ontstaan door een slechte perifere circulatie. Dit zijn bijvoorbeeld de slecht genezende wonden aan de voeten bij mensen met een gegeneraliseerde arteriosclerosis en hierbij ontbreken dan vaak alle perifere pulsaties.

Wonden aan tenen, hielen en enkels komen bij de patiënten met diabetes echter veel meer voor met als gevolg een polyneuropathie. Bij deze groep patiënten beperk ik mij niet alleen tot het voortdurend controleren van hun voeten, maar ik besteed ook veel aandacht aan hun schoenen. De wondjes ontstaan bijna altijd op drukplaatsen bij slecht zittende schoenen.

Verder hou ik mij bezig met operatiewonden, soms met tumoren en af en toe behandel ik ook weleens hele gewone schaafwondjes'.

- Hoe ziet u de taak van de ziekenverzorgenden en de verpleegkundigen bij de wondbehandeling?

'De taak van de ziekenverzorgenden en van de verpleegkundigen is volgens mij bijzonder belangrijk. Schematisch verloopt die taak in drie fases.

1e fase: signaleren en lokaliseren van de bedreigde plekken.

2e fase: overleg met de arts, fysiotherapie, ergotherapie waarbij men zich allereerst af moet vragen: Waarom heeft deze patient op die plaats een (dreigende) decubitus wond.

Om die vraag te beantwoorden moet men de volgende punten nagaan:

- hoe is de algehele conditie van de patiënt?
- is er een acuut ziekmakend moment?
- heeft de patient een catheter?
- is de patient continent/incontinent?
- hoe is de voedings/vochttoestand?
- hoe zit de patiënt, voldoet de stoel aan de eisen?
- hoe ligt iemand in bed?
- hoe is de mobiliteit?
- welke medicatie krijgt de patient en waarom (cave vooral diuretica, sedativa)?
- is er een diabetes mellitus, hoe geregeld?
- is er sprake van dec. cordis met oedeem?

Indien nodig en mogelijk wordt er corrigerend opgetreden.

Dat wil zeggen een antidecubitus matras, wisselgigging, aangepaste stoel, antidecubitus kussen in de stoel, eiwitrijke voeding, patiënt extra mobiliseren, extra vocht geven, regelen diabetes, benen zwachtelen.

Indien er wonden zijn krijgen we de

3e fase: wondverzorging.

Daar versta ik onder de voorgeschreven handelingen die leiden tot een schone granulerende wond.

De wondverzorging gebeurt bij ons als volgt:

- a. door verpleging: schoonmaken, spoelen, verbinden.
- b. door artsen: verwijderen van necrose.
- c. door verpleging en fysiotherapie: het gebruik van duoderm en tegaderm en UKG, UG, Uv, BC, iontoferese.'

- Kunt u ook iets zeggen over de werkwijze van de decubituscommissie binnen de Capelse Verpleeghuizen en de groeperingen die daarbij betrokken zijn?



'In de Capelse Verpleeghuizen wordt een bewoner met een (dreigende) decubitus wond wekelijks gezien door een team bestaande uit enkele artsen, de leidinggevende verpleegkundige en een ziekenverzorgende van de betreffende afdeling en door iemand van de fysiotherapie. Dan wordt vastgelegd of de ingestelde behandeling effect heeft of niet; of een wijziging noodzakelijk is. Het **fase 2** lijstje wordt in deze situatie ook vooral nog nagelopen.

Het belang van dit decubitusteam is dat er in het hele huis een gemeenschappelijk beleid wordt gevoerd, een beleid waarbij alle disciplines inspraak hebben.

In de jaren dat ik hier werkzaam ben hebben we kunnen constateren dat niet alleen het aantal decubituswonden sterk verminderd is maar ook dat de ernst ervan is afgenomen'.

- Wat vindt u van de W.C.S.?

'De W.C.S. is een nuttige organisatie omdat zij het belang van een optimale decubituspreventie en behandeling centraal in de belangstelling zet. Momenteel zijn er meerdere groeperingen bezig met dit onderwerp. Het is goed dat dit zo is, maar erg belangrijk is dat de verschillende meningen en ervaringen naast elkaar gelegd worden. Daaruit zullen diverse aandachtspunten wat betreft preventie en behandeling moeten worden gedestilleerd die voor een nader (en hopelijk wetenschappelijk verantwoord) onderzoek in aanmerking komen'.

Ed Amstelveen

---