

Van voeding, via de open buik, decubitus, specifieke verpleegkunde naar de 'lage naad'.

Auteur: R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1992
Pagina: 8-9
Jaargang: 5
Nummer: 2
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: decubitus voeding preventie
Literatuur:

Ron van der Most in gesprek met Dr R.J. Oostenbroek, chirurg en Marianne van Dalen, voedings/decubitusverpleegkundige. We kregen een patiënt uit een ander ziekenhuis op de Intensive Care. Hij lag aan de beademing en volgens ons konden we nog maar weinig voor hem doen. Maar voordat we besloten er niets meer aan te doen, wilden we toch graag een objectieve opinie van een onafhankelijke deskundige. Ik kende Prof Dr Van Vroonhoven en vroeg hem te komen kijken. Ook hij stelde vast dat er niets meer viel te doen. We hebben de familie ingelicht en de beademing gestaakt. Een goed voorbeeld van gewetensvol medisch handelen. Een karakteristieke manier van presenteren: Dr R.J. Oostenbroek, chirurg bij het Merwedeziekenhuis in Dordrecht. Samen met hem en Marianne van Dalen, voedings- en decubitusverpleegkundige praat ik over de voedingstoestand als pre-occupatie voor decubitus, poliklinisch gebruik van DuoDerm, het progressieve beleid binnen het Merwedeziekenhuis... Kortom, een gevarieerd gesprek waar het enthousiasme vanaf straalt.

verband

Wellicht in mijn argeloosheid kon ik het verband niet meteen leggen tussen een algemeen chirurg en een decubitusverpleegkundige.

Derhalve begon ik het gesprek met de vraag om opheldering hieromtrent.

Dr Oostenbroek: "Toen ik hier in 1985 begon, had ik onder andere enige voedingsdeskundigheid in mijn bagage, zowel algemeen als op parenteraal en enteraal gebied. Daar werd in Maastricht, waar ik het grootste deel van mijn opleiding heb gevolgd, veel aan gedaan en ook heb ik me nogal met onderzoek in die richting bezig gehouden. Het is een logisch gevolg dat ik hier, in een perifeer ziekenhuis van een dergelijke omvang, heb geijverd voor een adequaat voedingsbeleid. Ik heb bij de directie aangedrongen op het aanstellen van een voedings-verpleegkundige als spil van een voedingsteam. Dat is op 1 november 1987 gerealiseerd: Marianne van Dalen werd voor 20 uur vrijgemaakt om inhoud te gaan geven aan de functie van voedingsverpleegkundige."

Van meet af aan is het goed gaan lopen. Er werd een voedingsprotocol geschreven en de internisten accepteerden dat een chirurg de scepter zwaaide over het voedingsteam, een team waarin naast een internist, een diëtiste, een kinderarts, een apotheker en een klinisch chemicus zitting hebben. Van het reguliere visites lopen met het voedingsteam komt het de laatste tijd wat minder vaak vanwege drukke werkzaamheden; wel zit er continuïteit in het lopen van visites van de diëtiste met Marianne van Dalen op de afdelingen en van Dr Oostenbroek met haar op de IC. In dit verband maar wellicht ten overvloede, de vraag wat een voedingsverpleegkundige nu precies doet?

Marianne van Dalen: "In de eerste plaats is de voedingsverpleegkundige verantwoordelijk voor de directe zorg voor kwaliteit en de juiste afstemming van zorgbehoefte en coördinatie van patiënten, die zowel enteraal als parenteraal worden gevoed. In de dagelijkse praktijk betekent het dat ik niet alleen de patiënten voorlicht en begeleid, maar ook mijn collegae. Dat gaat dan in de vorm van klinische lessen en bijscholing. Daarnaast geef ik instructie over de verschillende technieken van parenterale- en sondevoeding, bewaak ik het protocol en verzorg ik de centrale lijnen. Tenslotte loop ik visites met de diëtiste en het voedingsteam."

bordje leeg

Er wordt wel gesuggereerd dat ondervoeding voor een deel in het ziekenhuis kan ontstaan: de patiënt eet zijn bordje eenvoudig weg nooit leeg. Wordt een dergelijke situatie door de aanwezigheid van een voedingsverpleegkundige duidelijk positief beïnvloed?

Marianne van Dalen: "Dat is wel te hopen en ik denk dat het in de praktijk ook wel zo uitpakt. Het is de bedoeling dat aan de hand van voedingslijsten niet alleen wordt berekend hoeveel een bepaalde patiënt nodig heeft, maar ook wordt genoteerd hoeveel die patiënt inderdaad naar binnen heeft gekregen. Wanneer dat dan te weinig is, kan er aan de bel worden getrokken. Omdat zowel de diëtiste als ik dagelijks door het hele gebouw lopen, wordt het mijn collegae in feite makkelijk gemaakt om snel met dergelijke problemen voor de dag te komen."

Dr Oostenbroek vult aan: "Alleen al het feit dat er meer aandacht wordt besteed aan de voedingstoestand van de patiënt, maakt dat de herkenbaarheid van de factoren die tot ondervoeding leiden door het verplegend personeel groter wordt. Men is gewoon meer alert en omdat er een voedings-verpleegkundige is, danwel een voedingsteam, zal de verpleging eerder aan de bel trekken. Daarnaast is het ook nog eens zo dat wij in toenemende mate door andere specialisten, zoals chirurgen, urologen en orthopeden worden geconsulteerd over de voedingstoestand van een te opereren patiënt. Wanneer die voedingstoestand zorgen baart kunnen wij tijdig met enterale of parenterale voeding beginnen."

specifiek verpleegkundige zorg

Intussen is nog niet verklaard wat een decubitus-verpleegkundige met een chirurg te maken heeft.

Dr Oostenbroek: "Ook de specifiek verpleegkundige zorg heeft in dit ziekenhuis steeds meer gestalte gekregen. Naast bijvoorbeeld een stomaverpleegkundige, is er sinds een jaar ook een decubitusverpleegkundige. Die taak heeft Marianne van Dalen erbij genomen in samenwerking met één der dermatologen hier Dr.P.M Burger."

Voedings- en decubitusverpleegkundige zijn in de persoon van Marianne van Dalen verenigd; de relatie tussen beide disciplines laat zich niet zo moeilijk raden. Een slechte voedingstoestand is een van de factoren die een rol speelt bij het ontstaan van decubitus, evenzeer als een goede voedingstoestand de genezing van een decubitus weer kan bevorderen.

Dr Oostenbroek: "Ofschoon het niet algemeen wordt geaccepteerd, blijkt de voedingstoestand van patiënten op het moment dat zij worden opgenomen veelal bijzonder slecht te zijn. In de

periode voor de opname zijn ze in een slechte voedingstoestand terecht gekomen en je kunt die niet in een paar weken verbeteren, vooral niet wanneer er ook nog een grote operatie moet worden gedaan. Daarom ben ik ook zo gelukkig dat in Marianne beide disciplines zijn verenigd: daar waar een slechte voedingstoestand een pre-occupatie is voor het ontstaan van decubitus, kan extra aandacht worden gegeven aan preventie. En omgekeerd wanneer een patiënt door een operatie langdurig immobiel is, kan het in een goede voedingstoestand houden van die patiënt decubitus voorkomen danwel de genezing van een reeds bestaande decubitus bevorderen."

Extra plakrand

Nu we het toch over decubitus hebben wil ik graag even praten over de wondbehandeling. In dat kader kan ik mij voorstellen dat er ook DuoDerm wordt gebruikt.

Marianne van Dalen: "Voor stadium IIIA, de schone wond, gebruiken we inderdaad DuoDerm. Het toeval wil dat wij deze week gaan bekijken of wij niet ook DuoDerm Extra Thin en DuoDerm E aan ons pakket gaan toevoegen. Ik moet wel zeggen dat wij met de DuoDerm toch steeds problemen hebben met het opkrullen, vooral wanneer je het op de stuit hebt aangebracht. Patiënten liggen nu eenmaal niet stil en dat betekent dat de plak gaat opkrullen en soms zelfs helemaal los laat. Het idee achter DuoDerm is dat je de plak een aantal dagen kan laten zitten, maar in de praktijk blijkt het niet altijd zo te zijn...."

Heb ik een aantal suggesties. Ooit gehoord van DuoDerm E Border, dwz DuoDerm E met extra flinterdunne plakrand?

DuoDerm E Border is speciaal ontworpen voor de wondbehandeling bij decubituspatiënten; met name voor de stuit is er een driehoekige plak voor handen. Wellicht is de aanschaf van DuoDerm E Border mee te nemen in de evaluatie die deze week zal plaatsvinden. Een andere suggestie is om DuoDerm Extra Thin te gebruiken om de plak extra te fixeren.

Over DuoDerm gesproken, heeft Dr Oostenbroek er ook ervaring mee?

Dr Oostenbroek: "In de klinische situatie komt het eigenlijk weinig voor dat ik DuoDerm gebruik. Ik vind -en dat is misschien een wat boude uitspraak- dat er helemaal niets hoeft op primair gesloten wonden. Of je die wond nu intracutaan, onderbroken geknoopt of met huidstapels sluit, het is de patiënt die over het algemeen een verband wil. Daar win je overigens niets mee, want de veronderstelling dat het infect van buitenaf komt is onjuist; het infect ontstaat tijdens de operatie. Bij buiken, in geval van reïnterventies of bij "pus"buiken, zijn we gewend om alleen de fascie te sluiten, als je al niet besluit om de gehele wond open te behandelen en die volledig per secundam te laten granuleren."

managen

Een probleem bij pussende open buiken is vaak dat de darmsappen de omliggende huid zodanig kapot maken dat het bijna onmogelijk wordt de wond nog te verbinden.

Dr Oostenbroek: "Wij hebben hier de neiging, hoewel het geen stelregel is, dat wij wanneer wij een buik moeten reïnterveniëren en daarbij een catastrofe verwachten, de buik open laten. Dat bespreken wij uiteraard van te voren uitvoerig met de patiënt. En hoewel ik het nog niet met eigen gegevens hard kan maken en ik mij moet baseren op gegevens uit de literatuur, hebben wij het gevoel dat een dergelijk behandeling betere resultaten geeft.

Bij die open buiken gebruiken wij de WoundManager en wanneer de wond te groot is, kun je die met DuoDerm plakken, al dan niet met een drain, toch heel goed open blijven behandelen. Wat de WoundManager betreft, het voordeel daarvan is dat je de omliggende huid goed

houdt, je de wond toch x maal per dag kan inspecteren en je bovendien de vochtbalans goed kan bijhouden. Kortom, je kan de patiënt optimaal "managen", letterlijk!"

In de klinische situatie wordt geen of nauwelijks DuoDerm gebruikt, impliceert het dat er poliklinisch wel gebruik van wordt gemaakt?
Dr Oostenbroek: "Poliklinisch gebruik ik DuoDerm graag voor onrustige wonden, wonden die per secundam dicht granuleren, maar die wat débris vertonen. Sinds een paar maanden beschik ik over DuoDerm E en DuoDerm Extra Thin en ik moet zeggen, al hoewel ik dat niet met getallen kan staven, het geeft goede resultaten. Vooral bij defecten aan de hielen en aan de voetzool. Een voorbeeld: Wij kregen hier een man die door een ongeval een lelijk en vrij groot defect met nogal wat debris had aan zijn voetzool. Die hebben wij met DuoDerm E behandeld en ik moet zeggen, de wond was zeer snel schoon en genas voorspoedig. Het aardige van dit verhaal is dat de man, of liever zijn echtgenote, zeer goed met DuoDerm E overweg kon. Met de DuoDerm Extra Thin moet je wel opletten: wanneer je dat bijvoorbeeld op een dunne huid op het distale derde deel van het onderbeen aanbrengt, dan moet degene die het verband verwisselt dat heel voorzichtig doen.

Het zou in dergelijke gevallen misschien raadzaam zijn om liever DuoDerm E te gebruiken. In principe is DuoDerm Extra Thin er voor preventieve doeleinden, bijvoorbeeld om schuifkrachten op predilectieplaatsen van decubitus op te heffen.

Dr Oostenbroek: "Ik heb inderdaad de neiging om bij patiënten die je voor wondcontrole regelmatig poliklinisch terug ziet, toch DuoDerm E te gebruiken. Ik heb daar tot nog toe uitstekende resultaten mee."

decubitus op de operatietafel

Toch nog even terug naar de operatietafel; er wordt nog al eens gesuggereerd dat een milde decubitus ontstaat tijdens de operatie en ik kan mij in verband met dit gesprek voorstellen dat een slechte voedingstoestand een pre-occupatie kan zijn.

Dr Oostenbroek: "Dat is zeker een gegeven, maar ik vind dat je daarmee in het preventiebeleid rekening moet houden. Het is heel vaak de ligging van de patiënt op de operatietafel, hoe triviaal dat ook moge klinken, die leidt tot een milde vorm van decubitus. Het is waar dat wanneer met name een oudere patiënt een heupoperatie moet ondergaan, er vaak sprake is van een abominabele voedingstoestand, maar het is even waar dat wanneer je zo'n patiënt in de juiste stand als het ware fixeert met een opblaasbaar matras, je een decubitus kan voorkomen. En dan nog kan zo'n operatie uit de hand lopen, in de zin van dat er toch een decubitus ontstaat -dat gebeurt overal en dat lijkt gewoon niet voorkomen te kunnen worden-, maar dat neemt niet weg dat je ook op de operatietafel preventieve maatregelen dient te nemen."

matras

Het is wellicht een goede suggestie om in dit verband ook eens te denken aan DuoDerm Extra Thin waarmee de drukplekken prima preventief zijn af te plakken. Het begrip matras is gevallen: Is men in het Merwedeziekenhuis bekend met het Comfortex Matras?

Marianne van Dalen: "Ik heb zo'n matras hier nog niet geprobeerd, maar ik ken het Comfortex Matras uiteraard wel en ik heb er zelfs op gelegen. Nu herinner ik me dat

Dr Haalboom dit matras laatst onderuit heeft gehaald en hoewel ik er nog geen ervaring mee heb, denk ik dat het niet terecht is.

"Ik denk dat ik daar nog iets over kan zeggen." Dr. Oostenbroek wil graag een en ander adstrueren: "Het gaat er mij beslist niet om de directie in discredit te brengen, vooral niet

omdat onze directie juist heel erg vooruitstrevend is, maar toen wij dit nieuwe ziekenhuis betrokken' zijn er 400 nieuwe matrassen aangeschaft en achteraf bleken die matrassen nogal hard uit te vallen. Nu gaat het niet op een jaar na aanschaf al die matrassen er meteen weer uit te gooien en er nieuwe voor in de plaats te kopen of te leasen. Het betekent wel dat wij nog meer zijn gericht op preventie en dat speciale bedden, indien noodzakelijk, makkelijk kunnen worden verkregen.

Wat dat Comfortex matras betreft, dat zal wellicht duurder zijn dan bijvoorbeeld een waterbed, maar zolang wij niet hebben kunnen vaststellen wat er beter of anders aan is, dan valt er moeilijk over te oordelen. Je zou het liefst prospectief onderzoek doen, waarbij je een deel van de patiënten op het ene bed legt een ander deel op het andere en dan moet je kijken welk bed in preventieve zin de beste resultaten geeft. Iedereen weet immers dat behandelen van een decubitus vele malen meer geld kost, dan het voorkomen...."

Ofschoon ik er misschien wel een juiste voorstelling van heb, wil ik toch nog even weten wat een decubitus-verpleegkundige nu doorgaans doet?

Marianne van Dalen: "In principe ben ik er voor de preventie en dat betekent dat ik mijn collegae adviezen geef, aan voorlichting doe en bijscholing regel. Daarnaast loop ik drie keer per week met de dermatoloog visite bij de meer ernstige gevallen en wanneer noodzakelijk help ik aan bed. Uiteraard probeer ik samen met de andere verpleegkundigen nieuwe dingen uit, die wij daarna weer evalueren. Omdat iedereen in het ziekenhuis in mij een vast aanspreekpunt heeft, is het makkelijker om met de vraag te komen: "Ach, kijk jij eens even, ik vertrouw het niet helemaal!" Ik denk dat dat goede preventie is. Ik moet er wel bij zeggen dat zonder de enorme steun van onze dermatoloog, we hier niet zover waren gekomen."

gevaar

Er zitten duidelijk voordelen in het hebben van specialistische verpleegkundigen, maar schuilt er ook geen gevaar in? Ik kan mij voorstellen dat de "gewone" verpleegkundige langzaam aan lui begint te worden en het vak misschien wel oninteressant begint te vinden: voor de leuke dingen is er immers een speciale verpleegkundige!?

Marianne van Dalen: "Dat gevaar kan er inderdaad in schuilen, maar dan ga je ervan uit dat je de o zo belangrijke algemene verpleegkundige taak zou willen opdelen in specialismen. Dat is uiteraard niet zo, wij zijn er om die algemene taak te verlichten en meer ruimte te maken voor bijvoorbeeld een optimaal patiëntencontact. Je moet natuurlijk wel oppassen dat er niet wordt gedacht: "Ik laat het maar liggen, want zij komt straks toch." Daar schuilt het gevaar, maar wanneer je met dergelijkesituaties goed weet om te gaan, dan functioneert de specifieke verpleegkundige uitstekend."

lage naad

Omdat we het over specialismen hebben, wil ik tot slot weten welke "specialismen" algemeen chirurg Oostenbroek heeft?

Dr Oostenbroek: "We hebben hier een maatschap van 5 chirurgen waarin de verschillende specialismen zijn verdeeld. Samen met een andere chirurg doe ik maagdarmoperaties, ben primair verantwoordelijk voor de oncologie, sta aan het hoofd van het voedingsteam en in goede samenwerking met een internist heb ik bovendien nog de zorg voor de chirurgische patiënten op de IC. Ik heb het dus lekker druk. Maar wat ik nu zo aardig aan de heelkunde vind, is niet alleen de chirurgische handvaardigheid want daar heb je tenslotte voor geleerd,

maar juist de pre- en post-operatieve zorg van de patiënt; daar leg ik graag het accent. Wetenschappelijk gezien is het een hele klus om alles bij te lezen en dat betekent dat ik eigenlijk geen tijd meer overhoud voor wetenschappelijk werk."

Specialismen als gastroenterologie en oncologie leiden wat mij betreft ongetwijfeld naar het aanleggen van stomata en wat dies meer zij.

Juist in dergelijke gevallen is pre- en postoperatieve zorg voor de patiënt uiterst belangrijk...

Dr Oostenbroek: "Een must! En ook hier geldt weer dat wij ons gelukkig prijzen een stoma-verpleegkundige te hebben. Samen met haar proberen we de patiënt pre-operatief, electief en semi-electief, zo volledig mogelijk te informeren. We tekenen de plaats van de stoma ook van te voren aan op een voor hem of haar geschikte plaats en post-operatief proberen we de patiënt weer zo snel mogelijk het leven met een stoma te leren aanvaarden. Maar ook nog op andere wijze proberen we de zorg voor de patiënt op een zo hoog mogelijk niveau te houden. Onlangs is er een symposium over de "lage naad" gehouden, waarbij sprake was van een opvallend hoge morbiditeit en het blijkt dat de wijze waarop wij hier met twee chirurgen deze operaties verrichten , een lagere morbiditeit geeft. Daar ben ik best wel trots op."

Heeft u het dan over een "lage naad" met of zonder stoma?

Dr Oostenbroek: "Er was daarover op dat symposium geen consensus. In principe hoeft een met een hand gelegde of met stapels gelegde naad niet beschermd te worden door een stoma. Aan de andere kant moet je ook weer niet te liberaal zijn. Wanneer ik maar even twijfel en denk dat de darm niet goed is voorbereid -en dat is dan meestal in een acute situatie- ,zal ik niet schromen om in twee tempi te opereren met alle voordelen t.a.v. de morbiditeit en mortaliteit, zeker bij de wat oudere patiënt."

Hoe je in één gesprek van voeding via de open buik, decubitus, specifieke verpleegkunde bij de "lage naad" uit kunt komen!

Dat kan wanneer je gesprekspartners hebt die even spontaan als enthousiast zijn. Dat kan omdat er kennelijk in het Merwede ziekenhuis een sfeer van openheid heerst en wordt uitgegaan van een positieve mentaliteit. En ik weet zeker dat wanneer ik de bandrecorder op een gegeven moment niet krachtadig had uitgezet, er nog veel meer onderwerpen aan de orde waren gekomen.

Ron van der Most