

COASSISTENT IN HET BUITENLAND: DECUBITUS OP EEN TROPISCH EILAND

H. den Boogert*

Het einde van dit drieluik “coassistent in het buitenland” begon gek genoeg met een wond. Zondagmiddag, een rugbywedstrijd, een lange sliding; ik zag mijn kans schoon, kreeg de bal en na een korte sprint scoorde ik mijn eerste try (rugby term voor goal) op Curaçaose bodem. De vreugde in mij ging gepaard met een grote wond aan de buitenkant. Een soort hoogpolig kunstgrasveld met zwarte bolletjes ter ondersteuning maakt niet de beste bodem voor een sliding. Het resultaat: een akelige schaafwond van zo’n 20 cm in lengte. Wondverzorging was noodzakelijk en zo begon de zoektocht naar goede wondproducten. Om eerlijk te zijn moest eigenlijk eerst informatie vergaard worden; mijn kennis over wonden was voor een coassistent nog schrikbarend beperkt. Mijn zoektocht naar informatie en geschikte wondproducten werd vergezeld door meer wonden, ditmaal (gelukkig) niet op mijn eigen lichaam.

In diezelfde periode startte ik namelijk met een coschap in het St. Elisabeth Hospitaal te Curaçao (Sehos) die mij vaak op de chirurgische mannen afdeling bracht. Gezien mijn gebrekkige kennis over wonden en wondverzorging voor mij bij uitstek een goede leerschool. Daar ontmoette ik ook zr. Norinda Scharbaai, de bezielende hoofdverpleegkundige

dige, heeft ze deelgenomen aan vele wondcursussen, symposia en bij-scholingen, voor een groot gedeelte georganiseerd door het WCS. Nu is zij, tezamen met vijf andere verpleegkundigen die ook allerlei wondcursussen hebben gevolgd, verantwoordelijk voor het voorkomen en adequaat behandelen van (decubitus)wonden op de afdeling chirurgie,

een onschatbare rol. En juist daar is in het ziekenhuis nog veel winst te behalen.

In 2007 is er in het Sehos een preventie-onderzoek uitgevoerd naar decubituswonden in het kader van een kwaliteitsmeting. Het resultaat: “niet schrikbarend, vergelijkbaar met Nederlandse perifere ziekenhuizen”.

“Decubitus is iets van de verpleegkundige: er wordt nog teveel op de dokter gewacht.”

van de chirurgische mannen en tevens één van de weinige wondverpleegkundigen in het ziekenhuis. Een ontmoeting die toen zeer gelegen kwam: mijn wond werd eindelijk verzorgd met de juiste verbandmaterialen en haar kennis over (decubitus)wonden stelde mij in staat dit artikel te schrijven. Een artikel aan de hand van een interview met zr. Scharbaai over gaten in het lichaam, richtlijnen en protocollen en de toekomst aangaande de decubituszorg op dit tropische eiland.

WONDEN IN HET SEHOS

“Er zullen altijd patiënten zijn die decubitus krijgen, van belang is om ervoor te zorgen dat je er alles aan hebt gedaan het te voorkomen en naderhand om het te genezen”. Al meer dan twintig jaar is zr. Scharbaai nu actief als wondzuster. Na de opleiding tot ziekenverzorgende en daarna de opleiding tot verpleegkun-

dische mannen. Naast haar drukke baan als afdelingshoofd heeft ze hier tot nu veel goede ervaringen aan overgehouden. “Ik houd van chirurgie, en natuurlijk van wonden, het geeft zoveel voldoening als je een lelijke graad 4 decubitus wond door jou toedoen langzaam weer ziet genezen”. De rol van de verpleging rondom de decubituswond is voor haar duidelijk. “Decubitus is iets van de verpleegkundige, het inschatten van risico’s, het controleren op decubitus bij patiënten en goede wondverzorging moet vanuit de verpleging komen, er wordt nog te veel op de dokter gewacht.” Natuurlijk wanneer de patiënt septisch wordt of wanneer necrotectomie nodig is, moet de specialist erbij komen, maar volgens zuster Scharbaai is de verpleging er voor de verzorging en daar hoort ook die van de wonden bij. Vooral in het kader van preventief handelen speelt de verpleging

Helaas waren verdere specificaties niet direct bij de hand... Sindsdien zou er volgens zr. Scharbaai op de chirurgische mannen afdeling zelfs een dalende trend te zien zijn in de prevalentie van decubitus, iets wat anders doet vermoeden als je het aantal decubituswonden anno nu op de chirurgische afdelingen ziet. Toch is het zo stelt ze, en prijst daarbij de aanpak van de afdeling, waarbij, middels het invullen van decubitus risicolijsten, het onderwijzen van de eigen verpleging en regelmatig wondoverleg op macro- en microniveau, toe gewerkt wordt naar steeds lagere incidentiecijfers. Het onderzoek uit 2007 liet wel zorgelijke getallen zien op de interne afdelingen en de intensive care. Het probleem ligt dan ook in het ontbreken van een ziekenhuisbreed protocol, een eenduidig beleid als het gaat om decubituswonden, waarbij de nadruk moet liggen op preventie. “Er moet



Afdeling 'Chirurgische mannen'



Zr. Scharbaai

één duidelijk decubitus preventie-protocol komen, waar alle afdelingen zich aan behoren te houden. Essentieel hiervoor is de onvoorwaardelijke steun vanuit de directie en dat ontbreekt op dit moment nog", aldus zr. Scharbaai. Dan rijst nu wel de vraag of dit het enige punt

mogelijk te voorkomen en anderszijds bestaande decubitusletsels zo goed mogelijk te behandelen. Behalve het geven van enige leidraad, zorgde deze richtlijn ervoor dat het decubitus probleem landelijk meer aandacht kreeg. Zr. Scharbaai, zelf ook actief in één van de werk-

ken, er zit soms wat langer tussen; desalniettemin, er vindt tenminste overleg plaats.

Desondanks voorkomen de nieuwe richtlijn en de continuïteit in zorg niet, dat nog regelmatig ontslagen patiënt terug gezien worden in het

"Vooral in het kader van preventief handelen speelt de verpleging een onschatbare rol."

is waar het mis gaat om een dergelijk ziekenhuisbreed protocol in te voeren, want een makkelijk te hanteren basis ligt er inmiddels al een tijdje...

DECUBITUS IN CURAÇAO

In 2008 is er namelijk door een multidisciplinaire decubituscommissie met verpleegkundigen, artsen, diëtisten en een chirurg, een decubitusrichtlijn ontwikkeld voor alle ziekenhuizen, zorginstellingen en de thuiszorg in Curaçao. Het doel: een zo toegankelijk en duidelijk mogelijke handleiding aan te kunnen bieden aan het medisch verzorgend personeel om enerzijds decubitus zoveel

groepen, was verantwoordelijk voor de totstandkoming hiervan. "De ontwikkeling van deze richtlijn heeft ertoe geleid dat het op het eiland wel beter gaat. De thuiszorg en wijkverpleging zitten wat betreft decubitus op één lijn. Na ontslag uit het ziekenhuis zorgen zij voor goede continuïteit van de zorg. De communicatie tussen de betrokken partijen is goed. Daarnaast heeft deze richtlijn ertoe geleid dat wij nu ééns in de twee maanden overleg hebben met de werkgroep en één keer per week op microniveau op de eigen afdeling." Bij wat navragen bleek echter strikte navolging hiervan te ontbre-

ziekenhuis met grotere geïnfecteerde wonden, soms zelfs tegen een sepsis aan. Waar dat precies aan ligt weet zr. Scharbaai ook niet. "Er zitten gespecialiseerde wondenzusters in het wijkteam, maar misschien zijn die niet altijd in het veld of wacht men gewoon te lang met doorsturen naar de huisdokter of ziekenhuis." Maar meer factoren spelen een rol, zoals een tekort aan voorlichting bij patiënten en familie met als gevolg slechte familieparticipatie in het genezingsproces en een algeheel tekort aan liquide en materiële middelen. Het één leidt tot het ander, al met al een zeer vervelende vicieuze



cirkel. Dit te doorbreken zonder meer financiële en organisatorische hulp vanuit de overheid en kennis vanuit de ziekenhuizen is mijn inziens zeer moeilijk.

DECUBITUS IN DE TOEKOMST

Vroeger deden regelmatig verhalen de ronde dat wanneer je naar het ziekenhuis ging, je met (meer) gaten in je lichaam er weer uit kwam. Er heerste grote angst dat het gevolg

de huisarts heb ik menige situatie gezien waarbij ik mij die angst goed kan voorstellen. Eenmaal thuis met een decubituswond neemt de zorgbehoefte enorm toe; deze verergert vaak door een langdurig ziektebed wegens wondcomplicaties en de over het algemeen hoge comorbiditeit. “Deze angst is nu echt wel minder dan vroeger” stelt zr. Scharbaai, “patiënt en familie zijn mondiger geworden; ze eisen betere zorg van de ziekenhuizen, hetgeen het zieken-

heid van de patiënten de deur open voor meer gerichte voorlichting en daarmee hopelijk ook meer familieparticipatie, een essentieel onderdeel in het voorkomen en goed behandelen van decubituswonden. Bij de intake-gesprekken van nieuwe patiënten op de chirurgische mannen wijzen we patiënten én hun familie op de risico's van een ziekenhuisopname en geven nadrukkelijk aan welke positieve rol de familie hierin kan spelen.” Dit gebeurt ech-

“Onlangs nog een patiënt die bij ons op de afdeling kwam met graad 4 decubitus wonden. Middels intensieve verzorging mooi genezen. Dat geeft echt voldoening.”

van een ziekenhuisbezoek en -opname grotere consequenties had dan de initiële reden van het ziekenhuisbezoek, dit zowel voor de patiënt als diens familie. Tijdens mijn meeloopmomenten met de wijkverpleging en

huispersoneel weer prikkelt (zij het op een verkeerde manier) de zorg continu te verbeteren, en men let erop dat tijdens opnames hun familielid goed verzorgd wordt.” “Tevens” zegt zr. Scharbaai, “zet de mondiger-

ter niet altijd even goed en ook niet op elke afdeling. Met weer een extra punt ter verbetering voorhanden lijkt een oplossing voor minder decubitus op het eiland in zicht. “Het is een combinatie van verbete-

ringen: meer gerichte voorlichting en meer familieparticipatie zijn belangrijke speerpunten op de afdeling, dit samen met het implementeren en uitvoeren van ziekenhuisbreed beleid waar preventief handelen centraal staat, meer multidisciplinair overleg en meer initiatief vanuit de verpleging, zal het Sehos en Curaçao op den duur helpen de decubitus aantallen naar beneden te schroeven” aldus zr. Scharbaai.

De decubituszorg zit in een stijgende lijn, elk jaar gaat het weer wat beter. Het continu belichten van de mindere aspecten en het praten over verbeteringen doet denken dat het alleen

het grote voordeel van een column, en naar aanleiding van wat ik heb gezien, het grote voordeel van coassistent zijn: je komt op vele afdelingen en ziet vele takken van de medische zorg.

Ondanks de steeds betere aanpak voor het terugdringen van decubitus, blijft het opvallen dat, waar in menig ziekenhuis het contact tussen medisch personeel en patiënt begint met een wond, het in het Sehos nog regelmatig eindigt met een wond. De wijkverpleging en thuiszorginstanties haken hier wel goed op in, continuïteit van zorg lijkt gewaarborgd te zijn. Echter, daar ontbreekt nog wel

de basis in de vorm van een landelijke richtlijn al beschikbaar is. Zoals in de inleiding van deze richtlijn ook wordt gesteld, zal de incidentie van decubitus op dit eiland afhangen van de bereidwilligheid van de ziekenhuisdirectie van het Sehos om deze preventieve richtlijn te steunen, het verplegend personeel daartoe te motiveren en de daarvoor benodigde middelen beschikbaar te stellen. En daar ontbreekt bij mij nu nog de overtuiging. Ik heb het helaas zelf afgelopen jaar vaak genoeg zelf kunnen ondervinden: de wil, kunde en kennis is er wel in Curaçao, helaas ontbreekt het nog te vaak aan initiatief, doorzettingsvermogen en finan-

“De wil, kunde en kennis is er wel in Curaçao, helaas ontbreekt het nog te vaak aan initiatief, doorzettingsvermogen en financiële middelen.”

maar slecht gesteld is met de (decubitus)wondzorg op Curaçao, maar dat is voorbarig en verkeerd, vindt ook zr. Scharbaai. “Het gaat ook vaak genoeg goed. Onlangs nog een patiënt die na drie maanden IC bij ons op de afdeling kwam met graad 4 decubitus wonden. Middels intensieve verzorging kon meneer met bijna genezen wonden richting de wijkzorg. Een paar weken later kwam hij terug op de afdeling, trok zijn kleren uit en liet zijn rug en stuit zijn. Mooi genezen. Dat geeft echt voldoening.”

Met mijn wond is het uiteindelijk ook goed gegaan, na veel verzorging, liefde en een tijdje mank lopen. Mooi genezen. Wat nu overblijft, is enige voorzichtigheid richting slidin-gen en een goed gevoel van binnen na mijn eerste try.

Om een zo objectief mogelijk oordeel te leveren over hoe het nu precies gesteld is met de decubituszorg in Curaçao en het Sehos, mis ik als coassistent de juiste kwalificaties, laat staan dat ik beschik over cijfers om het hard te maken. Wel kan ik praten vanuit mijn eigen opvatting,

eens de expertise en kennis, ook het gemis van financiële armslag en beschikbare middelen is hier zichtbaar. De aanwas van nieuwe wonden blijft groot en de familieparticipatie in het verzorgingsproces is nog te gering. Ondanks de goede intentie en zorg van de wijkverpleging blijft het moeilijk het aantal decubituswonden buiten het ziekenhuis terug te dringen en soms erge complicaties te voorkomen.

Het probleem aanpakken bij de wortel in de ziekenhuizen? Lijkt mij een uitstekende idee. Maar hoe? Aan de wil en enthousiasme van een individu, zoals zr. Scharbaai, zal het niet liggen. Wat dat betreft ben ik het qua ideeën helemaal met zr. Scharbaai eens: er moet meer geïnvesteerd worden in goede voorlichting aan patiënten en familie, in het bewerkstelligen van goede familieparticipatie, in het onderwijzen van nieuwe wondzusters en in het invoeren en dan ook volgen van een duidelijk ziekenhuisbreed preventieprotocol voor decubitus.

Over dat laatste heb ik wel zo mijn zorgen, ondanks het feit dat een soli-

ciële middelen, waardoor goede plannen vaak geen gevolg krijgen. Daar moet naar mijn mening nou eens aan gewerkt worden. Laten we hopen dat zr. Scharbaai en haar afdeling hiervoor als voorbeeld kunnen fungeren en dat in de nabije toekomst gewerkt kan worden aan het nog meer terugdringen van decubitus op dit eiland. Het zal Curaçao en het Sehos alleen maar ten goede komen.

Ter afsluiting wil ik hierbij zr. Norinda Scharbaai hartelijk bedanken voor het mogelijk maken van dit artikel en het personeel van het St. Elisabeth Hospitaal te Curaçao voor een warm, gezellig en vooral leerzaam jaar.

Masha danki.

***Hugo den Boogert, coassistent
St. Elisabeth Hospitaal, Curaçao.**