

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres op 23 november 1993 te Utrecht.

Jaarlijks worden gemiddeld 4000 patiënten met brandwonden, waarvan 2500 kinderen, in een ziekenhuis opgenomen. Bij 10 % hiervan vindt opname plaats in één van de drie brandwondencentra in Nederland.

De meeste verbrandingen vinden thuis plaats.

Het afgelopen jaar zijn in het Brandwondencentrum in Groningen 83 patiënten opgenomen geweest. Bij 14 patiënten werd na ontslag de wijkverpleegkundige ingeschakeld.

Na een algemeen gedeelte zal ik aan de hand van 2 casussen nader ingaan op de nazorgaspecten van de brandwondpatiënt.

De patiënt met een thermisch letsel heeft in het merendeel van de gevallen het ongeval bewust meegemaakt.

Dit heeft een grote invloed op de psyche van de patiënt.

De vele chirurgische ingrepen, de vaak pijnlijke verbandwisselingen en het langdurige isolement zijn eveneens sterk belastende factoren.

Maar het zwaarst van alles te dragen is de confrontatie met de littekens en de reacties van de omgeving daarop. Daarbij komen de volgende vragen;

- * Hoe zie ik eruit als ik het ziekenhuis verlaat ?
- * Zal ik me straks weer kunnen redden ?
- * Zal ik mijn werk weer kunnen doen ?

Naast zuiver medische aandacht is psychosociale begeleiding van groot belang. Voor het psychisch herstel, als onderdeel van het gehele revalidatieproces, zijn weinig voorschriften te geven.

Goede persoonlijke relaties zijn van beslissende betekenis.

Patiënten worden dan ook aangemoedigd om deze in stand te houden.

Het is geen uitzondering dat patiënten met brandwonden nog jarenlang de psychische gevolgen van hun ongeval ondervinden.

In 1987 deed Faber, klinisch psycholoog verbonden aan het Brandwondencentrum te Groningen, een follow-up onderzoek bij 42 patiënten ouder dan 15 jaar. Nagegaan werd in hoeverre er in de periode na het ziekenhuis behoefte bestond aan psychologische en sociale nazorg.

Op grond van de onderzoeksresultaten kunnen we stellen dat psychologen neigen naar een overschatting van het aantal patiënten dat behoefte heeft aan psychologische of sociale nazorg en/of dat patiënten met brandwonden een neiging lijken te hebben hun problemen te onderschatten.

De verwachting van de patiënten zelf bij ontslag is een onbetrouwbaar criterium voor hun toekomstige behoefte aan psychosociale hulp. Slechts 11 % verwacht bij ontslag problemen. Onderzoek bij deze patiënten, 1,5 jaar later, geeft echter aan dat 45 % in de periode na het ontslag psychische problemen heeft gehad. Zelfs blijkt, dat 1,5 jaar na het ontslag nog 20 % behoefte te hebben aan hulp voor deze problemen.

Men kan concluderen dat veel patiënten na ontslag aanpassingsstoornissen hebben die zich uiten in emotionele labiliteit, angst, gedragsstoornissen en depressies. In de praktijk is gebleken dat brandwondpatiënten, in onderling begrip elkaar vaak beter kunnen steunen en helpen om de moeilijkheden te overwinnen dan dat buitenstaanders dat kunnen.

In Nederland bestaat de vereniging van brandwondpatiënten.

Er wordt vaak gesuggereerd dat de patiënt met brandwonden door het ongeval, zijn littekens en vaak verlies van functies, nooit weer de oude wordt. Illustratief hiervoor is dat nog niet zo lang geleden de Nederlandse Vereniging voor Ex-brandwondpatiënten haar naam bij notariële akte liet wijzigen in de Nederlandse Vereniging voor Brandwondpatiënten.

Deze vereniging geeft haar leden steun en advies op zowel psychisch, juridisch, maatschappelijk als sociaal gebied. Aan het ontslag van de brandwondpatiënt gaat een intensieve behandeling en verpleging vooraf. Zowel het lichamelijke als het psychische aspect krijgt veel aandacht.

Als voorbereiding op het ontslag wordt de partner van de patient, wanneer het een kind betreft de ouders, betrokken bij de wondverzorging.

Afhankelijk van de thuissituatie en de stabiliteit van het gezin wordt besloten tot het ontslag van de patient.

In Groningen zijn we terughoudend in het ontslaan van patienten die nog veel



Door
Tineke de Vries,
Intensive-care
Brandwondverpleegkundige
van het
brandwondencentrum van
het Martini Ziekenhuis
(locatie Van Swieten) te
Groningen

wondverzorging nodig hebben. Met name verbandwisselingen bij kinderen geven thuis nogal eens problemen. Kinderen worden daarom pas ontslagen als er bijna geen verband meer nodig is. Het is gebruikelijk dat de ouders het kind zelf baden de dagen voorafgaande aan het ontslag. Zij worden eerder geleidelijk geconfronteerd met de littekens omdat met het genezen van de wonden en derhalve het weglaten van het verband, de littekens steeds meer zichtbaar worden. Wij laten de ouders samen met het kind vaak de genezen huid invetten. Met name het wassen van de genezen gebieden en eventuele defekten wordt door de ouders vaak eerst als eng ervaren. Door de onzekerheid van de ouders, soms gecombineerd met aanwezige schuldgevoelens, geeft het kind meer pijn cq angst aan dan wanneer een verpleegkundige de wondverzorging doet. De ouders wordt aangeraden het kind zoveel mogelijk zelf te laten doen, ook al kost dit nogal wat geduld en inspanning. Het is belangrijk dat het kind weer vertrouwen krijgt in zijn eigen kunnen.

Volwassen patiënten worden vanaf het eerste moment betrokken bij de wondverzorging.

Een patiënt met restdefecten gaat pas naar huis wanneer het team en de patiënt ervan overtuigd zijn dat ontslag verantwoord is.

Indien voor het verbinden thuis de wijkverpleegkundige wordt ingeschakeld, is een goede overdracht met betrekking tot de wondverzorging en de begeleiding hierin, erg belangrijk.

Bij uitgebreide wondverzorging thuis is het aan te raden de wijkverpleegkundige een keer op het centrum uit te nodigen om samen met een verpleegkundige daar de wonden te verzorgen.

Dit wordt door zowel de patiënt als de wijkverpleegkundige als zinvol ervaren. De meeste patiënten wordt geadviseerd om het oude verband tijdens het douchen of baden te verwijderen. De patiënt kan zich daarna op de gebruikelijke manier wassen.

De patiënten komen regelmatig op het poliklinische brandwondenspreekuur terug voor inspectie van de wonden en de littekens en om de problemen die de patiënt ondervindt te bespreken. Zo nodig wordt de lokale behandeling aangepast.

Tijdens het brandwondenspreekuur is ook een verpleegkundige van het centrum aanwezig om o.a. assistentie te verlenen bij de wondbehandeling. Met elkaar wordt de nazorg geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Vaak wordt de patiënt ontslagen met enige restdefecten. Met douchebeurten

en een goede wondverzorging nemen de defekten over het algemeen snel af. Bij problemen kan de patiënt altijd contact opnemen met het brandwonden-centrum. Zonodig kan een poliklinische afspraak eerder plaatsvinden als gepland.

De pas genezen huid is kwetsbaar en moet dan ook worden beschermd tegen stoten, stuwning en schuivende krachten. De opperhuid laat nog gemakkelijk los waardoor blaren kunnen ontstaan. Blaren ontstaan vooral aan de benen en voeten, met name als de patiënt geen steunkousen of elastische zwachtels draagt ter compensatie van de hydrostatische druk.

Het aantrekken van steunkousen kan de kwetsbare huid beschadigen, zodat vooral kort na genezing van de huid vaak de voorkeur wordt gegeven aan elastische zwachtels.

Passief afhangelende benen zijn een groter risico dan actief bewogen benen. Het ontstaan van blaren op de handen mag geen aanleiding zijn om te stoppen met oefenen. De intensiteit ervan kan wel tijdelijk verminderd worden.

Veel patiënten hebben last van jeuk. Met name kinderen kunnen door de hevige jeukaanvallen, die vooral 's nachts in bed plaatsvinden, zodanig geplaagd worden, dat het hele gezin ontregeld wordt.

Maatregelen die de jeukklachten kunnen verminderen zijn :

- * Het vermijden van warme kleding,
- * Baden en douchen met lauwwarm water,
- * Het gebruik van luchtig beddegoed,
- * Het vet en soepel houden van de littekens,
- * Drukkleding kan een gunstig effect hebben op de jeukklachten.
- * Soms wordt een antihistaminicum voorgeschreven om de jeuk te onderdrukken.

Derdegraads brandwonden, getransplanteerde huidgebieden en diepe tweede-graads brandwonden laten altijd littekens na.

Als de littekenvorming verheven is spreekt men van littekenhypertrofie. Littekenhypertrofie kan goed behandeld worden met behulp van druk.

De hiervoor ontwikkelde drukkleding of drukmaskers moeten 24 uur per dag gedragen worden gedurende een langere periode, soms wel 1 à 2 jaar.

Drukkleding wordt voorgeschreven als de huid voldoende hersteld is.

De mogelijkheden om littekens te corrigeren zijn beperkt. Acceptatie van het litteken door de patiënt is in feite het

belangrijkste doel van de behandeling. Het is belangrijk de patiënt te wijzen op de beperkte mogelijkheden van litteken-correcties. Valse hoop kan acceptatie van littekens in de weg staan. Patiënten wordt geadviseerd de littekens niet te verbergen en te trachten weer deel te nemen aan het normale leven. Het snel hervatten van school of werk wordt aangeraden.

Littekens ter hoogte van gewrichten en andere beweeglijke delen van de huid zoals de mond en de oogleden, kunnen de functie van ledematen, mond en oogleden verstoren.

Deze verstoorde functie gaat vaak gepaard met een cosmetisch functieverlies. De patiënt kan door deze beperkingen geïnvaleideerd raken.

Kontrakturen a.g.v. huidtekorten kunnen worden opgeheven d.m.v. een plastisch-chirurgische correctie.

Ook als er sprake is van bewegingsbeperking in een gewricht is het erg belangrijk om te blijven oefenen.

Na ontslag is de patiënt nog niet patiënt af en zal zijn littekens en soms in meerder of mindere mate van invaliditeit moeten leren verwerken en accepteren. Daarbij kunnen problemen ontstaan. Psychische instabiliteit kan zich onder andere uiten in emotionele labiliteit en somberheid.

Bij kinderen komt vaak regressie voor. Van groot belang is de wijze waarop de patiënt in het gezin, op werk of op school wordt opgevangen.

De eerste casus handelt over een jongeman van 19 jaar.

Deze patiënt was twee maanden opgenomen geweest in een ander ziekenhuis i.v.m. een meningococcensepsis met als gevolg een Waterhouse Friedrichsen syndroom.

Er trad huidnecrose op over een totaal lichaamsoppervlak van 50% met name aan de benen, de stuit en de heupen. De behandeling bestond uit het amputeren van beide voeten, het excideren van de necrose en huidtransplantaties. Zie fig. 1.

Als donorplaatsen fungeerden niet aangedane gebieden.

Na stabilisatie van de algemene toestand werd de patiënt verwezen naar het brandwondencentrum te Groningen voor verdere behandeling van de nog resterende huiddefecten.

Omdat de wonden waren gekoloniseerd met pseudomonas werd besloten tot dagelijkse badbehandeling en flammazine verbanden.

Met behulp van een badlift is het mogelijk de patiënt te vervoeren naar het bad.

De patiënt kan op de badlift blijven liggen gedurende de badbehandeling. Behalve het gebruik van speciale voorzieningen waarover een brandwondencentrum beschikt, is de houding waarmee de teamleden de patiënt benaderen belangrijk. Als een verpleegkundige onzeker gedrag vertoont bij de uitvoering van de wondverzorging kan dit de patiënt angstig maken wat kan resulteren in een toename van de pijnklachten.

Ook hier verhoogt de mate van continuïteit de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Bij opname op het centrum troffen wij een zeer angstige jongeman aan. Bij inspectie van de wonden bleek er nog 23% van het lichaamsoppervlak aan defekten te restereren.

De patiënt begon met seresta.

Binnen een paar dagen was de angst, voor de verbandwisselingen in bad, vrijwel verdwenen. Met de angst verdween voor een gedeelte ook de pijn.

Gedurende een verblijf van twee maanden op het centrum werd de patiënt 3 maal geopereerd.

De patiënt had een positieve levensinstelling en onderging alles moedig. Tevens ondervond hij veel steun van zijn familie en vrienden.

In overleg met de patiënt en zijn familie werd besloten tot ontslag. Op dat moment resteerden er nog verspreid 1,5 % aan huiddefecten.

De wijkverpleegkundige werd ingeschakeld en kwam kennis maken met de patiënt op het centrum. Met elkaar werd de wondbehandeling doorgenomen.

Vervolgens was de wijkverpleegkundige aanwezig bij de verbandwisseling.

Tevens was er een verpleegkundige overdracht geschreven.

De wijkverpleegkundige streefde naar continuïteit in de thuiszorg.

Daar de patiënt nog werd verbonden met flammazine waren dagelijkse verband-



Figuur 1

wisselingen geïndiceerd.

Aan de wijkverpleegkundige werd gevraagd bij problemen of vragen contact op te nemen met het centrum.

De patiënt bleef de eerste tijd poliklinisch onder controle. Ter zijner tijd zou er een reconstructie van de stompen plaatsvinden.

Voor dagbehandeling ging de patiënt naar een revalidatiecentrum.

Bij evaluatie van de nazorg bleek de patiënt hier erg tevreden over te zijn. De dagelijkse wondverzorging door de wijkverpleegkundige was goed verlopen. De patiënt gaf hier de volgende redenen voor :

- De wijkverpleegkundige was zeker in haar handelen.
- Er was continuïteit in de zorg, als er een wisseling plaatsvond van verpleegkundigen deden ze voorafgaand hieraan samen de verbandwisseling. De positieve levenshouding van de patiënt is zeker ook debet aan het goede verloop van de nazorg.

De tweede casus betreft een vrouw van 61 jaar.

Zij had brandwonden opgelopen nadat haar nachtkleding had vlam gevat door de gasvlam van het fornuis. De brandwonden waren gelocaliseerd aan de rechter zijde van het gelaat, rechter zijde van de hals, rechter arm, rechter flank en het rechter bovenbeen. Zie fig.2.

Het totale verbrande lichaamsoppervlak was 14 % waarvan 13 % met volledige dikte huidverlies.

De patiënt is gedurende de opname, van 6 weken, drie keer geopereerd.

Het genezingsproces verliep moeizaam. De patiënt had erg veel moeite met het verwerken van het haar overkomen

trauma, ze voelde zich zelf schuldig aan het gebeuren.

Ze bleef veel pijnklachten aangeven in het gebied van de genezen brandwonden. Tevens klaagde ze over een toenemende functiebeperking van de nek, schouder en rechter arm. In verband met een flexiecontractuur in de hals rechts werd een halskraag aangemeten. De patiënt ging dagelijks onder de douche waarbij de defekten goed werden gewassen.

Bij ontslag resteerden er nog defekten in de okselstreek en de lies van een half % van het lichaamsoppervlak.

In overleg met de patiënt werd de wijkverpleging ingeschakeld.

De patiënt vond het erg moeilijk de wonden zelf te verzorgen. Ze vond het al naar om er naar te kijken. Ze voelde zich erg onzeker over de wondbehandeling thuis.

Naar de wijkverpleegkundige ging een uitgebreide overdracht. Het was voor de wijkverpleegkundige niet mogelijk om een keer aanwezig te zijn bij een verbandwisseling i.v.m. de grote afstand tussen de woonplaats van de patiënt en het brandwondencentrum te Groningen. De patiënt werd aangemeld voor dagbehandeling in een revalidatiecentrum. De patiënt zou poliklinisch onder controle blijven.

Bij evaluatie van de nazorg bleek dat deze periode moeizaam was verlopen.

De patiënt gaf als redenen hiervoor op :

- Moeilijk dichtgaande defekten.
- Toenemende functiebeperking.
- Onzekerheid van de wijkverpleegkundige met betrekking tot de wondverzorging.
- Geen continuïteit in de zorg.

Gedurende deze periode heeft de wijkverpleegkundige een paar keer telefonisch contact gezocht met het brandwondencentrum aangezien de informatie van de patiënt over de wondbehandeling niet overeen kwam met de verpleegkundige overdracht.

In overleg werd besloten de patiënt meer structuur te bieden en te kiezen voor een wat autoritaire benadering.

Met name bij deze patiënt, die zelf al heel onzeker was over de wondverzorging en hier erg veel moeite mee had, is een ervaren hulpverlener die een stuk zekerheid uitstraalt erg belangrijk.

Onze doelstelling is om met een goede begeleiding intramuraal een extramuraal overbelasting te voorkomen. Men moet er naar streven om deze overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Figuur 2

