

# Arbeids- en Tijdsintensieve Behandeling (ATB): flexibel en hoogwaardig maatpak van tijdloze snit

<b>Auteur:</b>	M. Tent
<b>Vertaald/bijgewerkt:</b>	
<b>Nieuwsbrief:</b>	1996
<b>Pagina:</b>	5-6
<b>Jaargang:</b>	9
<b>Nummer:</b>	1
<b>Toestemming:</b>	
<b>Illustraties:</b>	
<b>Bijzonderheden:</b>	
<b>Kernwoorden:</b>	psoriasis dermatologie wondbehandeling eczeem
<b>Literatuur:</b>	

Het Academisch Ziekenhuis St. Radboud in Nijmegen is sinds mei 1992 een bijzondere (dermatologische) afdeling rijker: de ATB, voluit Arbeids- en Tijdsintensieve Behandeling. Je zou de ATB een uitgebouwde poliklinische behandeling kunnen noemen, die tussen poli en dagopname in zit. Het meest kenmerkende van de ATB is het intensieve contact met de patiënt, om hem zo ‘zelfredzaam’ (zoals dat in minder fraai jargon heet) mogelijk te maken. Behalve de patiënt profiteert ook de verpleegkundige van het intensieve contact: er is sprake van een vruchtbare uitwisseling van informatie. ‘Luister naar de patiënt’ is niet voor niets een motto van de ATB-verpleegkundige. In een driejarig onderzoek dat begint op 1 januari 1996, zal een kosten-batenanalyse op de ATB worden losgelaten. Maar nu al is duidelijk dat de ATB werkt: patiënten zijn zelfstandiger en gemotiveerder dan ooit. Daarom staat al vast, dat nog vier ziekenhuizen zullen worden verrijkt met een ATB-afdeling: behalve Deventer zijn dat de academische ziekenhuizen van Groningen, Utrecht en Maastricht. Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is eveneens bij het project betrokken, maar zal de ATB-behandelingen bij het Radboud onderbrengen. Geestelijke vader van de ATB is professor Van de Kerkhof. ‘We hebben het samen uitgewerkt, veelal tijdens autoritten – kladblok op schoot – naar en van andere ziekenhuizen zoals het AZG en het AZL, om ideeën op te doen voor onze nieuwbouw’, vertelt Wilma Verbeek. Helga te Braak en Wilmy van Meeteren (resp. full-time en part-time ATB-verpleegkundige) komen eveneens aan het woord over het maatpak dat de ATB de patiënt met eczeem, psoriasis of een ulcus aanmeet. Of je de snit van dat pak nu tijdloos of iets ouderwets noemt, het zit altijd weer als gegoten. Michiel Tent in gesprek met Wilma Verbeek, hoofdverpleegkundige poli Dermatologie en de verpleegkundigen Helga Te Braak en Wilmy van Meeteren, van het AZN St. Radboud.

## Tussen poli en opname

Wat is de werkwijze van de ATB en wat is de reden van dit initiatief?

Wilma Verbeek: “Voordat de ATB er was, konden patiënten kiezen uit twee behandelingen die qua intensiteit ver uiteen liggen: poliklinische behandeling of opname. Op de polikliniek was de patiënt na zo’n

10 minuten weer klaar: meer tijd was er niet. Als het slechter ging met de patiënt, betekende dat: opname. Daar zat niets tussen. Dagbehandeling duurt in principe langer dan twee uur; ATB is korter. Een ander verschil is, dat we de patiënt heel goed proberen te instrueren: zodanig, dat hij zichzelf goed kan redden in de thuissituatie. Ouders van een baby met constitutioneel eczeem bijvoorbeeld, moet je heel goed uitleggen wat het kind heeft en wat het mogelijk nog te wachten staat. Hun kun je ATB aanbieden. De poli-arts schrijft dan een aanmeldingsformulier uit en neemt contact op met de arts van de ATB; dan krijgen Helga te Braak en Wilmy van Meeteren het formulier binnen.”

Welke patiënten zien jullie hier?

Wilmy van Meeteren: “Wij zien hier patiënten met een uitgebreid eczeem, waarbij poliklinische behandeling niet meer haalbaar is. De aangedane huid wordt ingesmeerd met teer, waarna er een buisverband overheen gaat. Het betreft volwassenen die of zichzelf, of hun baby of kleine kind moeten insmeren met teerzalf, maar nog niet precies weten hoe ze thuis te werk moeten gaan. Verder komen hier mensen met psoriasis, die we insmeren met Dithranol-crème; alleen de laesies of, bij een uitgebreide psoriasis, diffuus. Zij zitten in hun gewone kleding de afgesproken inwerktijd uit en kunnen daarna douchen. We zien mensen met complexe ulcera aan het been, die zeker twee of drie keer per week verbonden moeten worden, maar die de wijkverpleging niet altijd kan opvangen. Ook komen er patiënten met een lymfe-oedeem, die met een lymfepress behandeld worden.”

Helga te Braak: “Of een psoriasis of eczeem ‘uitgebreid’ is, is overigens subjectief. Wij verstaan onder uitgebreid: gegeneraliseerd, maar een patiënt kan eczeem aan handen en voeten al als uitgebreid ervaren, als het voor hem erg belastend is.”

## Voorlichting

Hoe lang blijven mensen hier op een dag?

Helga te Braak: “Psoriasis-patiënten blijven tussen een half en anderhalf uur. Bij eczeem-patiënten hangt het er van af, welke lichaamsdelen zijn aangedaan: gaat het alleen om handen en voeten, dan ben je sneller klaar dan wanneer je iemand helemaal moet inpakken, wat wel een uur duurt. Een behandeling met de lymfe-press duurt het langst. Het compressief verband wordt verwijderd, waarna een arm of been met oedeem gedurende twee uur in een manchet gaat, die het oedeem als het ware wegperst. Tenslotte leggen we het verband weer aan.”

Wilma Verbeek: “Buiten de eigenlijke behandeling wordt er veel tijd genomen om de patiënt te informeren, zodat hij uiteindelijk zoveel mogelijk zelf thuis kan doen. De psoriasispatiënt moet, gedurende langere tijd, zeven dagen per week twee keer per dag smeren; patiënten met eczeem leer je smeren en verbinden; zaken waarvoor op de polikliniek veel minder tijd is. Geloof het of niet, maar een redelijk aantal patiënten dat met koolteerpasta behandeld wordt, kan dat op een bepaald moment zelf thuis aanbrengen. Met goede voorlichting blijkt veel mogelijk te zijn! Kan een patiënt de grote belasting toch niet aan of lukt het verbinden niet, dan kan hij alsnog opgenomen worden. Met name als het een ulcus betreft, schakelen we ook de wijkverpleging wel in. Het is maatwerk.”

## Bezuinigingen

Hoe is het gelukt om in een tijd van grote bezuinigingen een geheel nieuwe afdeling te creëren? Want het is in Nederland vooralsnog de enige in zijn soort!

Wilma Verbeek: “Destijds hadden we de gelegenheid in onze nieuwbouw een ruimte voor de ATB te creëren. Eigenlijk was er geen geld voor. Toch zijn we gestart, met het idee: we zien wel waar het schip strandt. De ATB sloeg aan: de twee bedden waarmee we begonnen bleken al snel onvoldoende. In 1993–94 moest het ziekenhuis vele miljoenen bezuinigen. Elke afdeling moest zelf aangeven, waarop bezuinigd kon worden. Binnen de polikliniek zijn toen twee spreekuren komen te vervallen, en de kliniek leverde bedden in. Dit werd opgevangen met twee extra bedden op de ATB; op de poli was daar geen ruimte voor. De afdeling had daarentegen twee zalen over, die toen verbouwd zijn tot één ATB–ruimte. De duur van de ATB lijkt lang. Dat komt mede omdat wij de patiënt enige tijd volgen als hij een behandeling zelf thuis voortzet. Hij komt dan terug om eventuele problemen waar hij thuis tegenaan loopt, te bespreken. Maar uiteindelijk betaalt het intensieve begeleiden en instrueren van de patiënt zich letterlijk terug, omdat toekomstige opnames en poliklinische bezoeken erdoor beperkt worden. Het was één van de redenen dat het ATB–project er kon komen: het levert besparingen op. Je ziet dat heel duidelijk bij de behandeling van kinderen. Voorheen werden heel veel kinderen zo’n drie weken opgenomen; nu is de opname, soms om de ouders te ontlasten of als crisis– interventie, duidelijk korter [zie tabel]. Een korte opname, al dan niet gevolgd door ATB of poliklinische behandeling. Zo realiseer je toch een besparing op de lange termijn.”

De opnameduur voor kinderen laat een opmerkelijke daling zien sinds de ATB er is. “Een en ander gaat uitgebreid onderzocht worden. Op 1 januari 1996 start er een driejarig onderzoek, dat ondermeer kijkt naar de kosten–effectiviteit van de ATB en waar uitsluitend psoriasis–patiënten bij worden betrokken. De kosten van de ATB worden afgezet tegen die van lichttherapie en klinische behandeling met Dithranol.”

## Intensief

Wat is het grootste verschil met ‘vroeger’?

Helga te Braak: “Het contact met de patiënten is veel intensiever, je hebt meer tijd voor ze. Je ziet ze twee, soms drie keer per week; psoriasis–patiënten zelfs elke dag. Je kunt de zorg nòg beter afstemmen op de behoeften van de individuele patiënt en de vertrouwensrelatie vergroten. Eventueel kunnen we de aan de afdeling dermatologie verbonden psycholoog inschakelen. Deze kan helpen bij de acceptatie van de huidaandoening en instructies geven voor ontspanningsoefeningen. Tijdens het wekelijkse multidisciplinair overleg, kan de psycholoog zonodig ook arts en verpleging met raad bijstaan.”

Ik zag je net zelfs met een grateur aan een ulcus bezig.

Helga te Braak: “Ja, met name in het gebied rond de wond zijn we heel secuur. Alles wat weg kan, schilfertjes en zo, halen we ook weg. Necrose wegsnijden doen we niet, hoor; maar wat we zelf kunnen, doen we ook zelf. Samen met een arts evalueren we de behandeling, die in overleg met de patiënt kan worden bijgesteld als dat nodig is. Alle afspraken maken we zelf; we plannen de benodigde tijd in en lopen maar heel zelden uit. Al met al werken we behoorlijk zelfstandig op de ATB.”

Wat voor soort voorlichting geef je aan ouders van kinderen met een moeilijk geval van constitutioneel eczeem?

Wilmy van Meeteren: “Om te beginnen vertelt de arts wat constitutioneel eczeem precies is en welke implicaties het heeft voor patiënt en familie. De verpleegkundige vertelt hoe men

wat moet smeren in welk stadium van het eczeem en geeft kledingadviezen en dergelijke. Het is goed voor ouders om te weten, ook al is het niet meteen nodig, wat zij – thuis – precies moeten doen op het moment van een nieuwe uitbarsting. Ze kunnen dan meteen aan de slag en hoeven niet eerst twee weken te wachten voordat ze bij een arts terecht kunnen. Zo kunnen ze zelf het eczeem binnen de perken houden of in ieder geval zorgen dat hun kind minder jeuk heeft.”

## Teer smeren

Hoe ondergaan patiënten een behandeling bij de ATB?

Wilmy van Meeteren: “De eerste keer dat eczeempatiënten met teerzalf in aanraking komen, schrikken ze, vooral van de geur. Maar na enige tijd merken ze dat het helpt: de jeuk wordt veel minder, het eczeem wordt rustiger. Dan zijn ze ook niet meer bang om zelf met koolteerpasta te smeren.”

Helga te Braak: “De meeste mensen die vrij weinig geprobeerd hebben, koesteren nog de hoop dat ze het met een of ander zalfje wel redden en zijn daarom soms minder gemotiveerd om met teer te smeren. Maar de mensen die wij hier zien, zitten al in een volgend stadium: ze hebben – tevergeefs – al van alles geprobeerd en nemen de teer daarom voor lief. Teer smeren is niet leuk, maar jeuk is nòg erger – en daar helpt het goed tegen. ‘Ik heb in geen weken zo goed geslapen’, hoor je dan. Dat alleen al is een belangrijk winstpunt.”

Op kleinere plekken die jeuken, kun je natuurlijk ook ActiDERM plakken.

Helga te Braak: “Dat doen we inderdaad. Ook al omdat je de laesie beschermt tegen krabben, terwijl je er toch iets onder kunt doen: een corticosteroïd of een klein beetje teer. In dat laatste geval gebruik je de occlusie puur als bescherming. De plak laten we dan drie dagen zitten. We gebruiken ActiDERM bij psoriasis-patiënten ook voor de ‘laatste loodjes’, want die kunnen erg zwaar wegen. Een behandeling duurt vaak 8 – 12 weken, waarin je dag in, dag uit smeert met Dithranolcrème, afdoucht en de huid opnieuw invet. Het is moeilijk bij een dermate intensieve behandeling zo lang gemotiveerd te blijven! Dat is ook begrijpelijk. Daarom is het zo gemakkelijk, om voor die laatste, hardnekkige plekken ActiDERM te kunnen gebruiken, waar je mee kunt douchen en drie dagen geen omkijken naar hebt. Het werkt perfect!”

Gebruiken jullie bij een ulcus wel eens DuoDERM E?

Wilma Verbeek: “Ja, vaker op de poli dan op de ATB, omdat de ernst van de gevallen minder is in vergelijking met de mensen die op de ATB komen. Alleen maar een plak DuoDERM E op het ulcus plakken is niet bepaald arbeidsintensief: daarvoor hoeft je dus eigenlijk niet naar de ATB te komen. DuoDERM E is comfortabel voor iemand in de thuissituatie. Als het ulcus niet al te nattend is, kan de plak een paar dagen blijven zitten. Ook de pijnreductie is een belangrijk voordeel.”

## Herhalen

Hoe effectief is de ATB? Kun je dat effect op de een of andere manier objectiveren en afzetten tegen de vroegere situatie?

Helga te Braak: “Het intensievere contact zorgt ervoor dat de steeds herhaalde instructies en praktische tips beter blijven hangen. Houd de huid vet, douche niet te vaak omdat de huid dan

droog wordt, stook het niet te warm in huis, enzovoort.

Wat de therapietrouw vergroot, is het feit dat de patiënt ziet wat thuis, met een paar aanpassingen, allemaal haalbaar is. Het geeft hem minder het gevoel ‘patiënt’ te zijn. Een ulcus bijvoorbeeld, gaat niet sneller dicht dan bij opname. Maar door de patiënt twee of drie keer per week de ATB te laten bezoeken, voorkom je wèl opname: dat is al een grote winst! Heel bijzonder is ook, dat met name de psoriasis-patiënten tijdens de periode waarin ze Dithranolcrème (of Daivonex) smeren, gewoon blijven werken of naar school gaan, zoals ze dat ook vóór de behandeling deden. Wel betekent dit alles een grote belasting voor de patiënt, die dan ook goed gemotiveerd moet zijn.”

Wilmy van Meeteren: “Door het intensieve contact met de patiënt krijgen we een goed beeld van de individuele thuissituatie. Zo kunnen we beter inschatten, hoe alles thuis het beste geregeld kan worden: maatwerk!”

## Mondig

Helga te Braak: “Patiënten leren van ons maar wij als verpleegkundigen leren ook van hen: dat is het voordeel van het intensieve karakter van de ATB. Patiënten weten veel van hun aandoening, zeker als ze er noodgedwongen al hun leven lang mee bezig zijn. De mondigheid neemt toe. We adviseren: als u thuis opeens op vragen stuit, maak daar dan een lijstje van en neem het mee. Ze nemen ook tijdschrift-artikelen mee over producten of behandelingen: Daivonex bijvoorbeeld, toen dat een paar jaar geleden als hèt middel tegen psoriasis gebracht werd. ‘Kan ik daar ook mee behandeld worden?’, vragen ze dan. Vooral ouders van kinderen doen dat. Je maakt ze niks wijs en dat is heel goed. ‘Luister naar de patiënt!’ zeggen we wel eens tegen elkaar, want die weet soms meer dan wij. Op die manier zijn we er ook – door schade en schande – achter gekomen, dat patiënten met een handverband (handschoenen met teer eronder) voorzichtig moeten zijn met vuur. De handschoen vat gemakkelijk vlam...!”

Er is niets op tegen, maar het valt me op dat jullie manier van behandelen eigenlijk nogal ouderwets is – een conservatief maatpak.

Wilmy van Meeteren: “Teer en dithranol zijn en blijven effectieve therapiën bij resp. eczeem en psoriasis. Je kunt het net zo vaak smeren als je wilt, zonder dat het bijwerkingen geeft. Patiënten komen daar zelf op een bepaald moment ook achter en dan willen ze vaak niet anders meer.”

Helga ter Braak: “Het is een drempel waar je over moet. De eerste keer dat je een klein kind met teer insmeert, staan de ouders bijna altijd met tranen in hun ogen... Maar al na twee dagen merken ze, dat hun kind veel rustiger is en beter slaapt – en ze zelf ook beter slapen. Dan zien ze in dat het een effectieve therapie is. Het is van groot belang, dat een kind geen aversie krijgt tegen het smeren, omdat het dat wellicht de rest van zijn leven moet blijven doen. Wij geven kinderen een pot, dan mogen ze zelf smeren. Dat is het einde! Kinderen vinden het vaak jammer, als ze hier niet meer terug hoeven komen!”

Wilma Verbeek: “Onze behandelingsmethoden zijn heel flexibel. Er zijn klinieken die uitsluitend corticosteroïden gebruiken; wij laten het van het stadium van de aandoening

afhangen of we corticosteroïden gebruiken, teer, of een combinatie van beide. Verder moeten patiënten gemotiveerd blijven. Zijn ze dat niet, dan moet je de reden daarvan achterhalen en eventueel voor een andere behandeling kiezen. Maatwerk!”

Helga te Braak (met een brede glimlach):

“Het is heel grappig om in andere ziekenhuizen te komen. Als we elkaar daar vertellen hoe we behandelen, verklaren ze ons voor gek – maar wij hen ook!”

Een korte maar krachtige conclusie: de flexibele aanpak èn het enthousiasme van de verpleegkundigen van de ATB zorgen ervoor, dat de patiënt vaak snel beter in zijn vel zit!

Michiel Tent