

Wondbehandeling is maatwerk bij dementie

J. Jansen, M. Thur, P. Peeters*

Samenvatting

De wondconsulent komt steeds vaker in aanraking met wondzorg bij patiënten met dementie. Uit onderzoek is gebleken dat een patiënt met dementie een andere pijnbeleving heeft. Het is dan van belang een passend meetinstrument te gebruiken wat de pijnbeleving beter in kaart brengt. Vooral als gebruik wordt gemaakt van wondmaterialen die bekend staan om het veroorzaken van pijn. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van azijnzuur bij de aanpak van een pseudomonas-infectie. Azijnzuur pakt de pseudomonas aan maar er zijn alternatieven die minder pijn veroorzaken. Door gebruik te maken van het juiste meetinstrument en kennis te hebben van literatuur en richtlijnen is de wondconsulent beter in staat om maatwerk te leveren bij een patiënt met dementie.

Inleiding

Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig hersenziektes. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer (70%). Volgens Alzheimer Nederland waren er in 2021 ongeveer 290.000 mensen met dementie. Ieder uur komen er in Nederland vijf mensen met dementie bij. Het aantal zal in de toekomst stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040. Tot 2050 zal het aantal mensen met dementie verder oplopen naar ruim 620.000 (1).

Deze cijfers geven aan dat de wondconsulent steeds vaker in aanraking komt met wondzorg bij patiënten met dementie. De wondconsulent wordt dan geconfronteerd met een patiënt die de wond niet laat verzorgen of het verband niet laat zitten. Soms komt er agressie om de hoek kijken.

Het doel van dit artikel is bewustwording van de knelpunten die de wondconsulent mogelijk tegenkomt binnen de wondzorg bij patiënten met dementie. Met behulp van een casus uit de praktijk wordt beschreven dat wondzorg niet altijd gaat zoals de wondconsulent het heeft bedacht, en er naar alternatieven moet worden gezocht. Dit aangevuld met kennis vanuit de literatuur. Hoe is de pijnbeleving bij de patiënt met dementie en welk meetinstrument kan de wondconsulent het best gebruiken bij het meten van pijn. Herkennen en signaleren van pijn bij mensen met dementie is erg moeilijk. Patiënten met dementie kunnen vaak niet goed aangeven of ze pijn hebben. Zij uiten pijn op een andere wijze, bijvoorbeeld door gedragsverandering (2). Dit benadrukt het belang van tijdige pijnsignalering.

Casus

De heer V., 92 jaar, woont sinds 2019 op een gesloten afdeling voor patiënten met dementie in een woonzorgcentrum te Den Haag. Hij heeft het jaar daarvoor zijn vrouw verloren en heeft geen kinderen. Door middel van een inbewaringstelling (IBS) is hij destijds in het woonzorgcentrum terecht gekomen. Zijn neef is erg betrokken en is zijn mentor. De heer V. heeft altijd een zeer uitgesproken agressieve, geagiteerde houding en dit lijkt naarmate het dementieproces vordert alleen maar toe te nemen.

De wondconsulent is sinds 2021 betrokken vanwege fors oedeem in de onderbenen als gevolg van veneuze insufficiëntie. Het gevolg hiervan zijn recidiverende huiddefecten (foto 1). Na een coronabesmetting is meneer in cognitie en gedrag verder achteruitgegaan. Hij weigert in de nacht op bed te slapen en zit in zijn sta-op-stoel, door het steeds afhangen van de benen lopen ze vol met vocht wat tot nog meer wonden leidt.



Foto 1. Huiddefect door overmatig oedeem.

Meneer krijgt regelmatig wondzorg en wordt ambulante gezochteld; vanwege het toenemende agressieve gedrag (slaan, schoppen en schelden) is de wondzorg bijna onuitvoerbaar aan het worden. Wanneer de wondzorg wel is gelukt, haalt meneer het verband er na een half uur alweer af.

Tijdens de wondenronde treft de wondconsulent hem aan in zijn sta-op-stoel met een groen/blauwe, bijna fluorescerende plas water onder zijn stoel. De benen zijn fors oedemateus, rood en de hele kamer ruikt weeïg. De huid rondom het been is zeer verweekt en de voeten en tenen zien eruit alsof ze al uren in een voetenbadje hebben gezeten. De kleur en de geur wijzen duidelijk op een pseudomonasbacterie die zich een weg heeft gebaad tussen de tenen. Bij nadere inspectie blijken er zich maden tussen de tenen te bevinden.

ALTIS:

Aard: veneus ulcus

Locatie: beide onderbenen

Tijdsduur: twee maanden

Intensiteit: oppervlakkige huiddefecten met maden op onderbenen

Samenhang: veneus vaatlijden, oedeem, slechte voedingstoestand, verminderd mobiel, pijn waardoor zorg slecht geaccepteerd wordt

TIME:

Tissue: 80% geel en 20% rood

Infection: Wond ruikt, erytheem, zwelling en warm, maden

Moisture: zeer nat/groen exsudaat

Edge: niet intact/maceratie

De heer V. schrikt van de aanwezigheid van de maden en laat het toe deze te verwijderen.

In overleg met de specialist ouderengeneeskunde wordt besloten om de pseudomonas te gaan behandelen met azijnzuur 3%, dit driemaal daags. De reden voor het grof aanpakken van de pseudomonas met de 3% azijnzuur is omdat meneer de hele afdeling afgaat met zijn lekkende wonden. De wonden worden bedekt met gazen gedrenkt in 3% azijnzuur, superabsorberend verband en ambulante compressietherapie. Steeds verwijdert meneer het verband binnen tien minuten, hij zit met zijn handen overal aan. Dit levert voor de medebewoners en de medewerkers een besmettingsgevaar op.

De wondconsulent wordt na drie dagen gebeld vanwege het feit dat hij zeer agressief is, de medewerkers van de afdeling worden tijdens de wondzorg geslagen en geschopt. Er is op dit moment niets meer mogelijk wat

medewerkers ook proberen om hem gerust te stellen. In overleg met de specialist ouderengeneeskunde en een gedragstherapeut wordt gekeken of de benaderingswijze door de medewerkers adequaat genoeg is, of dat er met een andere benaderingswijze wel resultaat zal worden bereikt.

Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) wordt de conclusie gesteld dat de heer V. mogelijk veel pijn ervaart door de behandeling met azijnzuur en dit door zijn verstoorde cognitie niet kan uiten. Omdat de behandeling wel een snelle aanpak behoeft wordt binnen het MDO gekeken wat de beste behandeling zou kunnen zijn op het gebied van pseudomonas, pijn en dementie. Er wordt gekozen om een ander middel dan azijnzuur in te zetten. Er is gebruik gemaakt van een betaïne-surfactant en polyhexanide-oplossing welke ook geschikt is in de behandeling van pseudomonas. Het is minder pijnlijk voor de patiënt. Het wondbeleid wordt aangepast naar tweemaal daags vanwege de belasting van de patiënt. Er is overgestapt op povidonjodiumzalfgaas met absorberend verband. Daarnaast worden de benen gezochteld door middel van ambulante compressietherapie. De benaderingswijze naar meneer is verbeterd, de medewerkers letten nog beter op zijn houding, non-verbale communicatie en lichaamstaal. Vanaf nu wordt de zorg verleend door twee medewerkers, één voert de wondzorg uit, de tweede geeft de volledige aandacht aan meneer zodoende hem af te leiden.

Door gebruik van de betaïne-surfactant en polyhexanide-oplossing is al snel duidelijk dat de patiënt de wondbehandeling beter accepteert. Na drie dagen is de verandering in gedrag en uiting van pijn aanzienlijk verminderd. Door het inzetten van de Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAID) kunnen de medewerkers voor, tijdens en na de behandeling de pijnscore goed in kaart brengen (2). De pseudomonasinfectie is na een maand aanzienlijk verbeterd: minder groen, minder geur en maden worden niet meer gezien. Helaas is de heer V. in zijn slaap overleden.

Literatuur

De richtlijn Ulcus cruris venosum is voornamelijk gericht op behandeling van het primair lijden, de verhoogde veneuze druk. De nadruk ligt op het aanpakken van de verhoogde veneuze druk door het toepassen van adequate compressietherapie. In het algemeen wordt aangenomen dat een wondbedekker is bedoeld om een ideale wondomgeving te creëren waarbij een vochtig wondmilieu het belangrijkste aspect vormt (3).

Een wondbehandeling kan gepaard gaan met fysieke ongemakken zoals pijn. Verband kan te strak zitten, wondmateriaal kan irriterend werken op de huid of

bepaalde spoel- en smeerbare medicamenten kunnen voor pijn zorgen in of rondom het wondgebied.

Gebruik van azijnzuur bij een pseudomonasinfectie wordt over het algemeen als pijnlijk ervaren.

Pseudomonasinfecties worden veroorzaakt door verschillende soorten van de bacterie *Pseudomonas*, vooral *Pseudomonas aeruginosa*, een aerobe gramnegatieve bacterie. Bij een *ulcus cruris venosum* komt een infectie met een *pseudomonas* vaak voor.

In chronische ulcera is het meestal ongevaarlijk maar het veroorzaakt een weeïge stank en een groene verkleuring (zie foto 2).

Pseudomonas is niet schadelijk voor wondgenezing. Het volstaat om met lokale wondreinigende of antiseptische oplossingen te proberen de *pseudomonas* te verminderen. Met frequente (driemaal daags) verbandwisseling met gazen met NaCl komt men al ver. Beter is het om produc-



Foto 2. Groene verkleuring verband.

ten te gebruiken die effectiever zijn tegen *pseudomonas*, zoals azijnzuuroplossing 1 - 3%, Eusol paraffine, betaine-surfactant en polyhexanide oplossing, geëlektrolyseerde-oplossing, wondzalf met jodium, zilverulfadiazine, zilververbanden, honing en povidonjodium. Chloorhexidine en furacine-oplossing zijn weinig effectief tegen *pseudomonas*. De onderzoeken op gebied van wondgenezing zijn meestal van zeer slechte kwaliteit dus men moet het vooral hebben van ervaring (4).

Normaliter wordt door middel van een pijnanamnese aan een cognitief gezonde patiënt gevraagd waar de pijn zich lokaliseert en in welke mate deze aanwezig is.

De pijnverpleegkundigen van V&VN geven in de handleiding voor de pijnanamnese aan dat de meest gebruikte pijnanamnese niet geschikt is voor kinderen of patiënten met een cognitieve beperking. Voor deze patiënten wordt verwezen naar andere, meer passende, pijnanamneses die kijken naar de gelaatsuitdrukking van patiënten (5).

Patiënten met cognitieve problemen, zoals patiënten met de ziekte van Alzheimer, hebben een andere pijnbeleving door verandering in de hersenen. Patiënten met de ziekte van Alzheimer krijgen tijdens het verloop van de ziekte steeds meer beschadigingen in de hersenen. Het geheugen wordt aangetast en iemands karakter kan veranderen of vervlakken.

De pijnbeleving wordt volgens de onderzoekers ook aangetast. De ziekte van Alzheimer maakt delen van de hersenen stuk waar belangrijke pijnreceptoren lopen, zoals bijvoorbeeld de mediale thalamuskernen, de hypothalamus, de cingulate cortex en de insula. Deze hersendelen werken samen om zowel pijn te herkennen als te reageren op pijn. Bij beschadigingen in deze gebieden is te verwachten dat een binnenkomende pijnprikkel niet goed verwerkt wordt of er niet adequaat op gereageerd wordt. Hierdoor weet de cognitief minder sterke patiënt niet meer hoe er gereageerd moet worden op pijn, er kan agitatie ontstaan of gedrag worden vertoond wat niet of minder goed wordt begrepen (6).

Voor deze patiënten moet een pijnanamnese ingezet worden die meer kijkt naar de gelaatsuitdrukkingen of het gedrag van de patiënt. Uit vergelijkend onderzoek tussen gezonde patiënten en patiënten met Alzheimer blijkt dat tussen de 50 - 93% meer pijnklachten worden geregistreerd als er voor de Alzheimerpatiënten een pijnscorelijst wordt gebruikt waarbij wordt gekeken naar de gezichtsuitdrukkingen (7).

De pijnverpleegkundigen van V&VN adviseren binnen de Nederlandse zorginstellingen een tweetal pijnscorelijsten voor patiënten met dementie. De PAINAD (Pain Assessment Advanced Dementia) (figuur 1) of PACSLAC-D (Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia). Beide scorelijsten kijken naar het gedrag voor, tijdens en na een behandeling of interventie. Bijvoorbeeld motorische

Pain Assessment IN Advanced Dementia PAINAD

	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
Negative Vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body Language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
				TOTAL

This material prepared by the Geriatric Research Education Clinical Center, is provided by the Iowa Foundation for Medical Care, the Medicare Quality Improvement Organization for Iowa, was prepared by Meridian, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy.

Figuur 1. PAINAD scorelijst.

onrust, roepen, slaan, ogen dichtknijpen en huilen wordt uitgevraagd. Uiteindelijk kan aangevinkt worden welk gedrag rondom pijn vertoond wordt en daar kan een score aan gekoppeld worden. Deze score geeft inzicht in de hoeveelheid pijn die de patiënt ervaart of de beleving van de pijn.

Discussie

Met de kennis uit de literatuur in vergelijking met de casus uit de praktijk had er mogelijk eerder actie ondernomen kunnen worden, vooral met betrekking tot de pijnbeleving. De wondconsulent had met deze observaties het wondbeleid kunnen aanpassen op de pijnbeleving van de patiënt. Zoals naar een passend alternatief zoeken bij de aanpak van de pseudomonas.

(kop) Conclusie en aanbevelingen

Voor wondconsulenten en het verplegend personeel die patiënten gedurende de dag zien is het aangeraden om alert te zijn op de pijnbeleving. Een patiënt met dementie kan zich verbaal niet meer zo goed uiten. Zet daarom de PAINAD of de PACSLAC-D scorelijst laagdrempelig in met als doel pijn tijdens of na de behandeling zo beperkt mogelijk te houden. Door het gebruik van deze scorelijsten heeft men beter inzicht in de pijnbeleving van de patiënt. De wondconsulent kan hierdoor maatwerk leveren door een wondbeleid op te stellen die aansluit bij de patiënt met dementie.

Literatuur

1. Alzheimer Nederland. Factsheets cijfers en feiten over dementie. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>. bezocht op 11-04-2023.
2. Alzheimer Nederland. Pijn bij dementie. <https://www.demen->

tie.nl/omgaan-met-dementie/dagelijks-leven-thuis/eten-en-drinken/pijn-bij-dementie. bezocht op 11-04-2023.

3. Richtlijndatabase. Ulcus cruris venosum 2023. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_ulcus_cruris_venosum/ulcus_cruris_venosum_-_korte_beschrijving.html. bezocht op 11-04-2023.
4. Huidziekten. Pseudomonas. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ptxt/Pseudomonas.htm>. bezocht op 11-04-2023.
5. V&VN Pijnverpleegkundigen. Meetinstrumenten. <https://www.venvn.nl/afdelingen/pijnverpleegkundigen/meetinstrumenten/>. Bezocht op 11-04-2023.
6. Bunk S, Zuidema S, Koch K et al. **Pain processing in older adults with dementia-related cognitive impairment is associated with frontal neurodegeneration.** *Neurobiology of Aging*, 2021;106:139-52.
7. Stubbs B, Thompson T, Solmi M et al. **Is pain sensitivity altered in people with Alzheimer's disease?** *Experimental Gerontology*, 2016;82:30-8.

*Jamie Jansen, wondconsulent ActiVite Leiden.

Marnic Thur, wondconsulent Rivas Zorggroep, Gorinchem.

Petra Peeters, wondconsulent HWW Zorg, Den Haag.