

De bagage voor moderne wondbehandeling

Auteur:	M. Tent
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1997
Pagina:	12-13
Jaargang:	10
Nummer:	1
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	symposiumverslag zwart-geel-rood classificatiemodel casus producten
Literatuur:	

Wat zijn de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van de wondverzorging? Hoe classificeer je een wond en welke materialen pas je op basis daarvan toe? Hoe verloopt de samenwerking van de wijkverpleging met de huisarts en met andere hulpverleners? Deze vragen vonden een antwoord tijdens het symposium dat door Kruiswerk West-Friesland in samenwerking met ConvaTec was georganiseerd en plaatsvond op 12 december jl. in Restaurant Partycentrum Pejo in Hoorn. Daaraan voorafgaand sprak ik met mevrouw T. Hoovers, een ambitieuze stafverpleegkundige bij Kruiswerk West-Friesland en de 'motor' achter het symposium. Zij licht de filosofie achter het symposium kort toe. Mevrouw Hoovers hoopt dat de aanwezige wijkverpleegkundigen met meer 'bagage' vertrekken dan zij bij aankomst hadden. Welnu, de hoeveelheid informatie die deze dag werd gepresenteerd was zo groot, dat velen hun koffer wellicht nauwelijks meer dicht kregen.

Mijn eerste vraag aan mevrouw Hoovers luidt: Dit symposium is bedoeld voor verpleegkundigen van drie in Noord-Holland opererende organisaties; welke zijn dat en op welke manier werken zij samen?

'Wij zijn als Kruiswerk West-Friesland een samenwerkingsverband gestart met de Regionale Thuiszorg en het Kruiswerk Kop van Noord-Holland. Door onze krachten te bundelen, willen we verdieping van kennis en kunde bereiken. We hebben inmiddels elf vakgroepen geformeerd voor de wijkverpleegkundigen van de drie betrokken organisaties. Ik ben voorzitter van twee van die vakgroepen: Wondverzorging/ Stomazorg en Diabetes.'

Hoe willen jullie die verdieping van kennis en kunde in bijvoorbeeld de wondbehandeling precies tot stand brengen?

'Omdat iedere vakgroep zich met een heel specifiek zorggebied bezighoudt, is daar een grote hoeveelheid specialistische kennis aanwezig, waar anderen hun voordeel mee kunnen doen. Materialen worden op elkaar afgestemd, ook met ziekenhuizen, protocollen worden opgesteld, enzovoort. Zo hoeft niet iedereen steeds voor zichzelf het wiel uit te vinden. Ook hebben we overleg met zorgverzekeraars over de vergoeding van de diensten die we willen aanbieden. Op deze manier brengen we een zekere uniformiteit in het aanbod van de materialen en het gebruik ervan. Maar iedere organisatie blijft natuurlijk een eigen gezicht houden; we zijn tenslotte niet gefuseerd.'

Wondkoffer

Wat zijn voorbeelden van concrete resultaten die jullie hebben bereikt?

‘We zijn bij verschillende projecten betrokken of hebben er een eerste aanzet toe gegeven, waaronder een reumaproject en een diabetesproject. Ten behoeve van de wondverzorging heb ik met de vakgroep en de Farmaceutische Thuiszorg Noord-Holland Noord op basis van gezamenlijke ervaringen de ‘wondkoffer’ samengesteld. Deze koffer bevat een op de WCS-classificatie gebaseerde selectie van materialen voor wijkverpleegkundigen. We testen nieuwe producten; bevallen ze, dan komen ze in de wondkoffer. Hydrocolloïden, alginaten, hydrofiber verband, alle productgroepen die je in het WCS-model terugvindt zijn vertegenwoordigd, compleet met gebruiksaanwijzing en prijs. Dat komt op bijv. de huisarts professioneel over. Die kan nu eenmaal moeilijk zelf alle nieuwe ontwikkelingen bijhouden; het is dus goed dat hij daarvoor een verpleegkundige kan consulteren die op een specifiek terrein - in dit geval wondverzorging - goed thuis is. Over het algemeen wordt dat goed geaccepteerd en gewaardeerd.’

Over naar het symposium: daarvan bent u samen met ConvaTec de motor.

‘Ja; centraal staan de nieuwste ontwikkelingen en inzichten in de wondbehandeling. Hoe classificeer je een wond - op basis van het WCS-model en de Nat-Droog Balans - en wat betekent dat voor de behandeling. Daarnaast wordt de samenwerking met de huisarts en andere hulpverleners belicht.’

Wat is precies uw achtergrond en wat is de motivatie voor uw huidige functie?

‘Ik ben na mijn HBOV-opleiding werkzaam geweest als wijkverpleegkundige bij Stichting Maatzorg; in die periode heb ik de opleiding voor verpleegkundig specialist gedaan, met als richting chronisch zieken. Maar ik wilde méér: een staffunctie bekleden, beleidsmatig bezig zijn. Het betekent dat ik geen patiënten meer zie. Mijn collega's zijn nu mijn ‘klanten’, dat is ook heel leuk.’

Bagage

Als dagvoorzitster opent mevrouw Hoovers die middag zelf het symposium, dat ze omschrijft als ‘een reis door de wondverzorging’, waarbij de verschillende sprekers hun ‘bagage’ rond dit onderwerp zullen uitstallen (waaruit overigens niet meer dan een greep is gedaan voor dit artikel). Zoals je vaak van vakantie terugkeert met een koffer die zwaarder is dan bij vertrek, zo hoopt zij dat ook de aanwezigen hier met méér bagage vertrekken dan zij bij binnenkomst hadden. Die wens is, gezien de grote hoeveelheid informatie die de sprekers die middag allen op hun zeer eigen wijze brengen, ongetwijfeld uitgekomen. Chirurg drs. M.J. Lubbers uit het AMC ‘schaamt’ zich enigszins te moeten bekennen, dat chirurgen wat betreft wondbehandeling veelal voorbijgestreefd zijn door verpleegkundigen, die bijv. het voortouw hebben genomen bij de totstandkoming van het WCS-classificatiemodel, aan de hand waarvan nu ook onderzoek en evaluatie van wonden en wondbehandeling mogelijk is. Vervolgens jaagt drs. Lubbers in snel tempo enige, in zijn woorden, ‘didactische oude koeien’ over het toneel, zoals het onderscheid tussen ‘verse’ wonden en chronische (pathologische) wonden, waarvan het opheffen van het onderliggend lijden en de hypoxiteit van groot belang is. Daarna kan necrosectomie worden uitgevoerd. ‘Gek’ eigenlijk, vindt drs. Lubbers, want het lichaam maakt die korst zelf en niet zonder reden. Maar toch belemmert een korst de angiogenese, epithelialisatie, etc. en moet dus verwijderd worden. (‘Peuteren, geef het maar toe, u doet het ook!’) Met grote nadruk stelt chirurg Lubbers dat, zeker in geval van

verminderde afweer, subtotale boven totale necrosectomie te verkiezen is. ‘Begin met de helft, na een paar dagen verwijder je van het overgebleven gedeelte weer de helft.’

Snellere wondgenezing

Een van de dia's die chirurg Lubbers toont, is van een diabetische ulcus op de voet, die is ontstoken. ‘Ik durf het onder collega's nauwelijks te zeggen’, aldus drs. Lubbers, ‘maar 50-65% van de infecties van chirurgische wonden vindt plaats in het ziekenhuis.’

De wond wordt, met behulp van de autolytische werking van hydrocolloïden, schoongemaakt.

Een wondkweek doe je alleen op indicatie, want een steriele wond bestaat niet (‘Dan zou je hem moeten bakken’). Wel geldt: hoe meer de afweer is gestoord, hoe minder bacteriën de wond kan hebben. Lokale antibiotica: met het oog op resistentie alleen in noodgevallen.

Lokale middelen: fysiologisch zout of gewoon kraanwater, soms een antisepticum (chloorhexidine), hoewel dat de microcirculatie in de wond verstoort en de genezing remt.

Dan: een occlusief verband erop. ‘Onderzoek heeft uitgewezen dat de wondverzorging onder occlusie tot 50% sneller gaat’, aldus chirurg Lubbers. Als een van de verklaringen hiervoor noemt hij de concentratie van groeifactoren onder het verband. Met een gaasje daarentegen, trek je deze en andere ‘gunstige stoffen’ driemaal daags van de wond af. Chirurg Lubbers concludeert dat als het doel van de behandeling is: genezing van de wond, je een vochtig wondmilieu dient te creëren.

Conservatisme

Dan is het woord aan de vrouwelijke huisarts mevrouw K. Verschoor, die zichzelf niet speciaal deskundig acht op wondgebied, maar wel over de praktijk kan vertellen. Over het veneuze ulcus bijvoorbeeld, waarvan de huisarts 90% van de gevallen ‘zelf oplost’. De NHG-standaard fungeert in dezen als ‘bijbel’ voor de in de woorden van mevrouw Verschoor nogal ‘conservatief’ ingestelde huisarts. Hetzelfde geldt voor de NHG-standaard, die aanraadt elke vier uur een in fysiologisch zout gedrenkt gaasje aan te brengen. ‘Deze standaard is nog niet herschreven, hij dateert van zes jaar geleden’, reageert mevrouw Verschoor op het ongeloofige gemompel dat uit de zaal opstijgt. Iemand in de zaal merkt op dat huisartsen nogal eens de neiging hebben te lang Flammazine® te gebruiken; ‘Daar zeggen we dan wél wat van!’ Voor een decubitus is geen NHG-standaard beschikbaar (die is in ontwikkeling). ‘Matrassen, wisselgigging, voeding: van dat alles weten jullie meer,’ stelt mevrouw Verschoor. Huisarts en wijkverpleging moeten de volgende zaken op elkaar afstemmen:

- Protocollen
- Wie zorgt voor welke hulpmiddelen
- Wanneer en hoe ziet de huisarts de patiënt ter inspectie (‘Niet komen als de wond net prachtig is ingepakt door de wijk’)
- Wie vult de decubituspreventie-score in.

Mevrouw Verschoor eindigt met de wijze woorden: ‘Huisarts en wijkverpleging moeten goed naar elkaar luisteren om van elkaars specifieke zorgkundigheid te leren.’

WCS-classificatiemodel

Na de pauze, waarin de bemanning van de ConvaTec-stand handen en voeten tekort komt, is

het de beurt aan mevrouw J. Blanken-Spindler, verpleegkundige Brandwondenstichting Beverwijk en bestuurslid WCS, die spreekt over het WCS-classificatiemodel in de praktijk. Het onderscheid tussen zwarte, gele en rode wonden sluit natuurlijk niet uit, dat deze kleuren tegelijk kunnen voorkomen in een wond. ‘Je begint dan met het ergste.’ Eerst dient echter het doel van de behandeling te worden geformuleerd. ‘Alleen dan kun je de behandeling evalueren’, aldus mevrouw Blanken. De literatuur geeft aan dat evaluatie tenminste om de drie weken dient te gebeuren. ‘Is er geen verandering zichtbaar, dan ingrijpen.’ Bij een zwarte wond vindt necrotectomie plaats (al hoeft dat, aldus chirurg Lubbers, dus niet in één keer!).

De wond kan daarna opgevuld worden met hydrogel, een hydrofiele polymeer met de volgende eigenschappen:

- Creëert een vochtig wondmilieu (al bestaat er geen exacte definitie van vochtig)
- Semi-permeabel (zuurstof en koolzuurgas kunnen erdoor, maar bacteriën niet)
- Polster (veerkrachtig, zodat er geen druk in de wond ontstaat)
- Transparant.

Een gele wond is niet per definitie geïnfecteerd; het kan zelfs om een pees of bot gaan (een contra-indicatie voor hydrocolloïden), of een abces. Het reinigen van de wond kan met alginaten (Kaltostat) gebeuren.

Deze toepassing was in de vorige eeuw reeds bekend, maar tot voor kort altijd te duur. Over de prijs zegt mevrouw Blanken verder: ‘Alginaten lijken duur maar zijn veel goedkoper dan gaas, omdat je ze niet drie, vier keer per dag hoeft te verwisselen en de wondgenezing sneller en comfortabeler verloopt.’ Bij een rode wond zijn hydrocolloïden geïndiceerd (evenals bij gele en zwarte wonden). Mevrouw Blanken noemt in dit verband als nadeel van vette gazen, dat deze vocht in de wond ‘metselen’ en dat deze vocht pockets niet goed voor de wond zijn.

Nat-Droog Balans

In plaats van de verhinderde Mariëlle Van der Meer houdt de heer P. Berger van ConvaTec een korte voordracht over de Nat-Droog Balans, die wonden indeelt op basis van de mate van exsudatie (en een aanvulling is op het WCS-model, dat de kleur van de wond als uitgangspunt heeft). Door beide modellen te combineren, kan zeer gericht het juiste product voor de juiste indicatie gekozen worden. De Nat-Droog Balans vindt u op de achterpagina van deze Wondkrant.

Over de samenwerking tussen FTN (Farmaceutische Thuiszorg Noord-Holland) en eerste lijn spreekt mevrouw Broekkamp. De FTN ‘omringt hulpmiddelen met zorg’. Over de doelstellingen en activiteiten van de Farmaceutische Thuiszorg kunt u meer lezen in het interview elders in deze Wondkrant met Margje Kampen en Nelleke Rottiné van de Stichting Apotheek Thuiszorg Friesland. De FTN werkt samen met de huisarts (die behoefte heeft aan protocollen), de wijkverpleging (met al haar nuttige ervaring en autoriteit), het ziekenhuis (liaisonverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (stomazorg, diabetes, etc.) en medisch specialisten) en met de zorgverzekeraar. Mevrouw Broekkamp vat de activiteiten van de FTN samen onder het motto: ‘Zorg op maat in de thuissituatie’.

Casus

Mevrouw I. Luyken, wijkverpleegkundige van de vakgroep wondverzorging/stomazorg, sluit de rij sprekers met een presentatie van twee casuïstieken. Zij doorspekt deze verhandelingen rond natte wondbehandeling met - veelal onbedoelde - droog-komische observaties, die haar verhaal extra boeiend maken. Mevrouw X, 72 jaar, 94 kilo en 1.65 m lang, heeft een ulcus aan het linkerbeen (recidief) als gevolg van veneuze insufficiëntie. Mevrouw Luyken zag een grillig roodgeel wondje van 5 cm doorsnee dat een bruingeel exsudaat op het verband achterliet. Na tweeëneenhalve week ambulante compressie was het wondje vochtig, breder maar minder diep, grilliger van vorm en was het oedeem verdwenen. Daarop werd overgegaan op een andere behandeling, te weten Aquacel, afgedekt met een folie. Hiermee werd enige weken later volledige genezing bereikt.

De tweede casus betreft dhr. Y, 26 jaar, met een traumawond die hij op zijn werk heeft opgelopen. Op de bovenknie bevond zich een wondje van ca. 1 cm diep, op het bovenbeen een 5 cm diepe wond. De wonden werden twee keer per dag uitgedouched en met nat gaas gedrenkt in NaCl 0,9% verbonden. De patiënt hield zelf het gaasje nat. Na 1 week was de knie bijna genezen, terwijl de andere wond omhoog kwam. Mevrouw Luyken stelde een nieuwe, minder belastende behandeling voor (op basis van de Nat-Droog Balans): hydrogel, afgeplakt met een transparante folie. De wond genas voorspoedig.

Michiel Tent