

Casus: De rol van casemanager bij de diabetische voetpatiënt

S. Egbreghts-Uchtmann *

De beschreven casus speelt zich af op de klinische vaatafdeling van een perifeer ziekenhuis. Het narratief beschrijft het contactmoment met een 64-jarige vrouw met diabetes type 2, die na een langdurige ICU-opname met COVID-19 een tromboseplaque heeft ontwikkeld in haar aorta, wat heeft geleid tot een beiderzijdse 'trash foot'. De beschreven situatie is vijf maanden na de ICU-opname. De actuele wondproblematiek is dat zij aan de linkerkant een voorvoetamputatie heeft ondergaan, met nu nog een open wond. Zij is nu heropgenomen voor een voorvoetamputatie aan de rechter kant omdat er verslechtering is met toename van necrotisch weefsel. Bij opname zijn door de verpleegkundig specialist de behandelopties met de patiënt besproken, de vaatchirurg is hierbij nauw betrokken. De verpleegkundig specialist fungeert als casemanager tijdens de klinische opname. Bovenstaande is de casus in een notendop. Het laatste half jaar is voor de patiënt een periode van opname na opname geweest. Het onderstaande narratief richt zich op een gesprek met de patiënt tijdens de klinische opname.

Narratief

Het is maandagmiddag één uur. Op de gang hoor ik de afdelingsverpleegkundige tegen haar collega zeggen: "Ik weet niet wat ik meer kan zeggen tegen mevrouw. Ze wil niemand zien of spreken en alles wat we aanbieden weigert ze." Voorzichtig steek ik mijn hoofd om de hoek en vraag of dit over mevrouw M. gaat. "Jazeker!", zegt de verpleegkundige. En zij begint het hele verhaal opnieuw aan mij te vertellen. Ik zie aan haar ogen dat ze zich met de situatie geen raad meer weet. Verdorie, denk ik bij mijzelf. Het is mij door de drukte nog niet gelukt bij mevrouw langs te gaan. Ik ken haar al langere tijd en weet dat zij in een kwetsbare situatie zit. Ik stel voor om iets later op de middag bij mevrouw langs te gaan voor een gesprek. "Hallo, dame!", kom ik voorzichtig haar kamer binnen. Spontaan begint zij te huilen. Ik pak een stoel en ga naast haar bed zitten en vraag haar wat er aan de hand is. Mevrouw oogt vermoeid, ziet bleek, is zichtbaar vermagerd en heeft een strakke en gespannen blik. Zij frunnikt met bibberende handen aan haar deken. "Ik weet het allemaal niet meer. Ik mis mijn man en wil gewoon een keer goed nieuws", zegt ze snikkend. Mw. kijkt me opgelucht aan als ik zeg dat het allemaal wel veel is voor haar nu ze weer in het ziekenhuis ligt en dat ze best wel eens een keer flink mag huilen. Ze zegt blij te zijn een vast gezicht te zien, want er komen zoveel verschillende mensen langs. "Iedereen wil wat van me, dus nu stuur ik gewoon iedereen weg", zegt ze ineens lachend door haar tranen heen. Glimlachend kijk ik haar aan en antwoord haar dat dat ook een manier is. Om van onderwerp te veranderen vraag ik naar haar dochter die gister op bezoek was. Dit zorgt voor

zichtbare ontspanning en rustig breng ik het gesprek weer op vandaag en vraag haar of ze denkt dat de mensen die ze heeft weggestuurd misschien met een reden kwamen. Ze antwoordt dat dat inderdaad wel zo zal zijn, en dat ze het ook goed bedoelen, maar ze weet het nu allemaal wel: wat ze moet eten, dat ze in bed moet bewegen. "Ik lig hier al voor de zoveelste keer en dan moet ik daar ook nog gaan praten, over wat dat met mij doet." Hieruit begrijp ik dat de diëtist, de fysiotherapeut en de maatschappelijk werker al langs geweest zijn. Ik vertel haar dat ik haar gevoel begrijp, dat ze weleens moe wordt van al die verschillende personen en alle adviezen, maar dat al deze mensen komen met goede bedoelingen, namelijk om haar beter te maken. Voorzichtig vraag ik of zij het gevoel heeft dat wij steeds vertellen wat zij wel en niet mag. Mevrouw zegt zuchtend: "Ja, iedereen geeft adviezen en zegt wat ik moet doen. Eet dit, zolang uit bed, praat over gevoel en nog meer. Dat vind ik vermoeiend, ik ben een volwassen vrouw en samen met mijn man weet ik echt wel hoe ik mijn leven moet leiden." Glimlachend antwoord ik haar dat ik daar ook niet aan twijfel. Ik vertel haar dat zij echt veel mee heeft gemaakt, erg ziek is geweest en dat nog steeds is. Ik geef aan dat als je zo ziek bent en zulke wonden hebt 'gewone' dingen ineens niet meer zo gewoon zijn. Zij bevestigt knikkend en antwoordt dat zij steeds aan zoveel moet denken en ook wel weet dat bepaalde dingen nodig zijn voor haar herstel. Ik vraag haar of zij zich ons gesprek van eerder nog herinnert, waarin zij aangaf zo graag vooruit te willen kijken. Lachend kijkt mevrouw mij aan en zegt: "Ja! Ik wil weer op een terrasje in de zon zitten." Ik lach met haar mee en leg haar met een knipoog uit dat

dat de reden is dat wij zo zeuren dat ze uit bed moet komen en goed moet eten. Mevrouw zit er zichtbaar ontspannen bij en we praten door over het belang van bewegen, voeding en over het einddoel dat zij zichzelf heeft gesteld niet uit het oog te verliezen. Zij vraagt of ze met mij afspraken kan maken. Ik ervaar dat mw. bepaalde regie probeert te herpakken en geef aan dat ik dat een goed idee vind. We spreken af dat ik dit vervolgens zal communiceren met de rest van het behandelteam. Na het maken van de afspraken en een globaal dagschema loop ik de kamer uit, draai me om en zeg: "Als er iets is, u weet mij te vinden, schroom niet!" "Nee, nee!" roept zij lachend. "Ik weet je te vinden als ik vragen heb of als ze weer eens abracadabratiaal tegen me praten, heus!"

Trash foot

Trash foot is een aandoening die het gevolg is van occlusie van de kleine slagaders van de voet door atherosclerotisch debris. De exacte oorzaak van de ischemie is onbekend, maar het wordt toegeschreven aan embolieën in slagaderen, trombo-embolieën van een transplantaat of trombose van kleine bloedvaten in de distale arteriële boom.

Klinisch presenteert het zich met pijn en uiteindelijk fragmentarische ulceratie en gangreen van de hele voet of een deel ervan (1).

Beschouwing

De aandoening als beschreven vraagt van de patiënt een integratie van de ziekte in zijn dagelijks bestaan en functioneren. Hiervoor zal de patiënt een balans moeten zien te vinden in de uitdagingen die de ziekte met zich meebrengt. Dit begint in deze situatie tijdens opname in het ziekenhuis als basis, om daarna te worden voortgezet in de thuissituatie. De patiënt is eigenaar van zijn aandoening en is 24 uur per dag, 7 dagen per week bezig met zelfmanagementactiviteiten om zijn dagelijks bestaan voort te zetten.

Zelfmanagement wordt gedefinieerd als: 'het zodanig omgaan met de chronische aandoening, dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven' (2). Dit betekent dat de chronisch zieken zelf kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden en mede richting willen geven aan hoe de beschikbare zorg wordt ingezet. Het hebben van complexe wondproblematiek zorgt voor de nodige aanpassingen in het activiteitenpatroon van de patiënt. Hiervoor is het van groot belang dat de patiënt kennis en inzicht ontwikkelt over de ernst van de situatie en de risico's op verdere complicaties. Als zorgverlener geef je informatie om dit tot stand te brengen. Gebleken is dat therapietrouw samenhangt met de relatie met de zorgverlener. De relatie tussen zorgverlener en

patiënt is de basis voor zorgverlening, waarbij alle mogelijke benaderingen over de relatie gemeen hebben dat de zorgverlener zich verdiept in de patiënt (2). Hoe hoger de tevredenheid, hoe hoger de therapietrouw (2). Een belangrijk aspect die het zelfmanagement beïnvloedt, is de omgeving van de patiënt (3). Welke invloed heeft de ziekte op de rol in de maatschappij en hoe reageert de maatschappij? Zelfmanagement gaat om maatwerk. Veranderingen in zelfmanagement hebben invloed op de kwaliteit van leven zoals de patiënt die ervaart.

Het opstellen van persoonsgerichte doelen voor iedere patiënt als individu, kan bij een complex ziektebeeld een hulpmiddel zijn om gezamenlijk tot doelen te komen (2,4). Het gezamenlijk opstellen van doelen voor aanpassingen in het leven van de patiënt en het maken van keuzes hierin geeft een hogere kans op het behalen van de gestelde doelen (5). Een casemanager dient als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Het opbouwen van vertrouwen en een behandelrelatie is van belang om de perspectieven van de patiënt te kunnen doorgronden en met die kennis gezamenlijk tot behandeldoelen en keuzes te komen (6). In vergelijking met artsen, zijn verpleegkundigen meer gericht op het bespreekbaar maken van de psychosociale problemen en passen daarbij psychosociale strategieën meer toe, naast de aandacht voor het somatische aspect (7).

Literatuur

1. Oxford University Press. Trash foot definition. Oxford Concise Medical dictionary, 2014. <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803105507836>. Geraadpleegd op 10-10-2020
2. Van Staa AL, ter Maten-Speksnijder AJ, Mies L. Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie. Houten; Bohn Stafleu van Loghum, 2018.
3. Delea S, Buckley C, Hanrahan A, et al. **Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services.** BMC health services research, 2015;15(1):251
4. Lawn S, Schoo A. **Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches.** Patient education and counseling, 2010;80(2):205-211.
5. Den Ouden H, Vos RC, Rutten GE. **Effectiveness of shared goal setting and decision making to achieve treatment targets in type 2 diabetes patients: A cluster randomized trial (OPTIMAL).** Health Expectations, 2017.
6. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. **Shared decision making: a model for clinical practice.** Journal of general internal medicine, 2012;27(10):1361-67.
7. Peyrot M, Rubin RR, Siminerio LM. **Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care.** Diabetes Care, 2016; 29(6):1256-62.

* Sandy Egbreghts-Uchtmann, verpleegkundig specialist wondexpertise en diabetische voet. Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag. Lid WCS Commissie Decubitus.