

Coronacrisis en wondzorg

T. de Groot *

Sinds maart dit jaar waart het coronavirus ook door Nederland. De gevolgen zijn groot. Naast de angst om zelf besmet te raken met SARS-CoV2 ben je bang om je patiënt, je collega's of het thuisfront te besmetten. Je blijkt een vitaal beroep te hebben. Iets wat je al lang wist maar wat nu wordt benadrukt in ieder programma of andere vorm van (social) media. Wat betekent COVID-19 voor het dagelijkse werk van wondconsulenten in Nederland?

Werken tijdens corona

Wat begon met geen handen geven bij binnenkomst werd binnen een week opgeschaald naar 1,5 meter afstand houden en zo weinig mogelijk contact met patiënten op de poli, thuis en in het verzorg- of verpleegtehuis. Op de wondpoli's werden alle niet spoedeisende patiënten afgebeeld en omgezet in telefonische consulten. Het Wond Expertise Centrum (WEC) in Zoetermeer werkte al transmuraal en was al gewend aan huisbezoeken en consulten op afstand in de eerste, de tweede en de derde lijn. Het ziekenhuismanagement beslist dat er zoveel mogelijk thuis gewerkt moet worden; de afdeling ICT regelt binnen een dag inzage in alle patiëntengegevens om dit te kunnen doen.

Patiënten komen alleen naar de WEC-poli in het ziekenhuis als het niet anders kan. Ons werk bestaat vanaf dan voornamelijk uit het beoordelen van digitale foto's van wonden via beveiligde mail, apps en elektronische cliëntendossiers, het geven van adviezen en het bestellen van verbandmateriaal. Als het nodig is om een wond te debrideren wordt er een huisbezoek gepland in overleg met ZorgBrug wondconsulenten en verpleegkundig specialisten.

In de eerste lijn worden de zorgpensions omgebouwd tot corona-units en denken we mee met welke verbandmaterialen daar nodig zijn. De zorgpensionpatiënten worden in een hotel gehuisvest.

Casuïstiek

31 maart belt een huisarts; hij heeft een 80-jarige patiënt met een traumawond aan het linker onderbeen ten gevolge van stoten aan een trekhaak. De wond is 21 maart ontstaan en vertoont geen genezing na behandeling met fusidinezuur. Via de dochter wordt een foto naar de huisarts gestuurd waarop necrose is te zien. De patiënt hoest en heeft keelpijn, voelt zich verder niet ziek en heeft geen koorts maar wordt verdacht van COVID-19 waardoor we liever geen huisbezoek doen. De huisarts had een half jaar eerder een enkel-armindex gemeten die goed was.

Beschrijving van de wond op 31 maart volgens TIME (foto 1).

T: 100% necrotisch, omvang 5 x 3 cm., diepte niet te bepalen,
I: geen infectieverschijnselen,
M: droog, weinig exsudaat,
E: oedeem.

Er wordt gestart met een enzymatische necrose-oplosser, afgedekt met een vet gaas en een absorberend verband. In verband met het oedeem wordt gestart met een klasse 1 buisverband zodat er niet gezwachteld hoeft te worden.



Foto 1. Start enzymatische necrose-oplosser.



Foto 2. Necrose is opgelost 3 april.

Het wondplan wordt door een kleindochter, die zelf op een Covidafdeling werkt, uitgelegd aan een dochter die nog wel op bezoek komt bij haar moeder.

Op de foto die 3 april wordt toegestuurd is de necrose verdwenen en is er een 100% rood wondbed ontstaan (foto 2). We stoppen de enzymatische necrose-oplosser. De wond is 20 april volledig gesloten. Er wordt geadviseerd om het litteken vet te houden en het buisverband nog twee weken te dragen ter bescherming van het litteken.

Decubitus tijdens coronacrisis

Ook op de intensive care (IC) afdeling van het Langeland Ziekenhuis zijn extra bedden, beademingsapparatuur en personeel geregeld. Op de verkoeverkamer is een nood-IC gemaakt voor niet-coronapatiënten. Op afstand probeert het wondteam mee te denken; bij een toename van beademingspatiënten zijn er extra beenlades nodig om de hielen vrij te leggen, deze worden met spoed besteld. De traagschuim hoofdkussens die we in het verleden in een verkeerde maat hadden besteld voor de OK komen nu goed van pas. Een firma biedt aan om een speciaal buikligmatras te maken, mocht dit nodig zijn. Van een collega in een ander ziekenhuis waar veel buikligging toegepast wordt hoor ik van decubitus op andere lichaamsdelen dan normaal het geval is, namelijk op het voorhoofd, de neus, de kin (foto 3), de oren, de knieën en de voorvoeten. Ondanks het wisselen van houding door middel van het draaien van het hoofd op de linker- en de rechterwang tijdens buikligging, ontstaan er necrotische decubituswon-

den op de kin en de wang. Mogelijk speelt een reeds verslechterde voedingstoestand voor opname hierbij een rol. De verwachting is dat we deze letsels in de toekomst vaker gaan zien.

Vier weken na opname op de IC voor langdurige beademing, zien we in ons ziekenhuis de eerste patiënt op de verpleegafdeling met decubitus op het achterhoofd. De patiënt is heel dankbaar dat hij het virus overleefd heeft, maar is erg verzwakt, heeft geheugenproblemen en is erg emotioneel. Meneer heeft op de IC niet op zijn buik gelegen en kon niet goed op de zij gedraaid worden. Eenmaal op de afdeling voelde hij iets op zijn achterhoofd. Zijn echtgenoot heeft zijn haren geknipt waardoor de wond beter zichtbaar werd. Er was sprake van een categorie 3 decubitus met droge necrose (foto 4). De behandeling bestond uit droog laten van de wond, een traagschuim hoofdkussens en zoveel mogelijk zijligging. Als de necrose later nattend wordt gaan we de necrose verweken met hydrogel afgedekt met een pleister; de patiënt is dan al ontslagen naar een revalidatieafdeling waar we de wond op afstand volgen.

Huidproblemen door persoonlijke beschermingsmaatregelen (PBM)

Ondertussen zien en lezen we dat er huidproblemen in het gelaat ontstaan bij zorgverleners door het langdurig dragen van maskers en beschermende brillen (foto 5). Ook



Foto 3. Decubitus door buikligging.



Foto 4. Necrose achterhoofd na vier weken opname IC en beademing.



Foto 5. Huidletsel door PBM.

de handen hebben het zwaar te verduren door het langdurig dragen van handschoenen, het vele wassen en desinfecteren van de handen. Veel firma's leverden belangeloos handcrèmes, honing barrièrecrèmes en een speciale olie voor categorie 1 decubitus, inclusief een gebruiksaanwijzing om de huidletsels in het gelaat te behandelen. Alle COVID-19 afdelingen waren hiermee blij verrast, zowel in als buiten het ziekenhuis.

COVID-19 en de toekomst

Omdat mensen bang zijn om naar de huisarts te gaan in verband met kans op besmetting, zien we grotere problemen, omdat mensen te lang wachten als zij een wond hebben.

We zien mensen met wonden doordat pedicures afspraken afgezegd hebben: het eelt wordt niet op tijd verwijderd, de nagels geven wonden in de naastliggende tenen.

Het maken van juist orthopedisch schoeisel wordt uitgesteld waardoor er teveel druk blijft op de voetwonden. Steunkousen worden minder aan- en uitgetrokken door de thuiszorg wat waarschijnlijk de komende tijd meer wonden gaat geven door toename van oedeem.

Gelukkig doen de oedeemtherapeut en de bandagist wel huisbezoeken als wij het nodig vinden.

De orthopedisch schoenmaker heeft een prototype spatscherm gemaakt (foto 6) waarvan nu onderzocht wordt of het ingezet kan worden als PBM. Door het klittenband is het scherm bruikbaar voor iedereen, onge-



Foto 6. Spatscherm gemaakt door orthopedisch schoenmaker.

acht de omtrek van het hoofd. Het contactgedeelte met het voorhoofd is van traagschuim, wat erg zacht is, en het scherm is gemaakt van goed te desinfecteren materiaal. De thuiszorg is al enthousiast, waarschijnlijk omdat het moeilijk blijft om aan voldoende mondkapjes te komen.

** Tonny de Groot, wondconsulent, ZorgBrug en WEC LangeLand Ziekenhuis, Zoetermeer.
Lid WCS commissie Decubitus en lid van de redactie van WCS Nieuws.*