

'WE HAMEREN HEEL STERK OP PREVENTIE'

PROFESSIONALS OVER DE INVLOED VAN WONDEN OP HET REVALIDATIEPROCES

A. Brinkman*

Wondbehandeling en –preventie in de revalidatiesector is een vak apart. Littekens, decubitus en chirurgische wonden na amputatie kunnen een behoorlijke invloed hebben op het revalidatieproces. Niet voor niets is een dagelijkse check op beginnende decubitus voor alle verpleegkundigen in de sector 'een tweede natuur' en zijn speciale wondspreekuren inmiddels bijna overal gemeengoed.

De aandacht voor decubitus in zorginstellingen is de laatste jaren sterk toegenomen. Doorbraakprojecten, vernieuwde richtlijnen en speciale decubitusspreekuren hebben de incidentie flink doen dalen. Maar de aandacht in de media richt zich vooral op preventie in ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Terwijl ook in de revalidatiesector de

dens de revalidatie, maar hebben de ontwikkelingen de laatste jaren wel een vlucht genomen. "Wij hebben nu ruim vier jaar het Decubitus Thuisproject en drie jaar een wondpoli. Op die manier hoeven patiënten die weer thuis zijn niet telkens op het spreekuur van de revalidatiearts te komen. Daarnaast is de drempel wat lager om ondersteuning of

Hoogstraat uit. "We hameren hier heel sterk op preventie. Het is voor iedereen een tweede natuur om dagelijks even de billen van revalidanten te controleren op rode plekken. Ook besteden we veel aandacht aan goede voeding, passen zo nodig het dieet aan en alle voorzieningen zoals matrassen en zitkussens zijn aangepast. Op het moment dat een

'Dwarslaesiepatiënten hebben iemand nodig die ze controleert op rode plekken'

laatste jaren een kwaliteitsslag is gemaakt als het op decubitus aankomt. Vooral patiënten met een dwarslaesie krijgen tijdens de revalidatie, maar ook daarna, vaak te maken met decubitus. Maar ook bij aandoeningen als spina bifida en multiple sclerose is het zaak om patiënten goed te controleren. Ton Peek werkt inmiddels zeventien jaar in Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA) en is sinds zeven jaar wondverpleegkundige. Volgens Peek is er altijd veel aandacht geweest voor wondproblematiek tij-

informatie te vragen. Tijdens landelijke bijeenkomsten merk je dat overal in het land dit soort initiatieven ontstaan."

PREVENTIE

Want ook het Utrechtse Revalidatiecentrum De Hoogstraat heeft een wondverpleegkundige in dienst die een speciaal decubitusspreekuur houdt. "Ik ondersteun revalidanten in de overgangssituatie als ze net thuis wonen via transmurale zorg", legt wondverpleegkundige Esther Middelweerd van De

revalidant alleen nog maar rode plekkjes vertoont, is het advies volledige bedrust. Thuis is dat een stuk moeilijker vol te houden dan hier. Aan de ene kant omdat de voorzieningen niet altijd goed zijn, aan de andere kant omdat het beleid van de huisarts en de thuiszorg niet altijd zo sterk op preventie is gericht." Ton Peek herkent dit probleem. "Door de marktwerking is de thuiszorg erg versnipperd geraakt. In Amsterdam is dat goed te merken. Vroeger wist je zeker dat er kwalitatief hoogwaardige zorg werd geleverd, maar als je nu bij kleinere instellingen vraagt naar vacuümtherapie, dan weten ze er niks van. Het is erg lastig om met zoveel verschillende aanbieders het contact goed te onderhouden. Het vervelende is dat dwarslaesiepatiënten niets voelen. Ze hebben iemand nodig die ze controleert op rode plekken. We leren het mensen hier zelf wel, met behulp van een spiegel of door te voelen, maar niet iedereen is daartoe in staat." In Utrecht liepen thuiszorgmedewerkers vlak voor het ontslag van een patiënt een dag mee op het revalidatiecentrum, maar daar is geen geld meer voor, stelt Middelweerd. Zij adviseert revalidanten daarom om aan minder erva-

WONDBEHANDELING 'DE HOOGSTRAAT' 1 ^e KEUS			
WOND	DROOG	VOCHTIG	NAT
DICHT - niet wegdrukbare rode/cyanotische plek - Infiltraat - blaas	-- ONTLASTEN (24 uur / etmaal) -- NIET VERBINDEN alleen blaren beschermen met absorberend verband	n.v.t.	n.v.t.
ROOD	LOMATUELL®	-- AQUACEL® + TEGADERM®	-- AQUACEL® + ABSORBEREND VERBAND
GEEL zonder gevoel	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- EUSOL (max. 2 wk, daarna zie met gevoel)	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- EUSOL (max. 2 wk, daarna zie met gevoel)	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- EUSOL (max. 2 wk, daarna zie met gevoel)
GEEL met gevoel	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL® + ABSORBEREND VERBAND
ZWART oppervlakkig	DROOG VERBINDEN	n.v.t.	n.v.t.
ZWART diep	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- NU-GEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- NU-GEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL® + ABSORBEREND VERBAND



ren thuiszorgmedewerkers uit te leggen waar ze op moeten letten. “Revalidanten gaan nu een stuk deskundiger de deur uit dan vroeger. Maar ja, als je zelf niet kunt kijken ben je toch afhankelijk van een ander. Sommigen worden door de thuiszorg wel eens als ‘lastig’ bestempeld omdat ze er zo op hameren.” Om hulpverleners uit de eerste lijn

ging oplopen. Al is het moeilijk om te zeggen hoe lang die vertraging gemiddeld kan duren. “Er zijn zoveel factoren van invloed”, stelt Middelweerd. “De actieve revalidatie kan volledig stil komen te liggen, maar je kunt wel nog verder met bijvoorbeeld oefeningen in bed en het oprekken van de huid.” De Hoogstraat heeft ook het gebruik

lieten weten met welke producten zij het liefst werkten en van daaruit werd een eerste en tweede keuzelijst opgesteld. Om het gebruik ook in de praktijk efficiënt te laten verlopen, is een kaartje op zakformaat opgesteld, dat iedere professional op elk gewenst moment kan raadplegen (zie foto).

‘Je bevindt je in een patstelling omdat je het bewegingsapparaat actief wilt houden, maar littekens kunnen dit belemmeren’

direct bij te staan, heeft De Hoogstraat speciaal voor deze groep een telefonisch spreekuur voor advies over de behandeling en preventie van decubitus.

RICHTLIJNEN

Zowel in Amsterdam als in Utrecht zijn de protocollen rondom wondpreventie en -behandeling enige tijd geleden aangescherpt. RCA en De Hoogstraat baseerden de nieuwe protocollen op de CBO-richtlijn. “In tegenstelling tot bijvoorbeeld ziekenhuizen, hebben revalidatiecentra niet vaak te maken met ligdecubitus”, aldus Peek. “Door rolstoelgebruik krijgen patiënten hier vooral last van wonden op de zitbotjes. We zijn daar heel streng op. Als iemand symptomen heeft, is het meteen liggen. Hoe vervelend ook.” (zie foto’s) Het strenge beleid in de centra maakt dat de meeste patiënten die met decubitus zijn opgenomen dit ergens anders hebben opgelopen. Vaak thuis of na opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling. Het revalidatietraject kan hierdoor flinke vertra-

van geneesmiddelen en (verband)materiaal in de nieuwe richtlijn aangepast. “De wondbehandeling in het centrum was per afdeling heel divers”, aldus Middelweerd. “Daarnaast was het protocol uit 2004 vooral gericht op revalidanten met een dwarslaesie, nu hebben we ook andere aandoeningen er duidelijker in opgenomen.” Alle afdelingen

AMPUTATIE

Naast decubitusproblemen bij dwarslaesiepatiënten, kunnen er ook plekken ontstaan door gebruik van protheses na amputatie. “Om deze wonden te voorkomen en te verhelpen moet je goed kijken naar de oorzaak”, legt revalidatiearts Aline Vrieling van Beatrixoord, Centrum voor Revalidatie van het UMC

WONDBEHANDELING "DE HOOGSTRAAT" 2 ^e KEUS			
WOND	DROOG	VOCHTIG	NAT
DICHT - niet wegdrubbare rode/cyanotische plek - infiltraat - blaas	-- ONTLASTEN (24 uur / etmaali) -- NIET VERBINDEN (alleen blaren beschermen met absorberend verband)	n.v.t.	n.v.t.
ROOD	-- MEPITEL®	-- MEPITEL®	-- AQUACEL® + ABSORBEREND VERBAND
GEEL met en zonder gevoel	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL-AG® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL-AG® + DUODERM-E®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- KALTOSTAT® + ABSORBEREND VERBAND
ZWART oppervlakkig	DROOG VERBINDEN	n.v.t.	n.v.t.
ZWART diep	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- NU-GEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- NU-GEL® + TEGADERM®	-- MECHANISCH VERWIJDEREN -- AQUACEL® + ABSORBEREND VERBAND



Groningen uit. “In het begin wordt een prothese regelmatig vernieuwd om te voorkomen dat er drukplekken ontstaan. De huid is na een trauma of huidtransplantaat heel kwetsbaar. Met verschillende soorten protheses, bijvoorbeeld van siliconen of elastisch materiaal, wordt de druk meer over de stomp verdeeld.” Het merendeel van de patiënten (ongeveer 90 procent) heeft een amputatie nodig als gevolg van vaatproblemen. Om te voorkomen dat de chirurgische wond veel invloed heeft op de revalidatie, begint het team al in een vroeg stadium met conditie- en krachttraining. “De wondgenezing hangt af van het individu”, stelt Vrieling. “Heeft iemand last van diabetes, op welk niveau is er geamputeerd, hoe is de doorbloeding, wat is de voedingstoestand, rookt iemand? Dat soort aspecten hebben allemaal invloed op het genezings- en revalidatieproces. Het kan zijn dat het heel lang duurt voordat een wond geneest. We adviseren mensen natuurlijk om te stoppen met roken en met behulp van verschillende verbandmiddelen de wond te helpen genezen. Soms helpt het om necrose te laten verwijderen, maar als ook dat geen effect heeft, wordt in overleg met de chirurg bepaald of op een hoger niveau wordt geamputeerd.”

BRANDWONDENCENTRA

Een andere tak van sport die veel te maken krijgt met wonden tijdens de revalidatie, zijn de brandwondencentra. Littekens hebben veel invloed op de bewegingsmogelijkheden en er is kans op contractuurvorming.

Hiernaar is nog weinig onderzoek gedaan en het voorkomen gebeurt nu veelal aan de hand van *trial and error*, aldus fysiotherapeut en onderzoeker Hennie Schouten van het Brandwondencentrum in Beverwijk. Schouten heeft over het onderwerp onlangs een literatuurstudie afgerond en hoopt in 2011 in samenwerking met de overige brandwondencentra een onderzoek te starten dat op cellulair niveau nagaat wat er precies bij contractuurvorming gebeurt. “Hierdoor hopen we beter te kunnen bepalen wanneer je begint met spalken”, legt Schouten uit. “Meteen na de opname? En hoe lang moet de patiënt de spalk dan dragen; één, twee of drie uur? Het beleid groeit nu wel langzaam naar elkaar toe, maar het is een nog weinig evidence based verhaal. Wij spalken op dit moment bij een dreigende bewegingsbeperking. Maar ook om het transplantaat of de pezen te beschermen.”

Wat betreft het revalidatieproces start Schouten een aantal dagen na de operatie. “Hoe je te werk gaat hangt af van hoe diep de brandwonden zijn. Als bijvoorbeeld het vaatstelsel is aangetast of er sprake is van oedeem, worden ledematen goed gepositioneerd en laten we de patiënt wennen aan de nieuwe houding. Om ervoor te zorgen dat er geen contractuurvorming optreedt, proberen we patiënten zo snel mogelijk actief te laten bewegen, eigenlijk binnen twee dagen. Ook patiënten die het zelf niet kunnen, halen we met tilliften uit bed. Voor een ingreep – want vaak worden patiënten nog regelmatig aan hun verwon-

dingen geopereerd terwijl ze hier liggen – controleren we of bewegingen wel of niet lukken door littekenvorming of alleen door angst en pijn.” Het is moeilijk te zeggen hoe lang brandwonden invloed hebben op de revalidatie. Net als bij alle andere wonden, hangt veel af van de leefstijl en gezondheid van de patiënt. Schouten: “Een litteken rijpt gemiddeld binnen één à anderhalf jaar uit. In het begin is het voor de patiënt het moeilijkst om te lopen, maar na een half jaar tot een jaar kunnen de meeste mensen alles weer. Anderen zijn soms jaren bezig voordat ze weer op hun oude niveau komen, anderen lukt dat helemaal niet. Ook peesletsels, amputaties of longbeschadigingen hebben daar invloed op. Daarnaast worden patiënten nog heel lang nagecorrigeerd. En als de littekens hun eindtoestand hebben bereikt, worden er nog cosmetische operaties uitgevoerd. Al met al heeft het veel invloed op de bewegingsmogelijkheden. Eigenlijk zitten er twee kanten aan het verhaal: brandwonden hebben over het algemeen geen effect op het bewegingsapparaat, behalve als deze dieper zitten. Aan de ene kant wil je het bewegingsapparaat actief houden, maar littekens kunnen dit belemmeren. Daardoor bevind je je eigenlijk in een patstelling. De kunst is om een middenweg tussen die twee te vinden, waardoor je het bewegingsapparaat zo goed mogelijk houdt. Want dat is de motor en als die eenmaal stuk is, kun je het niet meer maken.”

***Anouk Brinkman**