

Interview

Auteur: B. Willemsteyn, K. van Rossum
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1986
Pagina: 91-94
Jaargang: 2
Nummer: 4
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: interview transmuraal extramuraal thuiszorg wondbehandeling protocollen
Literatuur:

Interview met L. Molendijk en H. Krijswijk-Jansen. Len Molendijk is districtverpleegkundige (D.V.) oncologie, sinds 1970. Werkzaam v.a. '78 als D.V. op de Z-Hollandse eilanden in dienst van de Provinciale Kruisvereniging Z-Holland. Zij werkt vanuit Spijkenisse en geeft ondersteuning aan 12 basiseenheden, waar totaal 120 wijkverpleegkundigen werkzaam zijn. Hansje Krijswijk-Jansen is werkzaam als stafverpleegkundige bij de Provinciale Kruisvereniging Z-Holland. Zij heeft voor ze deze functie betrok, 7 jaar als wijkverpleegkundige gewerkt en 2,5 jaar als hoofdwijkverpleegkundige.

De organisatie extramuraal is verschillend ten opzichte van de organisatie intramuraal, kunnen jullie een indruk geven hoe de taken verdeeld zijn?

Een provinciale kruisvereniging overkoepelt en ondersteunt de plaatselijk erkende kruisverenigingen. Vanuit de prov. Kruisver. Werken D.V. als gespecialiseerde verpleegkundigen. Zij dienen als vraagbaak en ter ondersteuning van de wijkverpleegkundigen. De D.V. is gespecialiseerd in b.v. gehandicaptenzorg, chronische ziekenzorg, continuïteit van zorg, zorg van specifieke leeftijdsgroepen b.v. ouder en kind, zorg van oncologie wat o.a. omvat stervensbegeleiding, stomazorg en wondverzorging.

Wat de wondbehandeling betreft, bij welke van de bovenstaande groepen patiënten komen jullie wondproblematiek tegen?

Voornamelijk bij oncologische patiënten, b.v. patiënten met een bestralingsulcus of terminale patiënten. Ook een grote groep zijn de patiënten met een ulcus cruris en patiënten na een amputatie van een arm of been. Natuurlijk ook bij chronisch zieken b.v. de patiënten met rheuma zien we regelmatig wondproblematiek.

Merken jullie er iets van in de “wijk” dat de patiënten vanuit een algemeen ziekenhuis sneller naar huis gestuurd worden?

Mensen blijven inderdaad langer thuis voor opnamen en worden sneller ontslagen. Toch hangt dit erg van het ziekenhuis af, sommige wachten o.i. te lang met ontslag. Ze denken dat lukt toch niet thuis, zonder eerst goed te informeren. Vanuit andere ziekenhuizen worden soms patiënten overgeplaatst zonder enige vorm van overleg. Het belangrijkste voor ons is; wat is de wens van de patiënt en zijn familie. Met name bij terminale patiënten is de wens van de patiënt zeer belangrijk, ook familie en kennissen moeten op de hoogte zijn van het feit dat iemand thuis verpleegd wil worden. Heel vaak moeten wij de familie inschakelen bij de verzorging van deze patiënten.

Jullie verplegen dus steeds meer patiënten, krijgen de risicopatiënten nu minder aandacht?

Nee, zeker niet. Er vinden eerder interne taakverschuivingen plaats dan dat de risicopatiënten niet de volle aandacht zouden krijgen. Decubitus komt o.i. toch betrekkelijk weinig voor bij de patiënten die de wijkverpleegkundige regelmatig bezoekt. Er ligt natuurlijk ook een stuk verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf en zijn familie. Een voorbeeld: iemand die slecht ter been is, moet als hij/zij naar het toilet wil, mits dat natuurlijk mogelijk is, hier zelf naar toe lopen. In een ziekenhuis zou deze patiënt de po sneller op bed krijgen. Een patiënt kan thuis in de regel mobieler zijn, de afstanden zijn vaak kleiner. De zelfzorg kan zo makkelijker gestimuleerd worden. Ook de familie moet geïnstrueerd worden om de patiënt zo veel mogelijk zelf te laten doen. Als wijkverpleegkundige ben je er niet alleen voor de patiënt maar ook voor het hele gezin of de familie en met elkaar kun je overleggen hoe de patiënt het best geholpen of gestimuleerd kan worden.

Waarin verschilt de wondverzorging thuis van die in een instelling?

Belangrijk is dat in het ziekenhuis of verpleeghuis de patiënt bij die instelling te gast is. Bij de patiënt thuis is de wijkverpleegkundige de gast. Dit betekent dat je je steeds weer moet aanpassen aan totaal verschillende situaties. Een paar punten zijn voor elke wondverzorging thuis van belang:

1. Probeer zo schoon mogelijk te werken. Benadruk de hygiëne bij de patiënt zelf en zijn/haar verzorgers.
2. Zorg voor een goed wondtoilet.
3. Betrek de patiënt of de familie bij de wondbehandeling, zorg voor goede instructie en HOU HET SIMPEL.
4. Gebruik verbandmiddelen die door de verzekering vergoed worden.
5. Zorg voor goed overleg met de huisarts, hij/zij blijft de behandelend arts.
6. Zorg voor een goed dieet, met voldoende eiwitten, vitamine C en ijzerhoudende producten.

Hoe lang blijft de wijkverpleegkundige op de hoogte van alle nieuwe ontwikkelingen t.a.v. de wondbehandeling?

Veel van deze veranderingen komen via de D.V. bij de wijkverpleegkundige. De D.V. krijgt via verpleegkundige continuïteit van zorg alle veranderingen door van b.v. ziekenhuisprotocollen. Ook de belangrijke informatie van symposia en vakliteratuur wordt via de D.V. doorspeeld aan de wijkverpleegkundige.

Len Molendijk is begonnen met registratie van allerlei wondverzorgingsproducten. Zij maakt veel foto's van wonden in verschillende stadia van genezing, om op deze manier goed instructiemateriaal te verkrijgen.

Er zijn binnen de prov. kruisver. afspraken gemaakt met de industrie. Alle nieuwe producten worden geïntroduceerd via de vakgroep oncologie waarin de betreffende D.V. zitting heeft. Zij bekijken en beoordelen of het product te gebruiken is in de thuiszorg en hoe het met het kostenaspect zit. Alle geadviseerde middelen kunnen alleen gebruikt worden in goed overleg met de huisarts. Samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige is een noodzaak om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen.

Wat vinden jullie van al deze nieuwe producten?

Volgens mij, zegt Len Molendijk, worden er geen kwalitatief slechte producten gemaakt. Waar het wel aan schort is een goede productinformatie. Welk middel gebruik je bij welke wond en wat is de juiste methode van toepassen. Persoonlijk ben ik er niet voor om een vieze gele wond af te dekken met middelen of pleisters die volgens de productinformatie enige dagen op de wond kunnen blijven zitten. Ik ben er een voorstander van om bij een vieze wond liefst 3 maal daags door de wijkverpleegkundige of door de familie een goed wondtoilet te laten verzorgen, zonodig vaker. Als de ruikt, kan dit naar het bezoek toe erg afstotelijk werken. "Het stikt daar zo". Dit is natuurlijk erg onplezierig voor de patiënt. Het schept afstand, terwijl hij/zij juist de aandacht nodig heeft.

Als de wond schoon is, is het belangrijk dat de wond "rust" krijgt en dan ben ik er voor om een bedekkende pleister als Duoderm of soort gelijk materiaal te gebruiken.

Zijn er standaard protocollen t.a.v. wondbehandeling binnen de kruisverenigingen?

Er is weinig te standaardiseren, het blijft vaak improviseren. Maar binnen de prov. kruisver. is men wel bezig met het ontwikkelen van standaard verpleegplannen. Een verpleegplan met betrekking tot een patiënt met een ulcus cruris wordt momenteel uitgetoet.

Wat vinden jullie van het classificatiemodel van de W.C.S.?

Dit spreekt ons wel aan. Het is duidelijk en eenvoudig, een model wat in de verpleegkunde

goed te hanteren is. Het kan met name erg goed gebruikt worden in de communicatie met huisartsen om zo samen een bepaalde therapie te kiezen.

Wat moet er gebeuren om de intra- en extramurale zorg beter op elkaar af te stemmen t.a.v. wondproblematiek?

Belangrijk is een goede verpleegkundige overdracht, waarin duidelijk de wondverzorging beschreven wordt. Belangrijk is ook dat men zich in deze overdracht probeert in te leven in de situatie waarin de patiënt thuis verkeert.

Wat ook voor de wijkverpleegkundigen een probleem is, zijn patiënten die voor een wond door de specialist poliklinisch gezien worden. Vaak worden de patiënten onnodig veel poliklinisch behandeld, dit kost veel reistijd en begeleiding en is vaak erg vermoeiend voor de patiënt. De gedachte hierachter is waarschijnlijk, dat de wijkverpleegkundige de nodige zorg niet kan bieden. Terwijl de wijkverpleegkundige daartoe prima in staat is! Ook worden patiënten door verschillende specialisten gezien, zodat evt. verbetering of verslechtering vaak niet door hen wordt opgemerkt. Van een overdracht is bij de poliklinische patiënten geen sprake. Wij pleiten voor direct overleg tussen specialist en huisarts of tussen poliverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen.

Wat kunnen jullie de W.C.S. nog adviseren?

Wij zien in de W.C.S. misschien een schakel tussen intra- en extramurale zorg. Dus goede contacten met o.a. het maandblad M.G.Z., wat door bijna elke wijkverpleegkundige gelezen wordt, zijn van belang. Op deze manier blijf je in nauw contact met de thuiszorg. Ten aanzien van de patiëntencasus in de Nieuwsbrief, voor ons in de wijk is wondverzorging vaak weinig spectaculair, maar heel belangrijk. B.v. een open been geeft geen spectaculaire wondgenezing. Maar met veel geduld en goede verzorging kan voor en door de patiënt veel bereikt worden.

Barry Willemstein, Koos van Rossum.