

Een dag van een revalidatie-wondverpleegkundige

M. Ardewijn *

Piep, piep, piep; mijn wekker gaat af, het is weer maandagmorgen. Met frisse tegenzin stap ik uit bed, maak me klaar, stap in de auto en rij op weg naar Basalt revalidatiecentrum in Den Haag (foto 1) waar ik als wondverpleegkundige werkzaam ben. Onderweg neem ik alvast in mijn hoofd de planning van vandaag door. Als eerste mijn mailbox en openstaande acties doorploegen, vervolgens de wondenronde lopen over de units van de kliniek. Daarna naar de amputatiegroep in de sportzaal. Hier komen patiënten na een klinische opname voor conditietraining en om te oefenen en te leren omgaan met hun prothese onder toezien van fysiotherapeut, ergotherapeut, prothesemaker, arts, sportinstructeur en de wondverpleegkundige.



Foto 1. Basalt revalidatiecentrum in Den Haag.

Het is altijd gezellig in het revalidatiecentrum, waar saamhorigheid, hard werken en kennis samen komen. De patiënten leren van elkaar en hebben gelijk alle kennis van het team ter beschikking. Hier zie ik patiënten met wondjes, irritaties of blaartjes van hun prothese, maar waar ik vooral in begrijpbare taal en met een flinke dosis humor voorlichting en advies geef. Voorkomen is tenslotte altijd beter dan genezen. Voor het middagprogramma staat een uur wondpoli, het geven van wondscholing aan verpleegkundigen en een overleg over de aanschaf van een nieuwe virtual reality bril op het programma.

Virtual reality

Twee jaar geleden hebben we samen met studenten onderzoek gedaan naar de zin van virtual reality (VR) op de pijnbeleving bij wondzorg. Uit dit onderzoek bleek dat de helft van de patiënten heel positief reageerde en minder pijn en/of angsten had. De patiënt krijgt bijvoorbeeld bij

pijnlijke verbandwissels, negatieve druktherapie of debrideren met scalpel, een VR-bril op (foto 2). Door de bril waant de patiënt zich op de savanne tussen de leeuwen of zwemt tussen de gekleurde vissen in de 'Great Barrier Reef'. Door deze afleiding scoorden de patiënten beduidend lager op de VAS-score en is er meer tijd om de te leveren zorg goed uit te voeren.

De wondronde

Eenmaal aangekomen op Basalt wordt de dag gestart op afdeling 4, unit 4.2. Op deze unit liggen patiënten met verschillende diagnoses, maar waar de hoofddiagnose dwarslaesie, MS en het syndroom van Guillain-Barré is. Met een brede opgewekte glimlach loop ik de zusterpost in. Daar staat de wondaandachtvelder die breed grijnzend terug lacht vanachter de computer on wheels (COW), klaar voor de wondronde. We wachten even tot de ergotherapeut aansluit om vervolgens gezamenlijk drie koppen sterk de wondrondelijst door te nemen. Op deze lijst staan alle patiënten met wonden of huiddefecten die tijdens de wondronde door door ons gezien moeten worden. Maar



Foto 2. Toepassing van virtual reality.

ook staan op deze lijst alle patiënten met AD-matrassen en -zitkussens. In samenspraak met elkaar nemen we door in welke volgorde we de patiënten gaan zien, welke vragen er zijn en of er nog mensen moeten starten of stoppen met de preventieve antidecubitusmaterialen. We zijn een geoliede machine samen en werken de wondronde lijst af. De wondaandachtvelder die ook werkzaam is op deze afdeling als verpleegkundige is op de hoogte van de stand van zaken en begeleidt ons langs de patiënten met wonden, ze benoemt het huidige behandelplan en wijzigt indien nodig gelijk op de computer de wondverzorgingslijsten in het revalidatie elektronisch patiëntendossier (R-EPD). De ergotherapeut maakt de wondfoto's, denkt mee en controleert de ingezette antidecubitusmaterialen, zoals de bedden en zitkussens of deze nog functioneel zijn of aangepast moeten worden. Op deze manier proberen we het net op het ontstaan van decubitus te dichten. Mijn taak is overkoepelend, om de wond in kaart te brengen, te beoordelen en een behandelplan te bepalen. Indien nodig behandel ik de wond ter plaatse door de wond schoon te maken. Het debrideren van de wond met een mesje is een voorbehouden handeling die alleen de arts of de wondverpleegkundige mag uitvoeren. Op afroep is de arts tijdens de wondronde direct beschikbaar.

In wondenland is tegenwoordig zoveel verkrijgbaar dat je door alle beschikbare verbanden de wond niet meer ziet. We hebben daarom bewust voor een klein overzichtelijk assortiment gekozen.

Diversiteit aan wonden

Na het doornemen van de patiënten op de wondronde lijst gaat de stoet van drie de afdeling op. De patiënten die gezien moeten worden zijn op de hoogte van onze aanpak. De patiënten hebben een weeklijst waar alle therapieën en afspraken op staan. We werken gestaag de lijst af. Kamer voor kamer. Kleine wondjes en grote complexe wonden wisselen elkaar per kamer af. Een tracheawondje die niet wil sluiten, een multitraumapatiënt met wonden aan haar benen, een patiënt met meerdere wonden na een compartimentsyndroom waarbij donorhuid is gebruikt, een ingegroeide ontstoken teennagel en een grote producerende buikwond met fistels waar we een wound manager voor gebruiken, het is elke keer weer wat anders. Elke patiënt en elke wond krijgt de aandacht en de zorg die het verdient. Zo hebben we voor de opname van de patiënt met de complexe buikwond nauw contact gehad met de afdeling in het ziekenhuis waar de patiënt vandaan kwam en ben ik van te voren langs geweest om mee te kijken. Zodat er duidelijke instructies waren voor alle collega's en de juiste producten aanwezig zijn om de patiënt de nodige

zorg te kunnen leveren. We hebben op elke unit een kleine geselecteerde voorraadkast met wondproducten. Waar ons streven 'keep it simpel' is geworden. In wondenland is tegenwoordig zoveel verkrijgbaar dat je door alle beschikbare verbanden de wond niet meer ziet. We hebben daarom bewust voor een klein overzichtelijk assortiment gekozen. Alle collega's zijn op de hoogte van de werking en de eigenschappen van deze producten. Zodat deze op de juiste manier en alleen worden ingezet wanneer dit nodig is. Deze producten hebben we overzichtelijk ondergebracht op een wondkaart via het WCS classificatiemodel, zodat we voor elke type wond een behandeling hebben.

Middelen en maatregelen

Bij de laatste twee kamers aangekomen doen we als eerste de deur naar mevrouw Van de B. open. We groeten mevrouw en hebben een kort praatje waarna de wondaandachtvelder aangeeft hoe het de afgelopen week is gegaan en wat er op de wond gaat. Mevrouw is herstellende van het syndroom van Guillain-Barré en heeft door haar lange ziekbed in het ziekenhuis een gele decubituswond categorie 3 aan haar stuit gekregen. De wondaandachtvelder geeft aan dat er een algino hydrogel en een foam silicone sacrum border op gaat. Ontlastende maatregelen die we bij opname een week geleden hebben afgesproken zijn een high care matras en een antidecubituszitkussen. Daarnaast heeft mevrouw een opzitschema gekregen van driemaal een uur, zodat zij niet te lang opzit, en voor de nacht wisselgigging om de drie uur. Via de diëtetiek krijgt mevrouw eiwitverrijkte drinkvoeding als extra voeding. Ik haal de silicone border eraf, maak de wond schoon en constateer dat de wond kleiner is geworden. We meten de wond en maken een foto. Aan de hand van de foto van de week ervoor zien we dat de wond in grootte is afgenomen en de wond ten opzichte van de week ervoor nu in zijn geheel rood granulerend is met mooie roze wondranden. We laten het wondbeleid zoals het is, alleen gaan we het opzitschema uitbreiden om zo haar conditie te verbeteren en in samenspraak met mevrouw stoppen we de wisselgigging voor de nacht zodat ze niet steeds wakker gemaakt hoeft te worden. De ergotherapeut controleert of het antidecubituszitkussen nog genoeg lucht bevat. Als alles in orde blijkt te zijn en de wondaandachtvelder klaar is met gegevensverwerking in de computer gaan we verder.

Regelmatig zien we vanuit het ziekenhuis patiënten komen met decubituswonden op het achterhoofd.

Als laatste staat de heer R. op het programma, een eigenwijze man met een gebruiksaanwijzing maar waar wij met wat humor en het raken van de juiste snaar wel raad

mee weten. De heer is sinds een week bij ons opgenomen voor deconditionering na een lange IC-opname na een coronair artery bypass grafting (CABG). Meneer heeft op zijn achterhoofd een decubituswond met korst gehad. Regelmatig zien we vanuit het ziekenhuis patiënten komen met decubituswonden op het achterhoofd. Vanuit het ziekenhuis is vaak het beleid om er niks mee te doen en de korst te laten zitten en niet de haren te wassen. Wat we vaak zien is dat de wond vies is. Haren en wondvocht zijn met elkaar vermengd en opgedroogd in de korst. De wond en het haar zijn op deze manier niet goed schoon te houden en is daarmee infectiegevoelig. Vaak ruikt de wond en is na een nacht slapen het kussen van de patiënt vies. Het eerste wat we dan doen is uitleg geven aan de patiënt over onze ervaring met dit soort wonden, omdat deze afwijkt van wat ze te horen hebben gekregen. Als eerste scheren we ongeveer twee cm rondom de wond het haar weg. Daarna verwijder ik met een scalpel en pincet de korst. De wond wordt verder goed schoongemaakt tot een rode wond. Dan doen we er Terra-Cortril oogzalf op en plakken het af met een siliconen foam border. Vaak zien we dat de wond dan binnen een à twee weken helemaal gesloten is met minimale littekenvorming. De patiënt mag zijn haar wassen en zijn kussen is niet elke dag meer vies. De patiënten ervaren deze aanpak als prettig en de wond geneest snel. Deze aanpak hebben we vorige week ook bij de heer R. uitgevoerd. Bij het verwijderen van het verband zien we dat ook deze keer de aanpak gewerkt heeft. De wond is nagenoeg dicht.

Na de wondronde bespreken we nog even kort na en spreken we af welke patiënten extra controle behoeven. Daarna nemen we afscheid en ga ik door naar unit 4.1, de trauma- en amputatieafdeling. Hier liggen vooral patiënten met onderbeenamputaties. Stompwonden zijn op wonden-gebied vooral onze expertise.

** Maarten Ardewijn, wondverpleegkundige, Revalidatie-centrum Basalt*