

Wond en wondbehandeling: De rol van de huisarts

Ik ben Hans Doorenbosch, huisarts in het gezondheidscentrum Holendrecht, in de zuidoost lob van Amsterdam.

Mij is gevraagd als huisarts iets te vertellen over hoe ik met wond en wondbehandeling te maken heb.

In medisch-technisch opzicht is dit niet wezenlijk anders dan de voorgaande sprekers hebben verteld.

Ik wil dan ook met name een aantal kanttekeningen maken bij de patiënt, de persoon om wie het gaat.

Zijn medewerking is nodig en onze adviezen moeten voor hem of haar haalbaar zijn. Daarnaast wil ik een aantal opmerkingen maken over de samenwerking eerste lijn – tweede lijn.

Hans Doorenbosch,
huisarts

Om te beginnen wil ik iets zeggen over de wonden, die wij als hulpverleners nooit te zien krijgen, de talloze huis-, tuin- en keukenwonden. Zij worden door mensen zo ingeschat, dat zij ze zelf kunnen verhelpen met een keurig verbandje of een tubetje 'dr. Swaab'-zalf, dat uit de erfenis van oma is overgenomen en nu op de brandwond wordt gesmeerd.

Deze wonden zien wij niet. Wij zien deze wonden pas als het niet beter wil, door verkeerde inschatting of complicaties, maar ook bij een groep mensen, die met deze eenvoudige wonden onzeker of onhandig is. Zij worden in de huisartsenpraktijk bij voorkeur gezien door de assistent, of algemeen werker, zoals deze in gezondheidscentra vaak wordt genoemd.

Een belangrijk aspect hierbij is voorlichting, in de veronderstelling dat mensen op den duur deze ongemakken zelf de baas kunnen (zelfredzaamheid). Het schrijven van eenvoudige stukjes in (buurt)blaadjes blijft hieraan nog steeds een waardevolle bijdrage leveren.

Van de grote hoeveelheid wonden zien wij als hulpverleners dus maar een klein deel: enerzijds de door de vorige sprekers genoemde wonden als: geïnfecteerde operatiewonden, decubitus en open benen, maar vooral: ongeluks- en ongevalswonden in de vorm van snij-, schaaf- en brandwonden; geïnfecteerde steken, beten en ook eczemen; puisten of van dieper komende abcessen; kwaadaardigheden met name in het gelaat.

In toenemende mate gaat een groot aantal mensen met wonden naar de eerste hulp van een ziekenhuis, zeker in de grote stad. Argumenten daarbij zijn de bereikbaarheid van de vaak onbekende dienstdoende huis-

arts, maar ook de onzekerheid over het eigen lichaam, je weet maar nooit, het ziekenhuis weet het het beste en heeft het nieuwste.

Ik blijf van mening, zoals ook beschreven in 'het takenpakket van de huisarts' LHV 1983, dat ook voor dit soort zaken de eerste lijn 24 uur per dag bereikbaar hoort te zijn en dat iedere huisarts materiaal en kennis hoort te hebben, om een eenvoudige wond te beoordelen en zo nodig te hechten. Enerzijds is dit kostenbesparend, en hoort deze behandeling binnen de eerste lijn in de opvatting van ons huidige gezondheidszorgsysteem, anderzijds zijn het vaak steeds mensen uit dezelfde gezinnen, die met wonden komen. Als huisarts zie je dat verband vaak eerder en kan je gericht iets aan preventie proberen te doen.

Maar je kent ook gezinnen waar het niet zo lekker loopt. Een eenvoudige schaafwond, je spreekt af dat ze zelf regelmatig de pleister verschonen, en zegt dat je verwacht dat de wond in een week gezezen zal zijn. Echter na tien dagen zit nog altijd dezelfde pleister op de wond en drijft in het pus. Adviezen probeer je op maat te maken en niet voor iedereen hetzelfde; protocollen zijn er voor de dokters.

Zo zal je proberen je adviezen, indien verantwoord, aan te passen aan bijv. een moeder, die net een kleintje er bij heeft, zij kan er even niets bij hebben, of aan een werkende man, die van zeven uur tot na zes uur ver van huis is: is het nodig hem te dwingen een deel van zijn werk te verzuimen, of kan hij het zelf aan te bepalen of en wanneer er controle nodig is. Zoals eerder gezegd de behandeling van dit soort wonden is in principe niet anders dan op de poli of eerste hulp: schoonmaken en inspectie (diepere wonden, peesletsels, derdegraads verbrandingen herkennen) daarna is een eenvoudig verband, eventueel met een vaseline gaas, of bij brandwonden silversulfadiazine, is meestal genoeg, waarbij de een dat zelf verzorgt, en je de ander dagelijks terug zal laten komen; het is zinnig adequate pijnstillers mee te geven (meestal paracetamol) dit wordt ook door de huisartsen nog wel eens vergeten en leidt tot onnodige avondconsulten. Steriliteit in de huisartspraktijk wil ik nog noemen. Voldoende blijkt een goed gewassen handdoek uit de kast, wel gesteriliseerde instrumenten, maar daarna opgeborgen in een schone la en tenslotte

een paar disposable onderzoekshandschoenen uit de doos. Hiermee zie je ook bij kleine ingrepen geen infecties. Overigens is ook het joderen, zekere bij intramusculaire injecties discutabel; tenslotte nog zondig een tetanus profylaxe en bijvoorbeeld bij slagerswonden overwegen antibiotica te geven.

Zelden dat iemand met dit soort wonden moet worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Wat de samenwerking betreft tussen eerste en tweede lijn zou een lokaal overleg over een gemeenschappelijk beleid betreffende eenvoudige wonden nog altijd zinnig zijn. Ieder, zowel huisarts als specialist, prijst nog vaak zijn methode aan als de beste, hoewel vaak nauwelijks verschillend van die van een ander, of hij prijst noviteiten aan die een jaar later allang weer vervangen zijn. Dit veroorzaakt veel onzekerheid bij de patiënt.

Kom ik nu toe aan een paar opmerkingen over geïnfecteerde operatiewonden en decubitus. Ik noem deze samen, omdat ze eigenlijk altijd vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn komen. Samenwerken in het belang van een patiënt betekent hier in de eerste plaats een goede overdracht, Brieven, die een specialist aan een huisarts schrijft, worden meestal voor het grootste deel gevuld met een diagnostiek, de behandeling staat kort vermeld, en de toestand bij ontslag komt er af met bevredigend, de wond is nog niet helemaal gesloten, of, helaas is er een necrotische plek ontstaan aan de hiel, waarvoor wijkverpleging is ingeschakeld. Ik denk, dat het de eerste, tweede lijn en de patiënt een boel zou besparen als er met de patiënt een overdracht mee zou gaan, waarin duidelijk vermeld is, de vorm en uitgebreidheid bij ontslag, wat er in het ziekenhuis reeds mee gedaan is en welk het advies en verwachting is. De continuïteit in de behandeling zal dan beter zijn en er hoeft aan het eind van de dag niet gebeld te worden. (met alle parttime werken is het steeds moeilijker de betreffende te vinden)

Controlebezoeken aan de tweede lijn zijn dan ook minder nodig. Dit is niet alleen voor de tweede lijn voordelig, maar ook voor de patiënt, die nog niet op krachten is, en rond wie nog een boel verzorging thuis nodig is. Voor hem of haar is het een hele klus naar het ziekenhuis voor controle af te reizen, wat minimaal een halve dag in beslag neemt en waarvan ze moe thuis komen.

Dat doet me ook denken aan u mag vrijdag naar huis, iedereen is daar blij mee, maar het wordt zo vaak een domper. Is er

rekening mee gehouden, dat iemand inderdaad zichzelf kan verzorgen, verbinden, tweemaal per dag zijn wond kan uitdouchen en heeft hij iemand, die nog diezelfde dag de noodzakelijke spullen bij de apotheek kan halen. In het ziekenhuis voel je je een hele piet, maar eigenlijk hoor ik van iedereen dat het thuis tegenvalt wat je allemaal kan en je hebt ook niet de hele dag iemand om je heen waar je op terug kunt vallen. Het duurt vaak een paar dagen voor alles een beetje loopt. Ik zeg dit allemaal omdat ik denk dat niet alleen een medisch-technisch goede uitvoering van belang is, maar evenzeer rust en veiligheid aan een goede genezing bijdragen.

Als huisarts kom ik vaak een van de eerste dagen langs om de draad weer op te pakken en te zien of alles loopt. Wat bovengenoemde wonden betreft ben ik vaak meer op de achtergrond aanwezig, de wijkverpleegkundige doet het werk en geeft een signaal als het niet volgens plan loopt. We kijken dan samen wat de oorzaak is en hoe dat in deze omstandigheden beter zou kunnen.

Een idee voor de samenwerking eerste lijn – tweede lijn lijkt mij om een verslag te maken van de laatste dagen in het ziekenhuis en de eerste dagen thuis en dat samen te bespreken.

Kom ik tenslotte op de open benen, waarover An van As als wijkverpleegkundige u zal vertellen.

Binnen ons gezondheidscentrum betekent werken met dit protocol, dat wij nog zelden mensen voor open benen naar de tweede lijn verwijzen.

Verwijzingen betekenen dan bijna altijd opnames, omdat de algeheel lichamelijke toestand te wensen overlaat, bijv. door diabetes mellitus, of vergaande inactiviteit door gewrichtsproblemen, of heel lokaal een arteriële insufficiëntie. Als huisarts is het vooral mijn taak deze extra taken mee te beoordelen en samen te kijken waarom het niet lukt.

Overigens heb ik als huisarts de indruk dat open benen de laatste jaren minder voor komen, enerzijds doordat de oorzaken als spataderen, hartzwakte en erysipelas, beter en tijdiger behandeld worden, anderzijds door secundaire preventie, en betere behandeling van de open benen zelf.

Ik heb willen zeggen dat naast een medisch technische behandeling, die gemeenschappelijk en inzichtelijk dient te zijn, de behandeling voor de patiënt haalbaar en begrijpelijk moet zijn. Samenwerking en overdracht zijn daarbij belangrijke voorwaarden.