



Snijden in de thuiszorg

M. Cromwijk-Joosten, J. van Hartingsveldt, M. van 't Hoff, N. Wellink*

De afgelopen jaren is de zorg thuis ingrijpend veranderd. De zorgkosten stijgen en bezuinigingen zijn onvermijdelijk (1). Het gevolg is dat de zorg vanuit het ziekenhuis steeds sneller over gaat naar de thuiszorg, ook wel ziekenhuisverplaatste zorg genoemd. In de thuiszorg wordt hierdoor complexere zorg geleverd (2). Ziekenhuisverplaatste zorg blijkt minder belastend te zijn voor ouderen, omdat de zelfredzaamheid op deze manier vergroot wordt. Vanuit deze situatie komt de vraag naar voren of necrotectomie een handeling is die verplaatst kan worden naar de thuissituatie.

Necrotectomie wordt ook wel een chirurgisch/scherp debridement genoemd (3,4). Als het dode weefsel met schaar, mesje, pincet, curette of laser verwijderd wordt, spreekt men ook wel van scherp debridement (4). Door necrotectomie toe te passen kan de wondgenezing versneld worden. Voor het beste effect zou necrotectomie meerdere malen toegepast moeten worden (5). Daarom zou het toepassen van necrotectomie in de thuissituatie een positief effect kunnen hebben op de wondgenezing. Over necrotectomie toepassen in de thuissituatie zijn geen eerdere onderzoeken gedaan.

Onderzoeksvraag

In februari zijn we gestart met een afstudeeronderzoek voor de wondteams van Allercare, een thuiszorgorganisatie die gespecialiseerde thuiszorg biedt (in dit geval specialisatie wondzorg en dermatologie). Vanuit bovenstaande situatie zijn wij antwoord gaan zoeken op de hoofdvraag: 'Krijgen wondteams van deze thuiszorgorganisatie uitvoeringsverzoeken van wondspecialisten in ziekenhuizen voor de voorbehouden handeling necrotectomie en welke voorwaarden stellen wondspecialisten aan de thuiszorgorganisatie om dit in de thuissituatie uit te voeren?' Bij de start van het onderzoek was het onduidelijk of de thuiszorg uitvoeringsverzoeken van wondspecialisten in ziekenhuizen (dit kunnen zowel medisch specialisten als wondverpleegkundigen zijn, het betreft diegene die het beleid bepaalt in het ziekenhuis) krijgt voor de voorbehouden handeling necrotectomie. Wel is duidelijk dat wondverpleegkundigen met regelmaat wonden tegenkomen die necrose bevatten. We hebben negen interviews afgenomen met wondspecialisten in ziekenhuizen door heel Nederland (figuur 1). In dit artikel zullen wij de resultaten beschrijven van ons literatuuronderzoek en het tweede deel van onze hoofdvraag. Het eerste deel van onze hoofdvraag bevat specifieke informatie voor de genoemde thuiszorgorganisatie. Wel kunnen we melden dat betreffende thuiszorgorganisatie geen uitvoeringsverzoeken krijgt van wondspecialisten uit ziekenhuizen voor de voorbehouden handeling necrotectomie.



Figuur 1. Overzicht geïnterviewde wondspecialisten

Belang van het effectief toepassen van necrotectomie

Vanuit ons literatuuronderzoek hebben we helder gekregen wat het belang van het effectief toepassen van necrotectomie is. Necrotectomie is de snelste en meest effectieve manier om dood weefsel te verwijderen (5-7). Het herhalen van necrotectomie is nodig om elke keer een stukje dood weefsel weg te nemen, net zo lang totdat de wond alleen vitaal weefsel bevat (5). De richtlijn veneuze pathologie/ulcus cruris geeft aan dat het matig bewezen is dat herhaald uitvoeren van necrotectomie de wondgenezing lijkt te bevorderen (8). Echter, onderzoek van Wilcox heeft uitgewezen dat frequent debridement, wekelijks uitgevoerd, wel degelijk geassocieerd kan worden met een snellere genezing (9). De keuze voor het uitvoeren van een necrotectomie wordt gemaakt als er een vaste laag van necrotisch weefsel is, als er sprake is van een duidelijke



grens tussen vitaal en niet-vitaal weefsel en/of als excisie van dit weefsel om verschillende redenen boven andere soorten debridement wordt verkozen (10). Er is geen informatie gevonden over het belang van het toepassen van necrotectomie in de thuissituatie. Wel is er informatie gevonden over het belang van verpleging aan huis. De inzet van wijkverpleegkundigen is bijna de helft goedkoper dan verpleeghuiszorg. De zorg is beter op de cliënt afgestemd, de arbeidstevredenheid groeit en er is sprake van een betere communicatie tussen de disciplines. Kwetsbare ouderen ervaren een toename in de mate van zelfredzaamheid door de ondersteuning van de wijkverpleegkundige en het veilige gevoel dat op deze persoon teruggevallen kan worden (11).

Voorwaarden

Door het afnemen van de interviews hebben we onderzocht welke voorwaarden wondspecialisten in ziekenhuizen stellen voor het uitvoeren van necrotectomie in de thuissituatie. Het blijkt dat tweederde deel van de wondspecialisten er niet voor open staat om necrotectomie te verplaatsten naar de thuiszorg. Een derde ziet dit wel als mogelijkheid. Beide groepen konden voorwaarden noemen om necrotectomie thuis toe passen.

Scholing en kwaliteit

Wondspecialisten stellen allereerst als voorwaarde dat de thuiszorgorganisatie inzichtelijk maakt aan welke kwaliteitseisen zij voldoet. Daarbij willen zij inzicht hebben in scholing van de wondverpleegkundige. Men vindt de wondopleiding niet voldoende om bevoegd en bekwaam te zijn voor het uitvoeren van necrotectomie. Het liefst zien zij daarbij een gezamenlijk scholings- en toetsingsprotocol. Het wordt sterk geadviseerd verschillende keren de handeling uit te voeren onder supervisie van een chirurg. Door de handeling met regelmaat uit te voeren blijft de wondverpleegkundige bekwaam. Uiteindelijk is de wondverpleegkundige zelf verantwoordelijk om bekwaam te blijven.

Samenwerking ziekenhuis en thuiszorg

Men vindt het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen ziekenhuis en thuiszorgorganisatie. Hiervoor moet een samenwerkingscontract getekend worden, waarin afspraken schriftelijk zijn vastgesteld. Het doel van een samenwerkingscontract is dat er een effectieve samenwerking ontstaat, zodat de cliënt weet waar hij aan toe is en weet dat hij goed behandeld wordt. Wanneer thuiszorg en ziekenhuis met elkaar kunnen overleggen en elkaar kunnen adviseren zal dit de kwaliteit van zorg bevorderen. Hoe complexer de zorg, hoe belangrijker dit wordt. De respondenten geven aan dat, als ze gaan samenwerken met een thuiszorgorganisatie, er altijd een gespecialiseerde verpleegkundige moet zijn die als aanspreekpunt funktioneert op het gebied van wondzorg. Een aanspreekpunt voor zowel ziekenhuis, thuiszorgpersoneel als cliënt.

Overdracht

Voordat necrotectomie uitgevoerd wordt, is het van belang om een goede overdracht te ontvangen vanuit het ziekenhuis. Zo is het noodzakelijk dat er in de overdracht staat benoemd wie er eindverantwoordelijk is voor de handeling. Een schriftelijk uitvoeringsverzoek is hierbij verplicht. Daarbij moet de overdracht volledig zijn. Respondenten noemen de optie om een gezamenlijk (elektronisch) patiëntendossier te ontwikkelen, waar alle betrokken zorgverleners toegang tot hebben. Hierin zou dan alle informatie beschikbaar zijn die nodig is om necrotectomie in de thuissituatie toe te kunnen passen. Onderliggend lijdend, wondbehandelingsprotocol, uitslagen van onderzoeken en specifieke aandachtspunten komen dan standaard in de overdracht te staan. Een voorstel van de respondenten is dat er een persoonlijke overdracht (warme overdracht) zou kunnen plaatsvinden. Dit houdt in dat de wondverpleegkundige naar het ziekenhuis komt om de wondzorg ter plaatse onder supervisie van de behandelend wondspecialist uit te voeren. Bij complexe wonden kan dit meerwaarde hebben, maar dit is niet haalbaar om bij iedere cliënt te doen.

Klinisch redeneren

De wondverpleegkundige moet rekening kunnen houden met onderliggend lijden, conditie van de cliënt, medicatie zoals bloedverdunders, het type necrose en een eventuele infectie. Op basis hiervan is het van belang om te kijken of de wond geschikt is voor necrotectomie of dat daarmee gewacht moet worden. Het vermogen om klinisch te kunnen redeneren is een belangrijke competentie die genoemd wordt. Een volledige anamnese is hierbij van belang.

Back-up en verantwoordelijkheid

Om in te spelen op eventuele complicaties zal er in de thuissituatie een back-up moeten zijn die kan ingrijpen als

dat nodig is. Om risico's te verminderen is bedachtzaamheid en voorzichtigheid geboden bij het weghalen van necrose. Het is van belang dat een wondverpleegkundige weet tot hoever ze kan snijden en wanneer het niet meer verantwoord is om de handeling in de thuiszorg uit te voeren.

Pijn

Necrotomie kan erg pijnlijk zijn. Daarom vereist necrotomie een goede pijnbestrijding. Soms zal een cliënt een verdovende injectie nodig hebben. In andere gevallen is bijvoorbeeld een lidocaïnespray of een Emla-zalf voldoende. Als necrotomie zonder pijnbestrijding wordt uitgevoerd moet het gezonde en dode weefsel goed van elkaar te onderscheiden zijn. Als het goed te onderscheiden is, kan er net langs het randje van het dode weefsel gesneden worden. Dit is meestal niet pijnlijk. Men gaf aan dat het van belang is om de pijn te monitoren en een protocol voor pijn te maken wanneer necrotomie in de thuissituatie uitgevoerd wordt.

Werkwijze

Het is van groot belang dat er in de thuissituatie gewerkt wordt in een hygiënische omgeving. Geen steriele handschoenen, wel steriele materialen. Als de wond maar niet met onsteriele materialen wordt aangeraakt. Dit wordt ook wel de no-touch techniek genoemd. Een uitzondering op de regel zijn brandwonden. Wondspecialisten adviseren hierbij wel steriele handschoenen te gebruiken. Er moet gewerkt worden volgens protocol. In dit protocol moet ook benoemd staan hoe gehandeld moet worden bij complicaties, maar ook wanneer necrotomie te specialistisch wordt en de cliënt daarvoor verwezen wordt naar het ziekenhuis.

Contra-indicaties

Necrotomie is een ingrijpende vorm van debridement (10). Aan deze voorbehouden handeling zitten veel risico's verbonden. Sommige respondenten zijn, vanwege deze risico's, van mening dat necrotomie niet in de thuiszorg hoort. Wel is men van mening dat door veel ervaring en kennis veel van de risico's zeer beperkt worden. In het praktijkonderzoek kwamen verschillende contra-indicaties voor het uitvoeren van necrotomie in de thuissituatie aan het licht. Een belangrijke reden om geen necrotomie uit te voeren in de thuissituatie is een verhoogde kans op complicaties. Een complicatie die het meest genoemd werd is pijn. De respondenten zijn er niet zeker van dat hier doeltreffend op geanticipeerd kan worden in de thuiszorg. Een andere contra-indicatie is als het risico op een bloeding erg groot is. Ook het onderliggend lijden is als contra-indicatie genoemd. In het ziekenhuis worden bijna geen necrotomieën uitgevoerd bij cliënten met bijvoorbeeld diabetes en vaatlijden. Zeker in de thuissitu-

atie zijn deze ziektebeelden een contra-indicatie. Bij grote en complexe wonden wordt necrotomie bij voorkeur in het ziekenhuis uitgevoerd.

Alternatieven

Respondenten adviseerden allen om eerst te kijken welke alternatieven van debridement er zijn, alvorens er besloten wordt necrotomie toe te passen. Er zijn verschillende alternatieven voor necrotomie in de thuissituatie. Alternatieven die genoemd zijn, zijn autolytisch debridement, mechanisch debridement, biologisch debridement, enzymatisch debridement en negatieve druktherapie (10). Deze alternatieven bieden ook de mogelijkheid om de wondgenezing te stimuleren. Respondenten geven aan dat, wanneer necrotomie uiteindelijk nodig is, er met deze alternatieven belangrijk voorwerk gedaan kan worden.

Literatuur

1. Rodenburg S. BNR Debat. **Wie wordt de baas in het ziekenhuis?** www.bnr.nl/event/982962-1510/bnr-debat-wie-wordt-de-baas-in-het-ziekenhuis. Geraadpleegd maart 2016.
2. Vilans - In voor zorg! **De langdurige zorg in 2020: trends en ontwikkelingen**. 2014. www.invoorzorg.nl. Geraadpleegd maart 2016.
3. Whitney J, Phillips L, Aslam R et al. **Guidelines for the treatment of pressure ulcers**. *Wound Repair and Regeneration*, 2006;14:663-79.
4. Poot E, Mintjes J, Weststrate J et al. **Decubitus te lijf: Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen**. Houten, 2008: Bohn Stafleu van Loghum.
5. **Wondbedpreparatie, een nieuwe manier van wondbehandeling**. *SuperZorg*, 2004;4:1-3.
6. Enoch S, Harding K. **Wound Bed Preparation: de wetenschap achter het verwijderen van obstakels tot heling**. *Wounds*, 2003;15:213-29.
7. Vandeputte JJ. **De rol van honing in 'wondbed voorbereiding' bij chronische wonden**. In dit Verband, 2005;15:6-11.
8. Richtlijndatabase IKNL, KiMS. (2015-2016). *Veneuze pathologie/Ulcus cruris venosum*. Nederland.
9. Wilcox JR, Carter MJ, Covington S. **Frequency of debridements and time to heal: a retrospective cohort study of 312 744 wounds**. *JAMA Dermatol*, 2013;148:1441.
10. Strohal RA. **EWMA Document Debridement**. EWMA 2013. <http://ewma.org>. Geraadpleegd maart 2016.
11. Bont de M. **Rapport Versterken verpleging thuis**. <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/20120116%20Rapport%20Versterken%20overpleging%20thuis.pdf>. Geraadpleegd maart 2016.

* Martine Cromwijk-Joosten, Janita van Hartingsveldt, Marlene van 't Hoff, Nynke Wellink, 4e-jaars verpleegkunde studenten HBOV, Chr. Hogeschool in Ede.

Contact

martine.cromwijk@allerzorg.nl