

INTERACTIEVE SESSIE - OOSTKAMP 2004 DIABETES EN WONDZORG: INVULLING OP DE WERKVLOER

auteur : **Gert Adriaenssen**

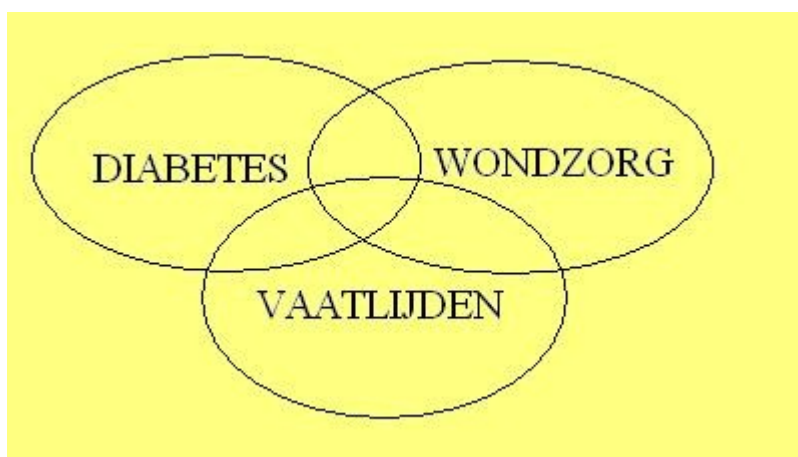
1. Inleiding

Terwijl in aangrenzende zalen nieuwe collega's zich verdiepten in een basiseducatiepakket, of de peritoneale dialyseverpleegkundigen hun state of the art aanscherpten, hadden een 25 tal dapperen zich verzameld voor wat een behoorlijk interactief en geïllustreerd discours zou worden. Onderwerp was de wondzorg in het kader van diabetes en de praktische invulling van dit gegeven op de werkvloer. De sessie was voorbereid door Grace Van Den Steen, Franky De Backer, Rita Van Eeckhaut (alledrie afkomstig uit het OLV Aalst) en Marleen De Baedts uit het AZ Sint Lucas te Gent. Gert Adriaenssen van het AZ Sint-Jozef te Malle was moderator.

Als er ooit periode is geweest waarin hemodialyseverpleegkundigen zich enkel hoefden te bekommeren om de dialyse op zich, behoort deze episode heden ten dage alleszins tot het verleden.

De NBVN registratiegegevens leren ons iets meer over de samenstelling van de actuele dialysepopulatie. Diabetespatiënten, van ongeacht welk type, vormen een steeds groter wordend aandeel van de dialysepopulatie. De pathologie en morbiditeit die daarmee samenhangt, noopt professionelen op de dialyse-, hospitalisatie en consultatieafdelingen, evenals collega's in de thuiszorg, hun klinische praktijkvoering aan te passen aan de specifieke noden van de diabetespatiënten.

Het feit dat Orpadt het onderwerp 'diabetes en wondzorg' interactief ter bespreking stelt, is dus in zijn geheel niet onterecht. Zoals ook in andere sessies zou blijken, is de dialyseverpleegkundige anno 2004 in wezen niet zomaar een agerend individu, maar eveneens een reflecterend professioneel. Diabetes, wondzorg en de reflecties hieromtrent zijn overigens geen marginale of uitzon-derlijke fenomenen, maar wel een thematiek met een raakvlak naar vaatlijden toe. Ze hebben een weerslag op de organisatie van ons werk.



Deze sessie had dus niet als doel een cursus wondzorg of diabetesregulatie te geven. Hoe de diabetische wondzorg praktisch op de werkvloer wordt ingevuld is het centrale thema. Over welke werkvloer het gaat, werd duidelijk door de kennismaking met het geïntrigeerde wakkere publiek, dat overigens hoofdzakelijk uit dialyseverpleegkundigen bestond. Daarvan waren enkelen tewerkgesteld in hospitaaldialyse, anderen in een Low

care setting. Sommigen fungeerden ook als referentieverpleegkundigen diabetes, wondzorg of ziekenhuishygiëne.

Om meer inzicht te bekomen in de diverse achtergronden van de deelnemers aan de sessie, werd wat dieper ingegaan op welke activiteiten op de diverse werkvloeren worden uitgevoerd inzake de centrale thematiek, wat met andere woorden in de deelverzamelingen kan ondergebracht worden.

De vraag werd vervolgens aangesneden welke actoren zijn er in de diabetische wondzorg?

Er bestaan verschillende mogelijkheden :

- Artsen
 - Nefroloog
 - Endocrinoloog
 - Traumatoloog
 - Vaatchirurg
- Verpleegkundigen van de hospitalisatie-afdeling
- Dialyseverpleegkundigen
- Thuisverpleegkundigen
- Verpleegkundigen van een diabetische voetkliniek
- Podologen
- Pedicures
- Andere...

Sommige centra beschikken over werkgroepen en referentieverpleegkundigen wondzorg, diabetes en/of ziekenhuishygiëne. Toch blijkt er een grote diversiteit te bestaan tussen de invulling van de diabetische wondzorg in de centra. Binnen deze variatie blijft één kruispuntfiguur als constante overeind : de verpleegkundige als sleutelfiguur met een belangrijke coördinerende rol.

Een belangrijke centrale topic binnen het evalueren van de invulling van diabetische wondzorg in de Vlaamse dialysecentra, is de kwestie welke middelen men hiervoor ter beschikking heeft. Onnodig te illustreren dat er zelfs in het kleine Vlaanderen grote verschillen in beschikbare middelen en mankracht kunnen genoteerd worden.

2. Ervaringen in het OLV Aalst

Een presentatie illustreerde vervolgens een praktijkvoorbeeld van invulling van diabetische wondzorg in het O.L.V. te Aalst. Deze gegevens werden getoetst aan de ervaringen van de diverse aanwezigen. De dialyse van het OLV startte in 1997 – 1998 met een 3 tal verpleegkundigen, een aantal dat ondertussen groeide tot een zestal. Op eigen initiatief werd aan lectuur en bijscholing gedaan. Er bestond in het OLV ziekenhuis reeds een werkgroep wondzorg. Er was tevens één centraal contactpersoon in het ziekenhuis. Op een bijscholing werden collega's geïnformeerd over de principes van de Woundcare Consultant Society (WCS). Met bijvoorbeeld hun systeem van de wondkaart met rode, gele en zwarte wonden. Er werd een wondzorgmap aangelegd waarin alle wondzorgfiches zaten van de patiënten met wondzorg.

Het betrof standaardfiches (voorbeeld in bijlage) van welk wondzorgmateriaal te gebruiken bij welke wonde – (bv. Mepitel bij skintear). Aanvankelijk werd eveneens voetcontrole bij diabetespatiënten gestart, maar zoals in diverse centra moest hier wegens tijdsgebrek mee gestopt worden.

Elke dialysepatiënt heeft een verpleegdossier met volgende verpleegkundige gegevens :

- Fistelgegevens.
- Dialyse-efficiëntie.
- Wondzorg.
- Sociale anamnese.
- Medicatie.

Bij ambulante patiënten gebeurt de wondzorg tijdens de dialysebehandeling door de dialyseverpleegkundige. Thuis wordt de verzorging uitgevoerd door de thuisverpleging. De patiënten beschikken over een weg- en weerboekje. De wondzorgbladen voor de thuisverpleging worden door de dialyseverpleegkundigen ingevuld en door de dokter gedagtekend.

De verpleegkundigen beschikken over een wondzorgkar, die eveneens wordt gebruikt als werktafel. Op de kar vinden we:

- Ontsmettingsstoffen.
- Setten, kompressen, wicken, windels, kleefmateriaal,...
- Wondzorgmappen.
- Persoonlijke wondzorgverbanden.

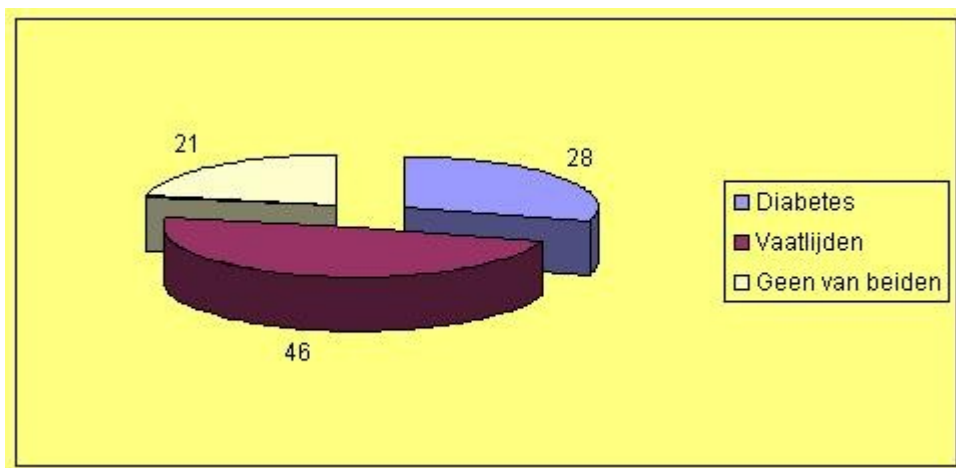
Voor ambulante diabetespatiënten met een wonde maakt men een wekelijkse afspraak met de diabetes voetkliniek, bestaande uit een endocrinoloog , traumatoloog, diabetesverpleegkundige, podologe. Bij hoogdringendheid wordt de traumatoloog gecontacteerd. Voor de opvolging wordt geen eigen initiatief genomen, maar volgt men het beleid van de voetkliniek. Men reinigt wel de wonde, ontsmet en dekt af.

Voor opgenomen patiënten gebeurt de wondzorg op de afdeling.

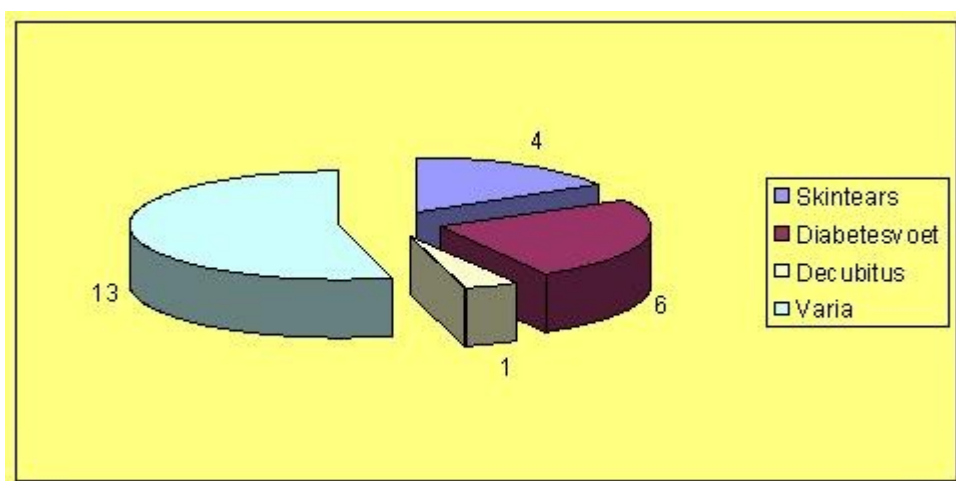
Naar de thuiszorg toe worden bepaalde wondzorgmaterialen worden ter beschikking gesteld van de patiënt:

- Chloorhexidine in water.
- Kompressen, kleefmateriaal.
- Verbanden worden binnenhuis voorgeschreven.

3. Grafische voorstelling van prevalentie van diabetes en vaatlijden in het OLV Aalst :



4. Grafische voorstelling van de aard van de wonden :



De panelleden van het OLV te Aalst besloten hun presentatie met de vaststelling dat de werking van de diabetische wondzorg op hun afdeling goed loopt, maar nog voor verbetering vatbaar is. Ze stellen vast dat wegens overbelasting de werking van de voetkliniek niet optimaal is (2400 patiënten voor 2 endocrinologen). De endocrinologen doen geen toer op de dialyse-afdeling, waardoor er weinig doorstroming is.

Door deel te nemen aan de week van de verpleegkunde van het NVKVV te Oostende, kwam het panel te weten dat er een wondzorgprotocol bestaat dat specifiek toegespitst is op de verzorging van diabetische voetwonden. Het gaat hier over het Wagnerprotocol (zie bijlage). Dit protocol is nog vrij onbekend, en zal nog praktisch moeten aangewend worden, maar is desondanks een veelbelovend praktisch werkinstrument.

5. Wagnerschaal

Wondzorgprotocol voor diabetische voetwonden		
Deze 4 punten controleren in dezelfde volgorde bij elke wonde:		
1. neem de oorzaak weg: bvb. circulatieproblemen?, foute nagelzorg, overdruk?...		
2. is de wonde geïnfecteerd? Dagelijks verbandwissel, W2 en W3=> kans op infectie,...		
3. waar situeert zich de wonde in de Wagner classificatie?		
A: onderliggende pathologie: W1-W2-W3=> t.g.v. neuropathie; W4-W5 => t.g.v. circulatiestoornissen.		
B: mate van weefseldestructie:Wagner bepalen - peilen!		
C: kans op infectie: wondcultuur nemen om te bevestigen;		
W2: grote kans op infectie;		
W3: zeker infectie.		
4. aspect van de wonde: diepe W2-W3 => multidisciplinair.		
Wagner 0:		
Geen ulcus maar hoog risico => beschermen en podologische hulp inroepen.		
Wagner I:	Oppervlakkig ulcus.	Droog - Niet-inklevende wondcontact verbanden. - Geïmpregneerde verbanden met of zonder medicamenteuze toevoeging. - Hydroactieve hydrocolloïd. - Glycogel. - Siliconenverband (tule). - Biologische verbanden op basis van collageen. Nat - Alginaten. - Hydrocellulair verband of schuimverband. - Hydrofiber verband.

Wagner II: Wordt als geïnfecteerd beschouwd tot tegendeel bewezen is.	Diep ulcus, zonder botaantasting	<ul style="list-style-type: none"> - Drainerende wieken met debriderend effect. bv. Alginaatstreng. - Wieken om te draineren en abcesvorming te voorkomen.
Wagner III: Is altijd geïnfecteerd.	Abces met botaantasting.	<ul style="list-style-type: none"> - Wieken in fysiologische zoutoplossing in afwachting tot chirurgisch debridement of amputatie.
Wagner IV:	Gelocaliseerd gangreen.	<p>a) indien revascularisatie niet (meer) mogelijk: Droog houden door aanstippen van de necrose met uitdrogende en looiende vloeistoffen. Er ontstaat maceratie en mummificatie van het dode gedeelte. De "urgentie" van amputatie verdwijnt en men kan wachten tot een "geschikt" ogenblik.</p> <p>b) indien wel revascularisatie mogelijk: Vaatheelkundig ingrijpen met chirurgisch debridement. Wondzorg in functie van de nieuwe wondconditie.</p>
Wagner V:	Gangreen van de volledige voet (droog en nat).	Idem Wagner IV.
Necrose:	<u>(zie wondbedvoorbereiding)</u> Debrideren met necrose oplossers: osmotisch debrideren/ honingzalf/ hydrogel. Bij droge necrose: inkerven; bij arteriële insuff.: droog houden met uitdrogende vloeistoffen. (b.v. eosine)	
Risico pat. 1->3	1) Spoelen 2) Topicale desinfectia 3) Antibact. verband/zalf/crème/tule (b.v. PVPI)/gel verband of oliën gebruiken.	
Infectie 1->7	4) Antibiotische zalven, max. 10d. (b.v. fucidine) 5) Systemisch antibiotica op doktersvoorschrift. 6) Bij geurhinder: kweek nemen; geurabsorberend. 7) Bij veel vocht: kweek nemen; hydrofibers (+Ag); alginaat.	
Secundaire laag: niet-inklevend absorberend verband. Fixatie: geen afsluitend verband gebruiken => mogelijk infectie. Reinigen: wondreiniger, fysiologische zoutoplossing of zacht stromend water.		

6. Besluit

Elk centrum roeit met de riemen die het heeft inzake de verzorging van diabetische wonden. Uit de onderlinge interactie naar aanleiding van het reflecteren omtrent het praktijkvoorbeeld kunnen we enkele belangrijke zaken concluderen . We zetten ze even voor u op een rijtje :

Er liggen altijd organisatorische aspecten aan de basis van een goede werking van een afdeling. Een verantwoorde en effectieve bestaafing van een dienst is een conditio sine qua non met betrekking tot eender welke activiteit die wordt uitgevoerd. Jammer genoeg konden we daar tijdens deze sessie weinig aan veranderen, hetzij door dit nogmaals te expliciteren. De aanwezigen stemden de violen gelijk door te stellen dat verantwoordelijken en directies in eerste instantie de mankracht moeten voorzien. Daarmee bedoelen we niet enkel het aantal effectieven om mensen te dialyseren tout court, maar ook om de inspanningen op het vlak van diabetische wondzorg te kunnen leveren. We noteerden onder de aanwezigen de bemerking dat het hen ontbreekt aan tijd of personeel om die zorg op een degelijke manier uit te voeren. Naast organisatorische omstandigheden is uiteraard de werkbelasting en de toegemeten tijd die men ter beschikking heeft om het zorgpakket te leveren, die maken dat er in sommige settings geen ruimte is om naast andere kernactiviteiten aan diabetische wondzorg te doen.

Wanneer het personeelskader volstaat, is het verder van belang dat de verantwoordelijken de kans bieden tot vorming, zodat we tot een evidence based praktijkvoering kunnen komen.

Binnen de wondzorg bestaan diverse klassificatie- en behandelssystemen. De specificiteit van een diabetische wondzorgklassificatie is moeilijk te vinden, maar het tot nu toe vrij onbekende Wagner klassificatie (bijlage) biedt hier in de toekomst waarschijnlijk soelaas.

We noteerden reeds dat binnen de lijst acteurs in de film van de diabetische wondzorg, de dialyseverpleegkundige een coördinerende regisseursrol toebedeeld krijgt. De noodzakelijke attributen die ons ter beschikking moeten staan op elke werkvloer, zijn aangepaste wondbehandelingsfiches met hun weerslag in een geïntegreerd dossier. Hoe minder interindividuele variaties in de wondzorg, hoe beter. Communicatie tussen alle partijen bv. voetklinik, thuisverpleegkundigen, verpleegafdeling enz is erg belangrijk. De informatiebrieven, boekjes en voorgedrukte voorschriften waarop de behandeling kan aangevinkt worden, zijn daartoe een belangrijke tool in handen van de zorgverleners.

Om ons niet te bezondigen aan struisvogelverpleegkunde, moeten we toch ook objectief vaststellen dat al te vaak diabetici een overschot aan therapie-ontrouw aan de dag leggen. Dit vertaalt zich naast een insufficiënte glycemieregeling ook in de onwil tot het tonen of laten verzorgen van hun voeten of wonden. We kunnen enkel streven naar een soort zorgstrategisch samenwerken tussen alle betrokken verzorgenden, met als gewenst resultaat een wondzorgbeleid waarin de patiënt een partner en geen slachtoffer is.

Tenslotte willen we de vraag beantwoorden : Wat bekostigt de patiënt ? Veelal zit het verzorgingsmateriaal in de verpleegdagprijs, wat de dialyse-afdeling betreft dus in het forfait verblijf. De producten mogen dus niet aan de patiënt aangerekend worden en worden ten laste gelegd van de afdeling. Indien er op niet-dialysedagen wonden worden verzorgd door een thuisverpleegkundige, worden deze producten theoretische gezien afgehaald in een open officina. In de praktijk stellen we echter vast dat diverse centra er de voorkeur aan geven om het benodigde materiaal aan de patiënt mee te geven om de thuiszorg enigszins te vergemakkelijken.

Uiteraard is met deze sessie het discours rond wondzorg en diabetes niet gesloten. Toch werd op geslaagde wijze een forum gecreëerd waar zorgverstrekkers ervaringen konden delen, die hen mogen sterken in hun zoektocht naar optimalisering van de toenemende inspanningen inzake wondzorg bij diabetici of vaatlijders. Ik wil bij deze het panel en het geanimeerde publiek uitdrukkelijk danken voor hun inbreng en succes wensen op de werkvloer.

Over de auteur

Gert Adriaenssens is hoofdverpleegkundige van de hemodialyse-afdeling van het AZ St. Jan te Malle.