

24/6/2015



HHS

DE BEHANDELMETHODES VAN OEDEEM OP DE PSYCHOGERIATRISCHE AFDELING VAN FLORENCE EN WZH

Verbeterpunten vanuit het Huidtherapeutisch Oogpunt

Auteur:	I van de Woestijne
Studentnummer:	10023399
Cohort:	2010
E-mailadres:	iwoestijne@gmail.com
Opleiding:	Huidtherapie
Instelling:	De Haagse Hogeschool
Docentbegeleider:	N.E. Debeus - Labohm
Opdrachtgever:	M. Groenenwegen en F. Hoogeveen Lectoraat psychogeriatric van De Haagse Hogeschool

Voorwoord

Dit is een onderzoeksrapport over de behandeling van bewoners met oedeem, die woonachtig zijn in het psychogeriatrisch verpleeghuis. Dit rapport is geschreven door Irene van de Woestijne, vierdejaars studente Huidtherapie aan De Haagse Hogeschool. Het onderzoeksrapport is een afstudeerproject in opdracht van het lectoraat psychogeriatric van De Haagse Hogeschool, met als opdrachtgevers Mari Groenenwegen en Frans Hoozevee.

Het onderzoek heeft plaats gevonden binnen twee locaties van de zorgorganisaties WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) en Florence. Het doel van het onderzoek is het geven van een advies op het gebied van oedeemtherapie aan de twee zorgorganisaties, welke bijdraagt aan de kwaliteitsverbetering van de zorg in het psychogeriatrisch verpleeghuis.

Deze scriptie is tot stand gekomen door mijn persoonlijke interesse in de zorg voor ouderen in verpleeghuizen. Door middel van dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen. Dit onderzoeksrapport is met name interessant om te lezen voor Huidtherapeuten en (zorg)disciplines die werkzaam zijn in een verpleeghuis.

Ik wil Mari Groenendaal en Frans Hoozevee bedanken voor hun enthousiasme over mijn afstudeeronderwerp en de moeite die zij gedaan hebben om dit onderzoek binnen de twee organisaties, waarin zij werkzaam zijn, te laten plaatsvinden. Daarnaast wil ik Mirjam Zemmann – van Dijk, Ingrid Verzijl van WZH en Manouk Mooring van Florence bedanken, voor de moeite die zij hebben gedaan om het onderzoek met succes te laten verlopen. De zorgdisciplines en huidtherapeuten, die meegewerkt hebben met het praktijkonderzoek, wil ik bedanken voor het invullen van de vragenlijst en het geven van informatie en mening over de behandeling van oedeem.

Ik wil mijn docentbegeleidster Marisa van de Mortel en mijn meelezer Anne-Merel van Elp bedanken voor de feedback die zij mij tijdens het schrijven van dit onderzoeksrapport gegeven hebben. Daarnaast wil ik mijn ouders en vrienden bedanken voor het geduld wat zij met mij gehad hebben en in het bijzonder wil ik Manon Bart bedanken voor alle steun en tips die zij gegeven heeft tijdens het uitvoeren van mijn afstudeeronderzoek.

Irene van de Woestijne,

Den Haag, 24 juni 2015.

Abstract

In the Netherlands, as a consequence of an aging population, the number of elderly is increasing. The increase of elderly leads to an increasing health care need, and because of this growing health care need, the quality of health care has to be ameliorated. The chronic disease of dementia is an example of a disease, in particular at an advanced stage, of which the health care need is high. With a view to improving the quality of health care and the treatment goal in psycho-geriatrics, this research project has focused on the treatment of venous oedema and secondary lymph oedema in two psycho-geriatric nursing homes of the health care organizations of Florence and WoonZorgcentra Haaglanden (WZH).

In this qualitative research project, answers are given to the main question: "What should be, from a skin therapeutic viewpoint, the improvements of the treatment of oedema in two health care locations of the psycho-geriatric nursing homes of Florence and WoonZorgcentra Haaglanden?" The aim of this research project is to give advice, to the health care organizations of Florence and WZH, which may contribute to the quality improvement of health care for residents suffering from oedema in the psycho-geriatric nursing home.

The main questions has been answered by the use of diverse literature and by a conducted field research. For the literature research, the Big6 method of Verhoeven has been used. The field research consisted of observations of the nursing homes' residents suffering from oedema and interviews with involved health disciplines. Moreover, several Skin Therapists have filled out an open questionnaire.

The literature research has shown that best results can be achieved with Ambulatory Compression Therapy (ACT) for patients with venous oedema, and with Complete Decongestive Therapy (CDT) for patients with secondary lymph oedema. The conducted field research has shown that residents suffering from oedema, living in the psycho-geriatric department, are treated through bandaging and therapeutic compression stockings (in this report referred as TEK). The Specialist Geriatric Health Care is the main therapist, but the nursing team plays the greatest role during the signalling and the treatment of residents suffering from oedema. The oedema physiotherapist is overarching involved in the process, and provides the nursing team with tips and advice.

The advice for quality improvement of health care in the field of the treatment of oedema, within the health organisation of Florence, is the optimisation of cooperation between various health disciplines by clearer communication, consistent reporting, and working according to protocols and guidelines. With regard to WZH, advice for improvements in terms of cooperation is the systematic reading of reports. This will also lead to improved treatment of oedema.

The field research has shown that both health care organisations are in need of obtaining more information about oedema. The Skin Therapists may play an important role by providing the organisations' nursing teams with information and advice about the treatment of oedema. Moreover, Skin Therapists argue that they are able to transfer knowledge to the nursing team about bandage techniques, for instance by providing clinical lessons. The application of proper bandage techniques will lead to a more effective treatment.

As from the Skin Therapeutic viewpoint, the quality of health care can be improved by a greater emphasis on the lymphatic component. By consultation with a Skin Therapist, for instance about skin care and the use of alternative compression materials, the Skin Therapist can contribute to the alignment of health care needs of the residents and the optimisation of the treatment goal in psycho-geriatrics.

Samenvatting

Als gevolg van de vergrijzing, stijgt het aantal ouderen in Nederland. Een stijging van het aantal ouderen, betekent een stijgende zorgbehoefte en door deze toenemende zorgbehoefte zal de kwaliteit van de zorg verbeterd moeten worden. De chronische ziekte dementie is een voorbeeld van een ziekte waarbij de zorg behoefte, met name in een gevorderd stadium, groot is. Met het oog op de kwaliteitsverbetering in de zorg en het behandeldoel in de psychogeriatric, is in dit afstudeeronderzoek, onderzoek gedaan naar de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem in twee psychogeriatric verpleeghuizen van de zorgorganisaties Florence en WoonZorgcentra Haaglanden (WZH).

In dit kwalitatieve onderzoek is antwoord gegeven op de hoofdvraag: “Waar liggen, vanuit het huidtherapeutisch oogpunt, verbeterpunten van de behandeling van oedeem in twee locaties van de psychogeriatric verpleeghuizen Florence en WoonZorgcentra Haaglanden?” Dit onderzoek is uitgevoerd met als doel het uitbrengen van een advies aan de zorgorganisaties Florence en WZH, die bij kan dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor bewoners met oedeem in het psychogeriatric verpleeghuis.

Er is antwoord gekregen op de hoofdvraag door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd aan de hand van de BIG6 methode van Verhoeven. Het praktijkonderzoek bestond uit het observeren van bewoners met oedeem, het afnemen van interviews met de betrokken (zorg)disciplines en er is door verschillende huidtherapeuten een vragenlijst ingevuld.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat met toepassing van Ambulante Compressie Therapie (ACT) bij patiënten met veneus oedeem, en Complete Decongestieve Therapie (CDT) bij patiënten met secundair lymfoedeem het beste resultaat behaald kan worden. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat bewoners met oedeem, op de Psychogeriatric afdeling, behandeld worden door middel van zwachtelen en Therapeutische Elastische Kousen (TEK). De specialist ouderengeneeskunde is de hoofdbehandelaar, maar de verzorging speelt de grootste rol bij het signaleren van oedeem en de behandeling van de bewoners. De oedeemfysiotherapeut is overkoepelend betrokken bij het proces en geeft tips en adviezen aan de verzorgenden.

Het advies voor kwaliteitsverbetering van de behandeling van oedeem voor Florence is het optimaliseren van de samenwerking van verschillende disciplines door middel van een duidelijkere communicatie, consequente verslaglegging en het werken volgens protocollen en richtlijnen. Verbeterpunten op het gebied van samenwerking voor WZH is het systematisch doorlezen van de rapportages.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat beide organisaties behoefte hebben aan meer informatie over het onderwerp oedeem. Hierbij kan de huidtherapeut een rol spelen door het geven van voorlichting en advies over oedeem, aan de verzorgenden. Daarnaast zijn de huidtherapeuten van mening dat zij kennis over kunnen dragen aan de verzorgenden over de zwachteltechniek, door bijvoorbeeld het geven van een klinische les. Op deze manier kan de effectiviteit van het zwachtelen verhoogd worden.

Vanuit het huidtherapeutisch oogpunt kan de kwaliteit van de zorg verbeterd worden als er meer aandacht komt voor het lymfatische component. Door overleg met de huidtherapeut, over het inzetten van alternatieve compressiematerialen en de verzorging van de huid, kan de huidtherapeut bijdragen aan de afstemming van de zorg op de behoefte van de bewoner en het optimaliseren van het behandeldoel van de psychogeriatric.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 Probleemstelling, hoofdvraag en deelvragen.....	7
1.4 Begripsafbakening.....	8
2. Methode	8
2.1 Literatuuronderzoek.....	8
2.1.1 Dataverzameling.....	8
2.1.2 Analyse-methode	9
2.2 Praktijkonderzoek.....	9
2.3 Onderzoeksgroep.....	9
2.4 Observaties.....	9
2.4.1. Analyse-methode	9
2.5. Open-interviews zorgorganisaties	9
2.5.1 Analyse-methode	10
2.6. Vragenlijst huidtherapeuten	10
2.6.1 Analyse-methode	10
3. Resultaten	11
3.1. De behandeling van veneus oedeem.....	11
3.2 De behandeling van secundair lymfoedeem	11
3.3 Behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis	13
3.4 Samenwerking met verschillende (zorg)disciplines in een psychogeriatrisch verpleeghuis.....	16
3.5 De samenwerking tussen de betrokken (zorg)disciplines op de PG-afdelingen van Florence en WZH.....	17
3.5.1 Samenwerking binnen Florence.....	17
3.5.2 Samenwerking binnen WZH	18
3.6 De inzet van kennis en vaardigheden van de huidtherapeut.....	18
4. Conclusie.....	19
5. Discussie	21
6. Aanbevelingen	21
7. Literatuurlijst.....	22
8. Bijlage	26
Bijlage 1. Verklarende Woordenlijst	26
Bijlage 2. Logboek Literatuuronderzoek.....	27
Bijlage 3. Toelichtingsbrief Florence en WZH.....	29
Bijlage 4. Observatielijst	31
Bijlage 5. Casussen	32
Bijlage 6. Inductieve-codering interviews (zorg)disciplines.....	33
Bijlage 7. Transcript open-interviews (zorg)disciplines	38
Bijlage 8. Inductieve codering vragenlijst Huidtherapeuten	63
Bijlage 9. Respons vragenlijst Huidtherapeuten	67
Bijlage 10. Vragenlijst huidtherapeuten.....	75

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het aantal ouderen neemt steeds meer toe, op 1 januari 2012 was het aantal 65-plussers in Nederland ongeveer 2,7 miljoen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014a). Vanaf 2013 heeft er een zichtbare stijging van het aantal ouderen plaatsgevonden en de verwachting is dat, door onder andere de vergrijzing, Nederland in 2041 zo'n 4,7 miljoen 65-plussers zal tellen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014b). Het aantal ouderen dat woonachtig is in een verzorgings- of verpleeghuis was in 2012 vier procent en dit percentage zal verder gaan stijgen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014a). Deze stijging betekent dat er veranderingen zullen optreden in de zorg om de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Rijksoverheid, n.d. a).

Naar aanleiding van het rapport "Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam", gepubliceerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, heeft Staatssecretaris M. Van Rijn het plan van aanpak "kwaliteit verpleeghuizen" gepubliceerd, dat bij zal dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg in verpleeghuizen (Rijksoverheid, 2015b). Uit dit rapport blijkt dat onder andere de inzet van personeel en de deskundigheid niet voldoende wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt en dat bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen tekortkomingen zijn in de zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014).

Een voorbeeld van een ziekte waarbij vaak, in een gevorderd stadium, een opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis onvermijdelijk is, is dementie (Hoogeveen, 2008). Dementie is wereldwijd een veel voorkomende chronische ziekte; in Nederland alleen al zijn ongeveer 260.000 mensen met dementie, en dit aantal zal de komende jaren door onder andere vergrijzing verder toenemen (Alzheimer Nederland, 2014). De bijkomende cognitieve stoornissen zoals afasie, apraxie, agnosie en verstoring in de uitvoerende functies met daarbij vaak comorbiditeit en multimorbiditeit maakt de zorg voor mensen met dementie complex (Jonker, Slaets & Verhey, 2009).

Mensen met dementie ervaren een grote achteruitgang van kwaliteit van leven en doordat deze ziekte niet te genezen is, heeft de zorg voor mensen met dementie als doel het creëren van een *"optimaal welbevinden, aanvaardbare kwaliteit van leven en het verlichten van klachten en symptomen"* (Mahler & Meerveld, 2013). Om dit doel te behalen, wordt er in verpleeghuizen samengewerkt in een multidisciplinair team, waarbij verschillende disciplines betrokken zijn (Antonides, 2005).

Uit een kleinschalig afstudeeronderzoek, naar de behandelingsmogelijkheden van de huidtherapeut in het psychogeriatrisch verpleeghuis, is gebleken dat de huidtherapeut een rol zou kunnen spelen bij de behandeling van bewoners met oedeem (Woelders, 2014). Door de complexiteit van het ziektebeeld dementie, met het oog op het behandeldoel in de psychogeriatric en de kwaliteitsverbetering van de zorg, wordt in dit afstudeeronderzoek, de behandeling van oedeem onderzocht.

Oedeem is een veel voorkomende aandoening met een progressief karakter en kan leiden tot onherstelbare schade (Verdonk, 2011). Oedeem ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie (CVI), ook wel veneus oedeem, is de meest voorkomende oorzaak van oedeem

aan de onderste extremiteiten (Hobma, 2011). Ongeveer één op de acht volwassenen heeft een vorm van CVI, en het risico op het ontwikkelen van CVI neemt met de jaren toe (Verdonk, 2011). Doordat het aantal ouderen de komende jaren zal blijven stijgen, is het aannemelijk dat ook het aantal mensen met veneus oedeem zal gaan stijgen. Naast veneus oedeem is lymfoedeem een veel voorkomende aandoening. Geschat wordt dat in Nederland minimaal 350.000 patiënten zijn die aan een vorm van lymfoedeem leiden, waarbij secundair lymfoedeem de meest voorkomende vorm is (Verdonk, 2011). Veneus oedeem en secundair lymfoedeem gaan beide gepaard met klachten en symptomen die invloed hebben op de kwaliteit van leven (Wisgerhof & Pavel, 2006).

De stijging van het aantal mensen met dementie en de complexiteit van het ziektebeeld zorgen ervoor dat de kennis en vaardigheden van de zorgprofessionals zal moeten vergroten, waardoor de kwaliteit van de zorg toeneemt (Prismant, 2009). Deze toename kan gerealiseerd worden door te investeren in de verhoging van de kwaliteit van medewerkers door bijvoorbeeld bij- en nascholingen en het vergroten van de uitwisseling van kennis tussen de verschillende zorgdisciplines (Hamers, 2011). De huidtherapeut beschikt over vaardigheden en een brede kennis op het gebied van oedeemtherapie, en kijkt vanuit een ander perspectief naar de huid dan andere (zorg)professionals. De huidtherapeut richt zich op het zoeken naar “evidence based practice” oplossingen om stoornissen te voorkomen, te verminderen of op te heffen. Daarnaast geeft de huidtherapeut advies over huidverzorging en advies om verergering van aandoeningen te voorkomen (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, 2015b).

1.2 Doelstelling

Het onderzoeksdoel van dit onderzoek is het uitbrengen van advies, aan twee locaties van de van de zorgorganisaties Florence en WZH, op het gebied van oedeemtherapie. Het praktijkdoel van dit onderzoek richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor bewoners met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis.

1.3 Probleemstelling, hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

‘Waar liggen, vanuit het huidtherapeutisch oogpunt, verbeterpunten voor het optimaliseren van de behandeling van oedeem in twee locaties van de psychogeriatrische verpleeghuizen Florence en WoonZorgcentra Haaglanden?’

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Met welke behandelmethode voor de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem wordt het optimale resultaat behaald?
2. Hoe en door wie wordt de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem toegepast in twee psychogeriatrische afdelingen van de zorgorganisaties Florence en WZH?
3. Hoe kan er worden samengewerkt met (zorg)disciplines om de behandeling van patiënten met oedeem te optimaliseren?
4. Op welke manier wordt er binnen deze psychogeriatrische verpleeghuizen samengewerkt, om de behandeling van oedeem te optimaliseren?
5. Op welke manier kunnen de kennis en vaardigheden van de huidtherapeut bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis?

1.4 Begripsafbakening

Wat is oedeem: verstoring van de afvoer van vocht in het lichaam, dat door verschillende oorzaken kan ontstaan, waardoor een vochtophoping ontstaat dat gepaard gaat met verschillende klachten (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, 2015a).

Wat is een psychogeriatrisch verpleeghuis: “een verpleeghuis voor ouderen met ernstige tot zeer ernstige geheugenstoornissen en gedragsstoornissen” (Sonneburgh, n.d.).

Wat is optimaliseren: verbeteren en het efficiënter maken van de zorg (Nederlandse encyclopedie, 2015a).

Wat zijn verbeterpunten: de aspecten en elementen waar nog aan gewerkt moet worden om de behandeling te optimaliseren (Nederlandse encyclopedie, 2015b).

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd beschreven. Dit is een kwalitatief onderzoek dat bestaat uit een literatuur- en praktijkonderzoek. De keuze om gebruikt te maken van kwalitatief onderzoek is genomen op basis van de hoofd- en deelvragen. Doordat er nog weinig onderzoek is verricht naar de behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis, was onderzoek in het ‘veld’ nodig. Door het uitvoeren van ‘veld’ onderzoek was het mogelijk om beeld te creëren van het zorgproces in de praktijk (Verhoeven, 2010).

2.1 Literatuuronderzoek

Het doel van het literatuuronderzoek was het in kaart brengen van de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem en beantwoordt deelvraag één. Bovendien is door middel van literatuur, gekeken naar de manier van samenwerken om deelvraag drie te beantwoorden.

2.1.1 Dataverzameling

Tijdens het literatuuronderzoek is er gebruikt gemaakt van de Big6 methode van Verhoeven (2010). Er zijn verschillende gezondheidszorg gerelateerde databanken geraadpleegd, zoals: PubMed, Cochrane Library en BSL Vakbibliotheek. Daarnaast is er gebruik gemaakt van Google Scholar, Google en verschillende vakbladen.

De zoektermen die gebruikt zijn tijdens dit onderzoek zijn: “Dementie” – “Dementia” – “Course of disease dementia” – “Chronische Veneuze Insufficiëntie” – “Chronic Venous Insufficiëntie” – “Treatment edema” – “Compression therapy” – “Treatment secondary lymphedema” – “Richtlijnen lymfoedeem” – “Richtlijnen veneuze pathologie” – “Samenwerking in de zorg” – “multidisciplinaire samenwerking” – “Conjunction”.

Inclusie- en exclusiecriteria van het literatuuronderzoek is weergegeven in tabel 1.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Literatuur over de behandeling van secundair lymfoedeem en veneus oedeem	Literatuur over de behandeling van andere vormen van oedeem
Literatuur gepubliceerd in het Nederlands en Engels	Literatuur gepubliceerd in andere talen dan Nederlands of Engels
Literatuur van maximaal 10 jaar oud	Literatuur ouder dan 10 jaar
Free full tekst artikelen	Artikelen waarvan niet het gehele document gelezen kan worden

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria van het literatuuronderzoek.

2.1.2 Analyse-methode

De gevonden literatuur is geselecteerd op bruikbaarheid door middel van het scannen van de inhoudsopgaven, het scannen van de kopjes in de tekst, het zoeken in een digitale tekst op kernwoorden en het zoeken van specifieke woorden in het register. Nadat de literatuur geselecteerd is op bruikbaarheid, zijn deze verwerkt in een logboek (zie bijlage 2). Vervolgens zijn deze volledig gelezen en verwerkt in het onderzoek.

2.2 Praktijkonderzoek

Het doel van het praktijkonderzoek was het in kaart brengen van de behandeling van oedeem en de manier waarop samengewerkt wordt tussen de verschillende (zorg)disciplines. Om dit te realiseren is er gebruik gemaakt van observaties, open-interviews en een vragenlijst welke verstuurd is via de mail. Door middel van het praktijkonderzoek zijn de deelvragen twee, vier en vijf beantwoord.

2.3 Onderzoeksgroep

De hoofdvraag richt zich op de behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis. De onderzoeksgroep betreft de zorgdisciplines die betrokken zijn bij de behandeling van oedeem. Dit zijn de specialist ouderengeneeskunde, oedeemfysiotherapeuten en verzorgenden. Daarnaast behoren de huidtherapeuten, die integrale oedeemtherapie toepassen in de praktijk, tot de onderzoeksgroep.

2.4 Observaties

De observaties hebben plaatsgevonden nadat deelvraag één beantwoord was. Naar aanleiding van de uitkomsten van het literatuuronderzoek is er een observatielijst opgesteld, die gebruikt is tijdens de observaties (zie bijlage 4). Er zijn in totaal zes bewoners geobserveerd, binnen twee locaties van de zorgorganisaties Florence en WZH. Elke observatie duurde ongeveer 15 minuten. Na het observeren zijn de dossiers van de bewoners ingekeken om de benodigde informatie te verkrijgen om de casussen op te kunnen stellen. Voorafgaand is toestemming gevraagd aan de eerste contactpersoon van bewoners met oedeem, door middel van een toelichtingsbrief (zie bijlage 3). Het doel van de observaties was het verzamelen van informatie over de behandeling van oedeem, om vervolgens casussen te kunnen opstellen.

Inclusie- en exclusiecriteria van de observaties

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De observatie van veneus oedeem en secundair lymfoedeem	Observatie van andere vormen van oedeem
Observatie van patiënten met dementie (gesloten afdeling)	Somatische, revalidatie, dagbehandeling en open afdelingen
De observaties worden alleen uitgevoerd bij patiënten waarvan toestemming is gekregen van de eerste contactpersoon	De observaties worden niet zonder toestemming van de eerste contactpersoon uitgevoerd

Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria van de observaties

2.4.1. Analyse-methode

De informatie, die is verkregen uit de observaties, zijn verwerkt in de vorm casussen (zie bijlage 5). De casussen zijn gebruikt tijdens de open-interviews en ter ondersteuning van de vragenlijst, die naar de huidtherapeuten is verstuurd.

2.5. Open-interviews zorgorganisaties

Aan de hand van de casussen zijn er zes open-interviews afgenomen met verschillende (zorg)disciplines, van elke zorgorganisatie drie. De disciplines die meegewerkt hebben aan het praktijkonderzoek zijn de specialist ouderengeneeskunde, de oedeemfysiotherapeut en

de eerste verantwoordelijke verpleegkundige (EVV'er) van Florence en WZH. De open-interviews zijn, met toestemming, opgenomen met opnameapparatuur. De afname van open-interviews hebben de mogelijkheid gegeven om meer diepgaande vragen te stellen en om meer duidelijkheid te vragen, waardoor er een realistisch beeld gecreëerd is. De open-interviews hebben antwoord gegeven op de deelvragen twee, vier en vijf.

Inclusie- en exclusiecriteria interviews

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Disciplines die werkzaam zijn voor de zorgorganisatie Florence of WZH	Disciplines die werkzaam zijn voor andere zorgorganisaties
Disciplines die direct betrokken zijn bij de behandeling van oedeem	Disciplines die niet direct betrokken zijn bij de behandeling van oedeem

Tabel 3. Inclusie- en exclusiecriteria interviews

2.5.1 Analyse-methode

Na het afnemen van de open-interviews zijn deze letterlijk uitgeschreven in de vorm van een transcript (zie bijlage 7). Er is gebruik gemaakt van inductieve codering, ook wel open coderen genoemd. Bij deze vorm van coderen, weet je vooraf nog niet precies welke antwoorden je zult krijgen (ScriptieAf, 2014). Het open coderen is per organisatie toegepast. Er is onderscheid gemaakt in 12 onderwerpen waaraan uitspraken gelabeld zijn. De uitkomsten zijn, per zorgorganisatie, verwerkt in tabellen (zie bijlage 6). Vervolgens zijn de uitspraken met elkaar vergeleken en met de uitkomsten zijn de deelvragen twee en vier beantwoord.

2.6. Vragenlijst huidtherapeuten

Om de verbeterpunten van de zorg voor bewoners met oedeem in kaart te brengen, is er een vragenlijst voor huidtherapeuten opgesteld (zie bijlage 10). De vragenlijst is opgesteld op basis van de casussen en bevat 13 open vragen. Er zijn in totaal tien vragenlijsten verstuurd naar verschillende huidtherapeutische praktijken, die integrale oedeemtherapie toepassen. Hiervan zijn er drie ingevuld terug gekomen. De ingevulde vragenlijsten zijn terug te vinden in bijlage zes.

Inclusie- en exclusiecriteria vragenlijst

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Huidtherapeuten van verschillende huidtherapeutische praktijken	Huidtherapeuten van één huidtherapeutische praktijk
Huidtherapeutische praktijken die integrale oedeem therapie toepassen	Huidtherapeutische praktijken die geen integrale oedeemtherapie toepassen

Tabel 4. Inclusie- en exclusiecriteria vragenlijst voor huidtherapeuten

2.6.1 Analyse-methode

De uitkomsten van de vragenlijsten zijn verwerkt door middel van inductieve codering (zie bijlage 8). Dit is gedaan door per vraag de antwoorden in een tabel te verwerken en deze antwoorden met elkaar te vergelijken op overeenkomsten. De overeenkomsten zijn geanalyseerd en verwerkt tijdens het uitwerken van deelvraag vijf.

3. Resultaten

3.1. De behandeling van veneus oedeem

Zoals in de inleiding beschreven, is veneus oedeem als gevolg van CVI een veel voorkomende aandoening. Patiënten met CVI hebben een toegenomen filtratie door een lang bestaande veneuze hypertensie in de onderste extremiteiten, waardoor er een te hoog aanbod van lymfevocht ontstaat. Hierdoor is de belasting op de lymfevaten groot en ontstaat oedeem (Verdonk, 2011). Volgens de richtlijn veneuze pathologie is de effectiefste behandeling van veneus oedeem Ambulante Compressie Therapie (ACT). Deze therapie bestaat uit bandageren en oefenen in bandage (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2014b). De behandeling is gericht op het terugbrengen en het herstellen van de filtratie door het geven van druk (Sillevis Smitt, Everdingen, Starink & Horst, 2014). Dit leidt tot vermindering van oedeem en symptomen zoals: pijn, vermoeidheid en nachtelijke krampen, die optreden bij CVI (Jansen, Laan & Schols, 2013). Daarnaast heeft het een positieve invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt (Gahtan & Costanza, 2015).

De combinatie van bandageren en beweging geeft een verbeterde werking van de spierpomp, dit leidt tot een optimale werking van het compressieverband (Verdonk, 2011). De druk, op de onderste extremiteiten, die de bandages uitoefenen, zorgen ervoor dat de venen zich vernauwen en de insufficiënte venae communicantes (perforantes) worden afgesloten. Hierdoor wordt de retrograde bloedstroom verminderd of opgeheven (Vloten, Degreef, Stolz, vermeer & Willemze, 2000).

Om het behaalde resultaat te behouden worden Therapeutische Elastische Kousen (TEK) aangemeten (Reeder, 2013). Deze kousen zorgen, door het geven van externe druk, voor een blijvende verlaagde veneuze druk in de onderste extremiteiten (Al Shammeri, et al., 2014). Daarnaast hebben TEK's invloed op de afname van overige klachten, die ontstaan ten gevolge van CVI (Jansen, et al., 2013). TEK's kunnen in verschillende lengtes worden aangemeten, meestal is een AD kous voldoende om de klachten te verminderen, maar bij uitgebreid oedeem of uitgebreide varices op het bovenbeen, wordt er een AG kous aangemeten (Gunst & Pigmans, 2014). Welke drukklasse wordt gekozen, wordt bepaald door de hoeveelheid oedeem, de hoeveelheid varices en de aanwezigheid van huidveranderingen die kunnen optreden bij CVI (Gunst & Pigmans, 2014).

Naast ACT wordt in de literatuur het belang van huidverzorging bij patiënten met CVI benadrukt. Bij ongeveer 85 procent van de patiënten met CVI treden huidveranderingen op (Verdonk, 2011). Veel voorkomende huidveranderingen zijn: atrofie blanche, pachydermie, purpura verkleuring, induratie en eczema cruris (Chatham, Thomas & Molyneaux, 2013). Dit zijn huidveranderingen die voorkomen bij patiënten met een gevorderd stadium van CVI en deze huidveranderingen vergroten de kans op het ontstaan van infecties zoals cellulitis, erysipelas of wondjes die kunnen leiden tot een ulcus cruris (Trayes, Studdiford, Pickle & Tully, 2013). Het risico op het ontstaan van een terugkerende infectie is bij patiënten met oedeem groot (Inghammar, Rasmussen & Linder, 2014). De huidverzorging is preventief en het doel is het verkleinen van het risico op het ontstaan van een porte d'entree voor infecties en het ontstaan van een ulcus cruris (Verdonk, 2011).

3.2 De behandeling van secundair lymfoedeem

In de bovenstaande sectie is de behandeling van veneus oedeem beschreven. Een andere vorm van oedeem is secundair lymfoedeem. Deze vorm van oedeem ontstaat door beschadiging van het lymfesysteem. Deze beschadiging kan het gevolg zijn van het optreden

van infecties, oncologische behandeling, huidziekten, trauma, complicatie bij CVI en overgewicht (Verdonk, 2011).

Secundair lymfoedeem geeft naast toename van het volume ook klachten als pijn, zeurend, stekend, brandend, doof, strak en/of moe gevoel. Secundair lymfoedeem kan leiden tot functiebeperkingen, verminderende mobiliteit en een tragere wondgenezing (Besselink, 2013). Terugkerende infectie is een veel voorkomende complicatie bij patiënten met lymfoedeem. Wanneer lymfoedeem niet behandeld wordt, zal het volume, alsmede de klachten, toenemen door het progressieve karakter van deze aandoening (Chiu, 2014). Door dit progressieve karakter, richt de conservatieve behandeling zich niet op *cure*, maar op *care*: het beperken van verergering (Mondry, Riffenburgh & Johnstone, 2004). Een afname van het volume brengt een afname van het risico op infectie teweeg. Stilstaand lymfevocht biedt een uitstekend milieu voor bacteriën, waardoor patiënten een verhoogde gevoeligheid hebben om infecties op te lopen en herhaalde cellulitis (Mondry, et al., 2004).

Oedeemtherapie bestaat onder meer uit oefeningen, huidzorg, bandageren, Manuele Lymfe Drainage (MLD), lasertherapie en pneumatische compressietherapie. Deze therapieën kunnen los van elkaar, of in combinatie, worden toegepast. Een intensievere therapie, die bestaat uit meerdere interventies, heeft een grotere invloed op de afname van het volume (Javid & Anderson, 2013). Deze gecombineerde behandelmethode wordt ook wel Complete Decongestieve Therapie (CDT) genoemd (Földi, Földi, Strössenreuther & Kubik 2012). CDT bevordert de lymfatische stroom door de capillaire lymfevaten die intact zijn en activeert de collaterale circulatie. Het leidt tot een verhoogde uitstoot van vocht en eiwitten, het verzacht weefsel, met als resultaat vermindering van het volume en vermindering van het risico op infecties (Lee, et al., 2013).

CDT is de meest effectieve conservatieve therapie voor de behandeling van lymfoedeem. Deze therapie wordt ook aangehouden in de richtlijn lymfoedeem (Lee, et al., 2013). CDT heeft over het algemeen bij 60 – 70 procent van de patiënten effect (Chiu, 2014). Het geeft een gemiddelde afname van 43 procent van het arm volume tegenover 11 procent afname bij de behandeling met alleen compressietherapie (Javid & Anderson, 2013). Bij secundair lymfoedeem aan de onderste extremiteiten, kan door de toepassing van CDT een gemiddelde volume afname van 20 procent behaald worden (Leung, Tirilapur & Meads, 2014).

CDT bestaat uit twee fasen: de decongestieve fase en de onderhoudsfase. Het doel van de decongestieve fase is het behalen van een maximale afname van het volume. Deze fase bestaat uit het geven van voorlichting, huidzorg, MLD, bandageren en oefentherapie. In de onderhoudsfase wordt het behaalde resultaat behouden. Deze fase bestaat uit het aanmeten van TEK's (Suehiro, Morikage, Yamashita, Okazaki & Hamano, 2011).

In de decongestieve fase is het geven van voorlichting over huidzorg een belangrijk onderdeel van de behandeling (Verdonk, 2011). Het langdurig bestaan van secundair lymfoedeem gaat naast klachten, ook gepaard met verschillende huidveranderingen. Veel voorkomende huidveranderingen zijn hyperpigmentatie, pachydermie, verruciforme epidermale hyperplasie (papillomatosis), mycosis en ulceraties en onychodystrofie (Everdingen, Glerum & Wiersma, 2014). Bovendien kunnen er huidveranderingen ontstaan door compressie en het incorrect aanleggen van bandages. Bovendien kan het insnoeren van bandages of TEK huidbeschadigingen veroorzaken. De huidveranderingen vormen een broedplaats voor bacteriën en schimmels en dit geeft een verhoogd risico op het ontstaan

van infecties, die verergering van oedeem kunnen veroorzaken (Verdonk, 2011). Huidzorg bestaat uit het:

- Het dagelijks inspecteren van de huid en nagels
- Het gebruik van PH-neutrale zeep
- Het gebruik van hydraterende crèmes

(Mondry, et al., 2004)

Naast het geven van voorlichting en advies, wordt er in de decongestieve fase MLD toegepast. Deze massagetechniek richt zich op de verbetering van de lymfetransport door het stimuleren van lymfeknopen, lymfeangionen en lymfecapillairen. Het doel van deze massagetechniek is het verbeteren van de afvoer van lymfevocht, weefselpersfusie en de passages in het barrière gebied (Verdonk, 2011). Er is op dit moment nog onvoldoende bewijs over de effecten van MLD bij de volumevermindering, daarom wordt MLD alleen in de decongestieve fase van de behandeling toegepast (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2014a).

Na het toepassen van MLD wordt er gezwachteld, het doel hiervan is reductie van het volume creëren met zo weinig mogelijk materialen tot dat er geen verdere reductie meer mogelijk is (Verdonk, 2011). Naast de afname van het volume, werkt bandageren verzachtend op fibrotisch weefsel (Mondry, et al, 2004). De zwachtels worden aangelegd volgens de Wet van Laplace " $P=S:R$ ". De technieken die gehanteerd worden tijdens het zwachtelen zijn circulair voor cilindrisch gevormde lichaamsdelen, circulair-diagonaal voor het onder- en bovenbeen en de acht-toerentechniek voor het zwachtelen van de voet (Jongh, Buis, Daelmans, Dekker & Loor, 2012).

Om de veneuze en lymfeafvoer te bevorderen, wordt er oefentherapie toegepast. Dit bestaat uit ademhalingsoefeningen en beweging in combinatie met bandageren (Verdonk, 2011). De ademhalingsoefeningen worden toegepast bij veneus oedeem en lymfoedeem in de onderste en bovenste extremiteiten. De oefeningen verminderen de last op de lymfevaten en bewerkstelligen een daling van de bloeddruk waardoor de veneuze absorptie toeneemt (Verdonk, 2011). Door beweging wordt de lymfatische eiwittransport en de lymfelast verbeterd. Het activeren van de spierpomp verbetert de lymfecirculatie, waardoor er drukveranderingen optreden in het weefsel. Deze drukveranderingen hebben onder andere de normalisering van de weefseldruk, verplaatsing van vocht, verhoogde stroomsnelheid en een verbeterde sluiting van de kleppen als gevolg (Verdonk, 2011).

TEK is van essentieel belang om het behaalde resultaat te behouden (Chiu, 2014). TEK's worden geclassificeerd naar de mate waarin de kousen druk geven rond de enkel (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (2014b). In de richtlijn lymfoedeem wordt bij lymfoedeem in de onderste extremiteiten minimaal een klasse-III-vlakbreikous aangemeten en voor patiënten met lymfoedeem in de bovenste extremiteiten wordt minimaal een klasse II vlakbreikous aangemeten (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2014a). De voorkeur ligt bij het aanmeten van een vlakbreikous, doordat deze type kous een betere pasvorm en drukverdeling heeft dan een rondbreikous. Daarnaast ligt de voorkeur voor een kous met een hoge stiffness; dit bepaalt, samen met beweging, de pompwerking van de kuitspier (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2014a).

3.3 Behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis

In dit hoofdstuk worden de behandelmethoden van veneus oedeem en secundair lymfoedeem van de twee psychogeriatrische afdelingen van Florence en WZH beschreven. De informatie uit dit hoofdstuk is afkomstig uit de observaties, die hebben plaatsgevonden

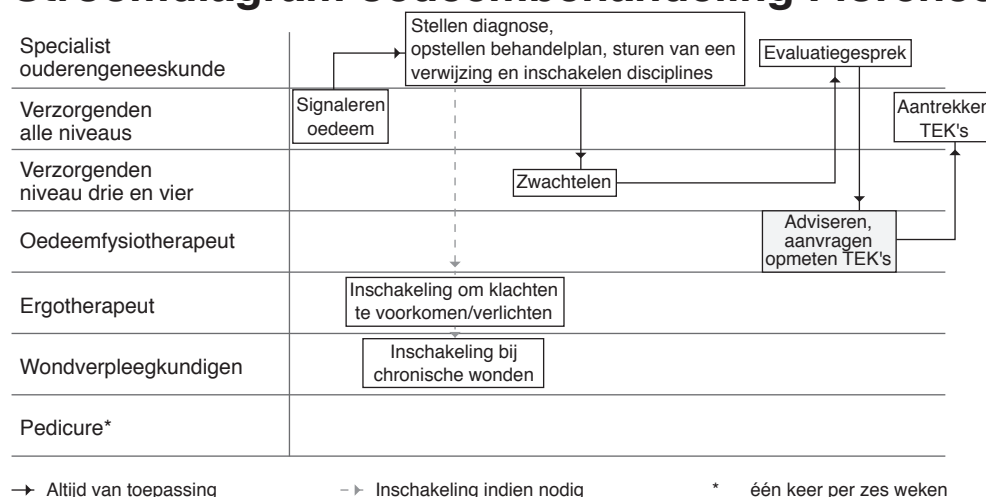
bij bewoners met oedeem, en de interviews die zijn afgenomen met de betrokken (zorg)disciplines.

Uit de interviews is gebleken dat er veel overeenkomsten zijn in de behandelwijzen van Florence en WZH. In beide psychogeriatrische verpleeghuizen, is veneus oedeem de meest voorkomende vorm van oedeem. Deze vorm van oedeem wordt binnen Florence en WZH behandeld door middel van ACT en het aanmeten van TEK's. Afhankelijk van de ernst van het oedeem kan de behandeling ondersteund worden met diuretica.

Naast de toepassing van ACT en TEK's, is de verzorging van de bewoners een onderdeel van de behandeling. De dagelijkse zorg van de bewoners wordt meestal gedaan met water en zeep, tenzij anders afgesproken met de bewoner. Bij een heel gevoelige huid wordt er in overleg gebruik gemaakt van speciale washandjes. Deze zijn huidvriendelijker, waardoor minder snel irritatie ontstaat. Bovendien wordt er bij een droge huid, en ter bescherming van de huid, gebruik gemaakt van lanette crème, cetomacrogol, barrière crème of Proshield, die door de arts worden voorgeschreven. Daarnaast gaan de bewoners één keer in de zes weken naar de pedicure, dat bijdraagt aan onder andere de preventie van wondjes.

Om een beeld van de behandeling te creëren, is het behandelproces per zorgorganisatie in beeld gebracht door middel van een stroomdiagram. In de stroomdiagram van beide zorgorganisaties is te zien dat de verzorgenden van alle niveaus de taak hebben om oedeem bij bewoners te constateren. Zij zien de benen tijdens de dagelijkse verzorging en er wordt verwacht dat zij oedeem kunnen signaleren en vervolgens actie ondernemen. De verzorgenden schakelen de specialist ouderengeneeskunde in die, door het uitvoeren van lichamelijk onderzoek, op zoek gaat naar de oorzaak van het oedeem en stelt vervolgens de diagnose.

Stroomdiagram oedeembehandeling Florence



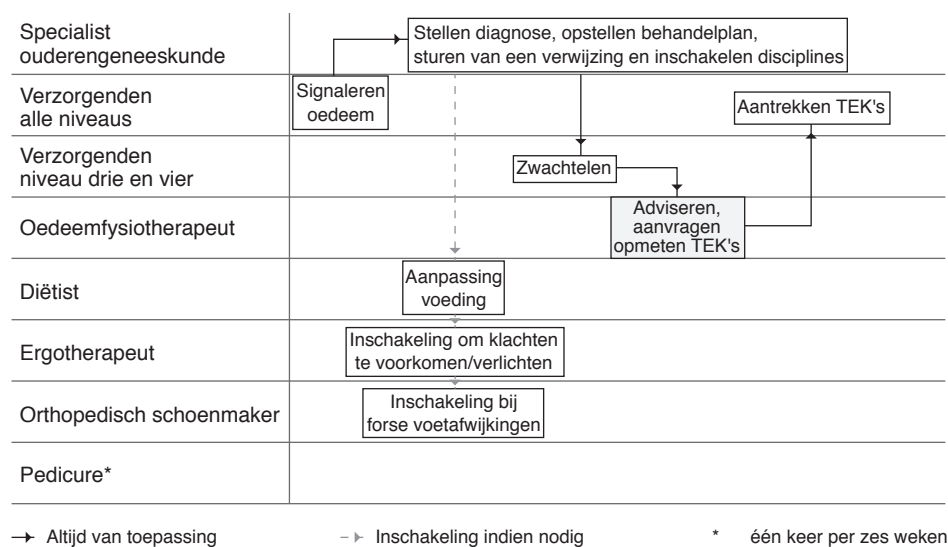
Stroomdiagram 1. zorgproces Florence

Wanneer de specialist ouderengeneeskunde een diagnose gesteld heeft, wordt aan de verzorgenden de opdracht gegeven om met zwachtelen te starten. De materialen die tijdens het zwachtelen gebruikt dienen te worden, worden binnen beide zorgorganisaties door de arts voorgeschreven. Het zwachtelen wordt toegepast door verzorgenden niveau drie of hoger. Zwachtelen is een verpleegtechnische handeling, waardoor deze niet door iedere verzorgende toegepast mag worden. Het zwachtelen wordt ongeveer twee weken

toegepast, afhankelijk van de afname van het vocht. Als het beoogde resultaat behaald is, wordt de oedeemfysiotherapeut ingeschakeld om TEK's te laten aanmeten. Het aanmeten van TEK's wordt binnen Florence en WZH door een extern bedrijf uitgevoerd.

De oedeemfysiotherapeut is binnen Florence en WZH overkoepelend betrokken bij het proces. Zij vragen niet alleen kousen aan, maar geven ook tips en adviezen over de kousen. Als er problemen zijn, kan de verzorging om hulp en advies vragen aan de oedeemfysiotherapeut. Beide zorgorganisaties kunnen, indien nodig, de ergotherapeut inschakelen voor het voorkomen en verlichten van klachten. Hier is een verwijzing van de arts nodig.

Stroomdiagram oedeembehandeling WZH



Stroomdiagram 2. zorgproces WZH

Naast de overeenkomsten in de behandelmethoden van oedeem binnen de twee zorgorganisaties, zijn er ook verschillen te benoemen. De verschillen zijn onder andere zichtbaar in de vaste interventie. Binnen Florence wordt er een evaluatiegesprek met de arts ingepland waarin het verloop en het behaalde resultaat van de behandeling besproken wordt. Binnen WZH wordt er geen evaluatiegesprek ingepland, maar kan de verzorging, bij problemen, contact opnemen met de arts of de oedeemfysiotherapeut.

De oedeemfysiotherapeut van WZH heeft tijdens het interview aangegeven dat, als een bewoner de voorgeschreven behandeling weigert, zij naar alternatieve compressiematerialen zoekt, zoals een CircAid. Op deze manier wordt er geprobeerd om alsnog afnemen van het volume te behalen. Binnen Florence wordt er niet met alternatieve compressiematerialen gewerkt.

Ook is er een verschil zichtbaar in de disciplines die betrokken kunnen worden bij de behandeling. Florence kan bij chronische wonden de wondverpleegkundige inschakelen, dit is binnen de locatie van WZH niet het geval. Uit de interviews met de (zorg)disciplines van WZH is gebleken dat zij de diëtist kunnen inschakelen. De diëtist kan de voedingsinname aanpassen. Daarnaast kan WZH, bij forse voetafwijkingen, een beroep doen op de orthopedisch schoenmaker/voetafwijkingen voor het aanmeten van aangepast schoeisel.

Secundair lymfoedeem komt in de verpleeghuizen vele malen minder voor dan veneus oedeem. Wanneer er een bewoner met secundair lymfoedeem op een afdeling is, kan de oedeemfysiotherapeut MLD toepassen. Binnen de zorgorganisatie Florence is er tijdens de observatie één mevrouw geobserveerd met secundair lymfoedeem in haar linker arm, ten gevolge van borstkanker. Deze mevrouw draagt een TEK voor haar linker arm inclusief handschoentje. Uit de interviews met de (zorg)disciplines van WZH is gebleken dat, de oedeemfysiotherapeut, bij slechts één bewoner MLD toegepast heeft.

3.4 Samenwerking met verschillende (zorg)disciplines in een psychogeriatrisch verpleeghuis

In het vorige hoofdstuk is er een beeld geschetst van de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem binnen Florence en WZH. In dit hoofdstuk zal de samenwerking met verschillende (zorg)disciplines aan bod komen. Er wordt ingegaan op de vraag hoe de zorg voor patiënten met oedeem verbeterd kan worden door middel van samenwerking met verschillende (zorg)disciplines. Er is in de beschikbare databanken geen bestaande literatuur gevonden over samenwerking voor de behandeling van oedeem in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Hierdoor is er voor gekozen om literatuur te gebruiken over samenwerking in de algemene gezondheidszorg.

De zorg in het psychogeriatrisch verpleeghuis is complex, dit komt onder andere door een hoge multi-morbiditeit van deze doelgroep en de cognitieve stoornissen die ontstaan ten gevolge van dementie (Ploch, Keijsers & Levi, 2012). Hierdoor zijn er verschillende disciplines betrokken bij de behandeling (Koopmans, Steen, Zuidema & Hobbelen, 2012). De specialist ouderengeneeskunde is de hoofdbehandelaar van de bewoners in verpleeghuizen en is verantwoordelijk voor het stellen van de medische diagnose, de behandeling, het opstellen van het behandelplan, schakelt disciplines in en heeft de regie in de multidisciplinaire samenwerking (Knuiman, et al., 2012).

Naast de specialist ouderengeneeskunde zijn over het algemeen de oedeemfysiotherapeut, verzorgende en een externe bandagist betrokken bij de behandeling van oedeem. De disciplines, die de arts zou kunnen betrekken bij de behandeling van bewoners met oedeem, zoals beschreven in de richtlijn lymfoedeem, zijn (wond-) verpleegkundigen, huidtherapeuten, diëtisten, podotherapeuten, ergotherapeuten (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2014a).

Doordat er veel disciplines betrokken zijn bij de zorg voor mensen met dementie, zijn er ook veel momenten waarbij een overdracht plaatsvindt. Dit heeft als risico het ontstaan van ruis in de communicatie (Hamelburg, Lubbers & Nauta, 2014). Hierdoor is een goede communicatie van groot belang. Tegenwoordig vindt communicatie in de zorg steeds meer digitaal plaats: dossiers, planningen, behandelplannen en de zorgoverdrachten zijn tegenwoordig allemaal gedigitaliseerd (Hoof & Wouters, 2014). Als de communicatie mondeling plaatsvindt, is het belangrijk om naar elkaar te luisteren, dat je op de hoogte bent van elkaars kennis en taken, en dat je elkaar ruimte geeft (Hamelburg, et al., 2014).

Naast de digitale communicatie kan de communicatie en samenwerking bevorderd worden door middel van een Multi Disciplinair Overleg (MDO). Het doel van het MDO is het bespreken van de cliëntenzorg en richt zich op het verbeteren van de zorg. Het is belangrijk dat alle betrokken disciplines hierbij aanwezig zijn. Tijdens het MDO wordt er oplossingsgericht gesproken, en worden vorige afspraken geëvalueerd (NIVEL, 2015).

Naast communicatie zijn een goede afstemming en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling belangrijke punten voor het leveren van goede zorg (Hoof & Wouters, 2014). Door het gebruik van richtlijnen wordt het “*evidence based*” handelen van zorgprofessionals bevorderd. Richtlijnen dragen bij aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg en zorgen voor afstemming van de zorg (CBO, n.d.).

3.5 De samenwerking tussen de betrokken (zorg)disciplines op de PG-afdelingen van Florence en WZH

In dit hoofdstuk wordt de samenwerking, tussen de (zorg)disciplines, binnen de zorgorganisaties Florence en WZH besproken. Er is gebruik gemaakt van de informatie die verkregen is uit de interviews met de betrokken (zorg)disciplines.

3.5.1 Samenwerking binnen Florence

De communicatie over het starten van de behandeling vindt plaats in opdracht van de specialist ouderengeneeskunde, door het sturen van een verwijzing met het programma ISIS of via de mail. Als het een behandeling betreft voor een langere periode, wordt het behandelplan in het zorgplan van de bewoner vastgelegd. Daarnaast is binnen Florence verslaglegging van de uitgevoerde verrichten een manier van communiceren naar collega's.

Overleg vindt op verschillende manieren plaats, zo komt de specialist ouderengeneeskunde twee keer per week op doktersbezoek, wordt er een evaluatiegesprek ingepland en vindt er, per bewoner, twee keer per jaar een MDO plaats. Naast de geplande overlegmomenten is het mogelijk om tussendoor mondeling, telefonisch of per email contact op te nemen met de verschillende disciplines. Indien de specialist ouderengeneeskunde niet aanwezig is, kan er een beroep gedaan worden op de achterwacht.

Het onderlinge contact tussen de verschillende disciplines verloopt volgens de respondenten goed. Doordat alle (zorg)disciplines op één locatie zijn gevestigd, zijn er korte lijnen en dit maakt volgens de respondenten de drempel om contact te zoeken laag. De verzorgenden zijn heel openhartig en staan daardoor open voor feedback en verbetering. Wanneer de verzorgenden vragen hebben, komen zij daarmee bij de andere disciplines, waardoor problemen of vragen snel beantwoord worden. De samenwerking verloopt volgens de geïnterviewde disciplines over het algemeen goed. Dit komt voornamelijk doordat er zoveel mogelijk gewerkt wordt met vast personeel, en zij daardoor op elkaar ingespeeld zijn. Volgens één van de respondenten is de arts lastiger te bereiken, doordat de specialist ouderengeneeskunde slechts twee dagen per week aanwezig is op de afdeling. Hierdoor wordt er door deze respondent eerder gekozen om mondelingoeverleg met de arts te voeren in plaats van via digitale communicatie.

Uitwisseling van kennis wordt door de oedeemfysiotherapeut gedaan door het communiceren van nieuwe richtlijnen en behandelmethodes richting de arts. Daarnaast beantwoordt de oedeemfysiotherapeut vragen van de verzorgenden. Ook leert zij, wanneer dit gevraagd wordt, de zwachteltechnieken aan de verzorgenden. De arts heeft aangegeven zelf geen kennis uit te wisselen richting de (zorg)disciplines. Tijdens het MDO is er ruimte om kennis uit te wisselen, om bijvoorbeeld oplossing te zoeken voor ‘probleemgevallen’.

Verbeterpunten op het gebied van samenwerking zijn de communicatie van de specialist ouderengeneeskunde naar de verzorgenden toe. De arts is van mening dat hij duidelijker kan communiceren over de inzet van bijvoorbeeld de zwachtelmaterialen. Naast een duidelijke communicatie is de arts van mening dat er, door alle betrokken (zorg)disciplines, meer gewerkt moeten worden volgens landelijke protocollen, zodat iedereen dezelfde werkwijze hanteert voor het behalen van een optimaal resultaat.

Volgens één van de geïnterviewde (zorg)disciplines zou het vastleggen van bevindingen en het rapporteren van de behandeling consequenter toegepast kunnen worden. Hierdoor is elke werknemer op de hoogte van veranderingen in het behandelplan en de taken die uitgevoerd moeten worden. Eén van de respondenten heeft aangegeven dat er behoefte is aan meer informatie, vanuit de betrokken disciplines naar de zorg toe, over het onderwerp oedeem en de toepassing van zwachteltechnieken.

3.5.2 Samenwerking binnen WZH

De communicatie over de behandeling vindt, binnen WZH, onder andere plaats via een verwijfsbrief die verstuurd wordt door de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast wordt de behandeling opgenomen in het zorg-leef-plan. In het zorg-leef-plan staan alle aandachtsgebieden beschreven, het behandeldoel en de acties die worden ondernomen. Elke bewoners wordt één keer per half jaar besproken tijdens het MDO. Hierbij zijn alle betrokken disciplines aanwezig. Tijdens het MDO wordt het complete zorg-leef-plan van de bewoner besproken en wordt deze indien nodig aangepast. De aanpassingen worden na goedkeuring van de familie ingevoerd.

Het contact tussen de specialist ouderengeneeskunde, oedeemfysiotherapeut en de verzorgenden is goed. De reden hiervan is dat het een kleinschalige locatie betreft, waar vaste medewerkers werken, en er geen hiërarchie heerst. Dit maakt de drempel om naar een betrokken discipline toe te stappen laag. Eén keer in de week komt de arts op de afdeling voor het artsbezoek. Er is één oedeemfysiotherapeut werkzaam die vier dagen per week aanwezig is. Hierdoor is het stellen van vragen gemakkelijker, doordat er één aanspreekpunt is, worden deze snel beantwoord. Naast de geplande overlegmomenten is het mogelijk, wanneer iemand vragen heeft, om een discipline te bellen of om langs te lopen.

Een verbeterpunt voor de samenwerking binnen WZH zou, volgens één van de respondenten, het consequenter lezen van de rapportages zijn. Het komt namelijk nog wel eens voor dat een discipline niet op de hoogte is van gebeurtenissen en veranderingen in de zorg van de bewoners. De anderen twee disciplines hebben aangegeven dat er binnen de locatie geen verbeterpunten zijn op het gebied van samenwerking.

3.6 De inzet van kennis en vaardigheden van de huidtherapeut

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag hoe de kennis en vaardigheden van de huidtherapeut kunnen bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de behandeling van bewoners met oedeem. Deze vraag is beantwoord door de (zorg)disciplines van de Florence en WZH en door verschillende huidtherapeuten, die integrale oedeemtherapie toepassen.

Uit de interviews, met de betrokken (zorg)disciplines, is gebleken dat de verzorgenden geen nascholing krijgen over het onderwerp oedeem. Het geven van informatie over de verschillende vormen van oedeem, de symptomen en de bijkomende klachten, kan de verzorging helpen om oedeem in een vroeg stadium te signaleren. Hierdoor kan de arts in een eerder stadium ingeschakeld worden en kan de behandeling van oedeem sneller van start gaan. Dit maakt de kans op vermindering van oedeem en bijkomende klachten groter.

Het zwachtelen komt wel terug tijdens nascholingen, maar uit de observaties en de interviews met de betrokken (zorg)disciplines is gebleken dat de zwachteltechniek niet altijd correct wordt toegepast. Door middel van het geven van een klinische les, waarbij de huidtherapeut de zwachteltechniek uitlegt en waarin het zwachtelen geoefend wordt, zou

volgens de respondenten een goede aanvulling zijn om de effectiviteit van het zwachtelen te verhogen.

Tijdens het zwachtelen is het, volgens de huidtherapeuten, belangrijk om met verschillende punten rekening te houden. Het gebruik van voldoende polster materiaal en het zwachtelen met een goede, aflopende druk. Het is van belang om de zwachtels, bij bewoners met decompensatio cordis, niet met een te grote druk aan te leggen. Als dit wel gebeurt, kan de bewoner benauwd worden door een te grote aanvoer van vocht in de circulatie, dat het hart mogelijk niet aankan. Daarnaast is het belangrijk om stuwing te voorkomen. Dit kan voorkomen worden door, als iemand een wondbehandeling krijgt, het windsel minder strak te bevestigen, gebruik te maken van fixatie met buisverband of het gebruik van een ulcus cruris onderkous.

Uit de vragenlijsten is naar voren gekomen dat bij bewoners met een lymfatisch component, MLD als aanvulling toegepast zou kunnen worden. Door kennis over te brengen over wanneer het inzetten van MLD nuttig is, kan de afname van oedeem bevorderd worden en kunnen bijkomende klachten afnemen.

De huidtherapeut kan ingezet worden bij bewoners die compressietherapie weigeren, doordat zij over kennis beschikken over de mogelijkheden die er zijn op het gebied van compressietherapie. Alternatieven, die ingezet kunnen worden, zijn de Lymfapress, CircAid, FarrowWrap, YoViPak en het aanmeten van een herenkous. Op deze manier kan er geprobeerd worden om het volume te laten afnemen met minder weerstand en ongemak. Hierdoor kan het risico op ernstige klachten zoals bijvoorbeeld een ulcus cruris, erysipelas en recidief verkleind worden. Indien het niet mogelijk is om de huidtherapeut te betrekken bij de behandeling, zou de huidtherapeut de informatie over kunnen brengen door middel van het geven van een cursus over de mogelijkheden op het gebied van compressietherapie.

Als een bewoner inactief is en oedeem heeft, is het volgens de huidtherapeuten belangrijk om de benen overdag hoog te leggen. Als de mogelijkheid er is, zou het goed zijn om de bewoner meer met de benen te laten bewegen. Dit heeft invloed op de activatie van de spierpomp en het bevorderen van de doorbloeding. Dit kan behaald worden door kleine stukjes te lopen met de bewoner, het inzetten van een stoelfiets of door middel van passief bewegen. Bij passief bewegen brengt de verzorgende de benen in beweging. Wanneer een bewoner het toelaat, kan gebruik gemaakt worden van de Lymfapress.

Naast de behandeling van oedeem, kunnen huidtherapeuten advies gegeven over de verzorging van de huid. Tijdens de dagelijkse verzorging van de bewoners adviseren zij gebruik te maken van PH-neutrale zeep. Indifferente crème of zalf (vaseline cetomacrogolcrème of koelzalf) kunnen gebruikt worden bij de behandeling van bewoners die gezwachteld worden. Deze producten zijn hypoallergeen en parfumvrij. Bij bewoners die TEK's dragen adviseren de huidtherapeuten gebruikt te maken van Eucerin bodylotion PH5, omdat dit product de TEK's niet aantasten.

4. Conclusie

De behandeling van veneus oedeem is volgens de literatuur het meest effectief door middel van de toepassing van ACT. Het beste resultaat van de behandeling van secundair lymfoedeem wordt behaald door middel van CDT, een combinatie van verschillende behandelmethodes. Door het toepassen van deze behandelmethodes neemt de omvang van de extremiteiten af en wordt het risico op infecties verkleind.

Door het uitvoeren van een literatuur- en praktijkonderzoek is antwoord verkregen op de hoofdvraag van dit afstudeeronderzoek: 'Waar liggen, vanuit het huidtherapeutisch oogpunt, verbeterpunten voor het optimaliseren van de behandeling van oedeem in twee locaties van de psychogeriatrische verpleeghuizen Florence en WoonZorgcentra Haaglanden?'

De behandeling van oedeem wordt binnen de twee locaties van de zorgorganisaties Florence en WZH toegepast door middel van ACT en het aanmeten van TEK's. Bij de behandeling zijn de specialist ouderengeneeskunde, de oedeemfysiotherapeut en de verzorgenden betrokken. De arts is de hoofdbehandelaar en bepaalt welke behandeling gestart wordt. De verzorgenden hebben de taak van het signaleren van oedeem en het uitvoeren van de behandeling. De oedeemfysiotherapeut is overkoepelend betrokken bij het proces. Daarnaast kunnen andere (zorg)disciplines zoals de ergotherapeut en de diëtist, door de specialist ouderengeneeskunde, bij de behandeling betrokken worden.

Het advies voor kwaliteitsverbetering van de zorg voor Florence op het gebied van samenwerking is een duidelijkere communicatie, consequente verslaglegging en het werken volgens protocollen en richtlijnen. Een duidelijkere communicatie voorkomt misverstanden en bevordert het zorgproces. Een consequente verslaglegging zorgt voor overzicht en tijdswinst tijdens het uitvoeren van de zorg. Het werken aan de hand van protocollen en richtlijnen voor de behandeling van oedeem (de richtlijn lymfoedeem, richtlijn veneuze pathologie en de CBO richtlijn zwachtelen) zorgen voor een goede afstemming van de zorg.

De samenwerking binnen WZH kan verbeterd worden door het systematisch doorlezen van de rapportages. Binnen WZH is de afspraak gemaakt dat alle betrokkenen, voordat er met de verzorging van de bewoners gestart wordt, de rapportages van de afgelopen dagen bestuderen.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat beide zorgorganisaties behoefte hebben aan meer informatie over het onderwerp oedeem. De huidtherapeut kan hierbij een rol spelen door het geven van voorlichting en advies over oedeem aan de verzorgenden. Dit draagt bij aan de vergroting van de kennis van de verzorgenden. Door kennis over te brengen over de verschillende vormen oedeem, de symptomen en de bijkomende klachten, kan oedeem in een eerder stadium gesignaleerd worden. Dit is volgens de disciplines van Florence en WZH en de huidtherapeuten belangrijk voor een snellere start van de behandeling. Ook voorkomt het het verergeren van oedeem en wordt hierdoor het risico op complicaties verkleind.

De huidtherapeuten kunnen naast het geven van voorlichting over oedeem ook bijdragen aan de optimalisering van de huidzorg binnen Florence en WZH. Dit wordt bereikt door een op de huidaandoening afgestemde huidzorg. Met de toepassing, en aanpassing, van deze huidzorg zal de conditie van de huid verbeteren waardoor het risico op infecties en huiddefecten wordt verkleind.

De huidtherapeuten hebben aangegeven dat zij kennis over kunnen dragen aan de verzorgenden over de zwachteltechniek, door bijvoorbeeld het geven van een klinische les. Hierbij wordt de zwachteltechniek geoefend en kan de huidtherapeut tips geven. Dit zou een goede aanvulling zijn om de effectiviteit van het zwachtelen te verhogen en de belasting voor de bewoners te verlagen. Ook kan de huidtherapeut een adviserende rol vervullen bij de toepassing van alternatieve compressiematerialen bij bewoners die de standaard compressietherapie weigeren.

Vanuit het huidtherapeutisch oogpunt kan de kwaliteit van de zorg verbeterd worden als er meer aandacht komt voor het lymfatische component. Dit geldt ook voor het overleg met huidtherapeuten bij 'lastige' gevallen. De huidtherapeut kan bijdragen aan de afstemming van de zorg op de behoefte van de bewoner. Daarnaast heeft de huidtherapeut een andere visie met betrekking tot de huid en de behandeling ervan dan andere (zorg)disciplines. Het benutten van de kennis van de huidtherapeut kan helpen het behandeldoel van de psychogeriatric: creëren van een *"optimaal welbevinden, aanvaardbare kwaliteit van leven en het verlichten van klachten en symptomen"* te optimaliseren (Mahler & Meerveld, 2013).

5. Discussie

Tijdens het literatuuronderzoek zijn geen prevalentiecijfers van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis gevonden, hierdoor was het onmogelijk om de ernst van het probleem in kaart te brengen. Wel is uit het praktijkonderzoek gebleken dat veneus oedeem de meest voorkomende vorm van oedeem in het verpleeghuis is.

In de literatuur zijn tegenstrijdigheden gevonden over het toepassen van MLD bij de behandeling van secundair lymfoedeem. In een aantal onderzoeken wordt gesteld dat MLD, in combinatie met andere interventies, tot de meest effectieve behandelmethode behoort. Daarentegen zijn er ook artikelen gevonden waarin geconcludeerd wordt dat er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is van het effect van MLD op het volume afname.

De behandeling van bewoners met oedeem op de psychogeriatric afdeling wordt hetzelfde toegepast als de interventie die wordt ingezet op andere afdelingen van de verpleeghuizen. Hierdoor is de kans groot dat de conclusie van dit onderzoek ook geldt voor andere afdelingen in het verpleeghuis. Als dit het geval is, zou dit betekenen dat de huidtherapeut aan een grotere doelgroep kennis kan overbrengen, zodat de kwaliteit van de zorg, op het gebied van de behandeling van oedeem, stijgt.

De de lage respons op de vragenlijst, die bestemd was voor de huidtherapeuten, heeft een vermindering van de betrouwbaarheid van het onderzoek als gevolg gehad. Om de kans op een hogere respons te vergroten, zou het beter zijn geweest om een multiplechoicevragenlijst naar de huidtherapeuten te versturen.

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek, zou er een vervolg onderzoek plaats kunnen vinden, die ingaat op de effecten van de alternatieve compressiematerialen bij bewoners met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis. Doordat dementie een complex ziektebeeld is, laat niet iedere bewoner de behandeling toe. Door het inzetten van alternatieven kan onderzocht worden of de weerstand verminderd en of het beoogde resultaat alsnog behaald kan worden.

Uit de interviews met de verschillende (zorg)disciplines is gebleken dat zij open staan voor de kennis en vaardigheden van de huidtherapeut. Echter laten zij blijken niet te weten op welke manier dit gerealiseerd zou kunnen worden. In een vervolg onderzoek zou gekeken kunnen worden hoe de huidtherapeutische discipline geïmplementeerd zou kunnen worden op verschillende afdelingen van een zorgorganisatie.

7. Literatuurlijst

- Al Shammeri, O., AlHamdan, N., Al-hothaly, B., Midhet, F., Hussain, M., Al-Mohaimeed, A. (2014). *Chronic Venous Insufficiency: prevalence and effect of compression stockings*. International Journal of Health Sciences: Qassim University, Vol. 8, Issue 3. pp. 231 - 236
- Alzheimer Nederland. (2014). *Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?* Geraadpleegd op 10 december 2014 op Alzheimer Nederland. URL: <http://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/onderzoek/2014/februari/aantal-mensen-met-dementie.aspx>
- Antonides, G. (2005). *Palliatieve zorg en dementie*. Denkbeeld, vol. 17, issue 1. pp. 6-8
- Besselink, R.M. (2013). Intramurale nazorg voor de patiënt met borstkanker. *Bijblijven*, vol. 29, issue 3. pp. 35 – 41
- CBO. (n.d.). *Evidence based werken (richtlijnen)* Geraadpleegd op 6 april 2015 op CBO. URL: <http://www.cbo.nl/themas/evidence-based-werken-richtlijnen/projecten/richtlijnen>
- Chatham, N., Thomas, L., Molyneaux, M. (2013). *Dermatologic difficulties: Skin problems in patients with chronic venous insufficiency and phlebolympheidema*. Wound care advisor, vol. 2, issue 6. pp. 30 – 36
- Chiu, T.W. (2014). *Management of secondary lymphedema*. Hong Kong Med j, vol. 20, issue 6. pp. 519 – 528
- Everdingen, J.J.E. van., Schobben, A.F.A.M., Wiersma, T.J. (2014). *Diagnose en therapie 2015-2016*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Földi, M., Földi, E., Strössenreuther, R., Kubik, S. (2012). *Földi's textbook of lymphology: for physicians and lymphedema therapists*. München : Elsevier Urban & Fischer
- Gahtan, V., Costanza, M. (2015). *Essentials of vascular surgery for the general surgeon*. New York: Springer New York
- Gunst, S.G., van, Pigmans, V.G. (2014) *NHG-standaarden voor de praktijkassistente 2014*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hamers, J. (2011). *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Hammelburg, R., Lubbers, W., Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hobma, S. (2011). *Dikke voeten*. Huisarts en wetenschap, vol. 54, issue 2. p 109
- Hoof, J. van, Wouters, E. (2014). *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hoogeveen, F. (2008). *Leven met dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

- Inghammar, M., Rasmussen, M., Linder, A. (2014). *Recurrent erysipelas—risk factors and clinical presentation*. BMC Infectious Diseases, vol. 14, issue 270. pp. 1 - 6
- Jongh, T.O.H. de., Buis, J., Daelmans, H.E.M., Dekker, M.J., Loor, J.D. de. (2012). *Praktische vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Jansen, P.A.F., van der Laan, J.R., Schols, J.M.G.A. (2013). *Het geriatrie formularium*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Jonker, C., Slaets, J.P.J., Verhey, F.R.J. (2009). *Handboek dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Knuiman, R., Bezemer, M., Hertogh, C., Koopmans, R., Piek, G., Theeuwes, C., Verburg, D., Roos, F., Bogaerts, M (2012). *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Verenso
- Koopmans, R.T.C.M., Steen, J.T. van der, Zuidema, S.U., Hobbelen, J.S.M. (2012). *Dementie; Landelijke richtlijn, Versie: 1.0*. Intergraal kankercentrum Nederland
- Lee, J., Shin, B., Jeong, H., Kim, G., Kim, D., Sim, Y. (2013). *Ultrasonographic evaluation of therapeutic effects of complex decongestive therapy in breast cancer-related lymphedema*. Annals of Rehabilitation Medicine, vol. 37, issue, 5. pp. 683 - 689
- Leung, E., Tirlapur, S., Meads, C. (2014). *The management of secondary lower limb lymphoedema in cancer patients: A systematic review*. Palliative Medicine, vol. 28 Issue 2. pp. 112 - 119
- Mahler, M., Meerveld, J. (2013). *Zorg standaard dementie, Steun en zorg*. Alzheimer Nederland & Vilans
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Mondry, T.E., Riffenburgh, R.H., Johnstone, P.A. (2004). *Prospective trial of complete decongestive therapy for upper extremity lymphedema after breast cancer therapy*. The Cancer Journal, vol 10, issue 1. pp 42 – 48
- Nederlandse encyclopedie. (2015a). *Begrip optimaliseren*. Geraadpleegd op encyclo.nl op 22 juni 2015. URL: <http://www.encyclo.nl/begrip/optimaliseren>
- Nederlandse encyclopedie. (2015b). *Begrip verbeterpunt*. Geraadpleegd op encyclo.nl op 22 juni 2015. URL: <http://www.encyclo.nl/begrip/verbeterpunt>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014a). *Vergrijzing: Wat is de huidige situatie?* Geraadpleegd op nationaalkompas.nl op Nationaal Kompas Volksgezondheid op 17 april 2015. URL: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014b). *Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* Geraadpleegd op Nationaal Kompas

- Volksgezondheid op 17 april 2015. URL: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. (2015a). *Oedeemtherapie*. Geraadpleegd op huidtherapie.nl op 22 juni 2015. URL: <http://www.huidtherapie.nl/algemeen/>
- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. (2015b). wat doet een huidtherapeut? Geraadpleegd op huidtherapie.nl op 17 april 2015. URL: <http://www.huidtherapie.nl/huidtherapeut/>
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. (2014a). *Richtlijn lymfoedeem*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. (2014b). *Richtlijn veneuze pathologie; Varices, diepe veneuze ziekte, ulcus cruris, compressie therapie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- NIVEL. (2015). *Multidisciplinair overleg*. Geraadpleegd op 14 april 2015 op NIVEL. URL: <http://www.nivel.nl/dossier/multidisciplinair-overleg>
- Plochg, T., Keijsers, J., Levi, M. (2012). *De 'multimorbiditeitsdokter' heeft de toekomst*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde week 43 pp 1 - 3
- Prismant. (2009). *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009 – 2013*. Utrecht: Prismant
- Reeder, S.W.I. (2013). *Chronic Venous Disease under pressure*. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, vol. 23, issue 10, pp. 620 – 622
- Rijksoverheid. (n.d. a). *Ouderenzorg*. Geraadpleegd op Rijksoverheid op 17 april 2015. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg>
- Rijksoverheid. (2015b). *Waardigheid en trots Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen*. Geraadpleegd op Rijksoverheid op 17 april 2015 URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/02/10/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen.html>
- Javid, S.H., Anderson, B.O. (2013). *Mounting Evidence against complex Decongestive therapy as a first-line treatment for early lymphedema*. Journal of clinical oncology, vol. 31, issue 30. pp. 3737 – 3738
- ScriptieAf. (2014) *Kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 23 juni 2015. URL: <http://scriptieaf.nl/kwalitatief-onderzoek/onderzoek/>
- Sillevis Smitt, J.H., van Everdingen, J.J.E., Starink, Th.M., Horst, H.E. van der. (2014). *Dermatovenereologie voor de eerste lijn*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Sonneburgh. (n.d.). *Langdurige opname verpleeghuis, Psychogeriatric*. Geraadpleegd op 14 juni 2015. URL: <http://www.sonneburgh.nl/zorgarrangementen/langdurige-opname-verpleeghuis-psychogeriatric.html>

- Suehiro, K., Morikage, N., Yamashita, O., Okazaki, Y., Hamano, K. (2011). *Impact of aggressive decongestion on the maintenance phase in combined physical therapy for lower extremity lymphedema*. Annals of Vascular Diseases, vol. 4, issue 4. pp. 306 - 312
- Trayes, K.P., Studdiford, J.S., Pickle, S., Tully, A.S. (2013). *Edema: diagnosis and management*. Am FamPhysician, vol 88, issue 2. pp 102-110
- Verdonk H.P.M. (2011). *Oedeem en oedeemtherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom onderwijs
- Vloten, W.A, van., Degreef, H.J., Stolz., E., Vermeer, B.j., Willemze. (2000). *Dermatologie en venereologie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Wisgerhof, H.C., Pavel S. (2006). *Vademecum permanente nascholing huisartsen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Woelders, S. (2014). *Toepassing van huidtherapie bij dementerende patiënten*. Bachelor afstudeerscriptie Haagse Hogeschool

8. Bijlage

Bijlage 1. Verklarende Woordenlijst

Afkortingen en begrippen	Verklaring
ACT	Ambulante Compressie Therapie
Afasie	Taalstoornis
Agnosie	Het verlies van herkenning van personen, voorwerpen en geluiden
Apraxie	Het onvermogen om complexe handelingen uit te voeren
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CDT	Complete Decongestieve Therapie
CVI	Chronische Veneuze Insufficiëntie
EVV'er	Eerste Verantwoordelijke Verpleegkundige
MDO	Multi Disciplinair Overleg
MLD	Manuele Lymfe Drainage
TEK	Therapeutische Elastische Kousen
WZH	WoonZorgcentra Haaglanden

Bijlage 2. Logboek Literatuuronderzoek

Logboek Literatuuronderzoek.				
Databank	Zoektermen	Aantal hits	Zoek voorwaarden	Auteur en jaartal
Pubmed	Compression stockings	154	Free full text	Al shammeri, et al. 2014
BSL Vakbibliotheek	Multidisciplinaire zorg dementie	314	-	Antonides, 2005
BSL Vakbibliotheek	Gevolgen lymfoedeem	16	Article	Besselink, 2013
Google Scholar	Skincare edema	2.980	Sinds 2011	Chatham, Thomas & Molyneaux, 2013
Pubmed	Secondary lymphedema	285	Free full text	Chiu, 2014
BSL Vakbibliotheek	Huidveranderingen oedeem	47	-	Everdingen, schobben & wiersma, 2014
Google scholar	Kwaliteit intramurale zorg	2.410	-	Hamers, 2011
Pubmed	erysipelas	61	Free full text, < 5 jaar	Inghammar, 2014
BSL Vakbibliotheek	Therapeutische elastische Kousen	50	-	Gunst & Pigmans, 2014
Pubmed	complex decongestive therapy	20	Free full text, < 5 jaar	Lee, et al., 2013
Pubmed	complex decongestive therapy	20	Free full text, < 5 jaar	Javid & Anderson, 2013
Google	beroepsprofiel specialist ouderengeneeskunde	2.180	-	Knuiman, et al., 2012
Google	Richtlijn lymfoedeem	10.400	-	NVDV, 2014
Google	richtlijn chronische veneuze insufficiëntie	4.770	-	NVDV, 2014
Cochrane Library	Management secondary lymphoedema	11	-	Leung, Tirlapur & Meads, 2014
MEDLINE	complete decongestive therapy	36	Engels 2004 - 2015	Mondry, Riffenburgh & Johnstone, 2004
BSL Vakbibliotheek	Klachten lymfoedeem	142		Wisgerhof & Pavel, 2006
Pubmed	Venous Insufficiency/diagnosis	134	Free full text <5 jaar Engels	Trayes, Studdiford, Pickle & Tully, 2013
BSL Vakbibliotheek	Zwachteltechniek	9	-	(Jongh, Buis, Daelmans, Dekker & Loo, 2012).
Google	Verbetering ouderenzorg	223.000	-	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014
BSL Vakbibliotheek	oedeem	1.843	-	Verdonk, 2011
BSL Vakbibliotheek	Doel ambulante compressietherapie	18		Sillevis Smitt, Everdingen, Starink & Horst, 2014

NTvG via Google Scholar	Multimorbiditeit chronische ziekte	435		Plochg, Keijsers & Levi, 2012
Pubmed	Combined physical therapy lymphedema	8	Free full tekst < 5 jaar	Suehiro, Morikage, Yamashita, Okazaki & Hamano, 2011
Google	Psychogeriatrisch verpleeghuis	53.300	-	Sonneburgh, n.d.
Boeken				
-				Foldi, 2012
BSL Vakbibliotheek	-	-	-	Hammelburg, 2014
-	-	-	-	Hoogeveen, 2008
-				Vloten, Degreef, Stolz, Vermeer & Willemze, 2000
-	-	-	-	Jonker, Slaets & Verhey, 2009
BSL Vakbibliotheek	Samenwerking OR verpleeghuis	5.372	2010 - 2015	Hoof & Wouters, 2014
websites				
google	dementie	4.400.000		Alzheimer Nederland, 2014
google	CBO richtlijnen	43.500		CBO, n.d.
google	Kwaliteit van de zorg in de politiek	917.000		
google	Huidtherapie	156.000	-	Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, 2015
Google	Ouderenzorg	1.880.000	-	Rijksoverheid, n.d.
Google	Multidisciplinair overleg	223.000	-	Nivel, 2015
Google	Vergrijzing Nederland	435.000	-	Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014

Bijlage 3. Toelichtingsbrief Florence en WZH

Toelichtingsbrief Florence

Irene van de Woestijne
Rijswijkseplein 218
2516LG, Den Haag

Gegevens geadreseerde

Den Haag, 17 februari 2015

Betreft: toestemming deelname cliënten afstudeeronderzoek

Geachte meneer/mevrouw,

Ik stuur u deze brief naar aanleiding van een afstudeeronderzoek dat plaatsvindt binnen de zorgorganisatie Florence en WoonZorgcentrum Haaglanden (WZH). Op-2015 bent u benaderd door van Florence/WZH, om toestemming te vragen voor het inzien van het patiëntendossier. Wij hebben u benaderd omdat uw familielid wordt behandeld voor oedeem. In deze brief wordt een toelichting gegeven over de inhoud van het afstudeeronderzoek, waarom wij toestemming vragen en waarvoor u toestemming geeft.

Allereerst denk ik dat het voor u van belang is om te weten met wie u te maken hebt. Ik ben een vierdejaars-student van de opleiding Huidtherapie, aan de Haagse Hogeschool. In het verleden heb ik me reeds verdiept in de behandelwijze van oedeem. Daarnaast werk ik al enkele jaren in verzorgingstehuizen, waar ik regelmatig met dementerende mensen werk. Ik heb om deze reden ook een minor "Psychogeriatric" gevolgd en deze succesvol afgerond. Om mijn opleiding succesvol af te ronden, ben ik op dit moment bezig met mijn afstudeeronderzoek.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de behandeling van oedeem, binnen de zorgorganisaties Florence en WZH, wordt uitgevoerd. Dit zal gedaan worden door middel van observaties van de behandeling van verschillende patiënten met oedeem. Het doel van dit onderzoek is het geven van een advies aan deze zorgorganisaties, over hoe de behandeling van oedeem geoptimaliseerd kan worden, en hoe deze optimalisatie gerealiseerd kan worden door middel van samenwerking tussen verschillende (zorg)disciplines.

Om dit onderzoek uit te kunnen voeren, is er toestemming nodig van de eerste contactpersoon van de patiënten, die ik wil betrekken in het praktijkonderzoek. Als u instemt dat de patiënt deel mag uitmaken van dit onderzoek, geeft u mij toestemming om tijdens de behandeling aanwezig te zijn en deze behandeling te observeren. Bovendien geeft u toestemming om in het dossier te kijken. De persoonsgegevens van uw familielid zullen niet genoemd worden in het onderzoek. Het gaat om het behandelplan dat opgesteld en gehanteerd wordt, zodat er een realistisch beeld kan worden gecreëerd over de behandeling van oedeem binnen Florence en WZH.

Ik hoop u op deze manier voldoende te hebben geïnformeerd. Ik zie graag uit naar uw reactie. Mocht u echter naar aanleiding van deze brief nog onduidelijkheden of vragen hebben over het onderzoek, dan ben ik uiteraard bereid deze mondeling of schriftelijk toe te lichten. U kunt dan contact opnemen via 06-11615911 of via de email: iwoestijne@gmail.com

In afwachting van uw reactie, groet ik u vriendelijk.
Hoogachtend,

Irene van de Woestijne

Toelichtingsbrief WZH

Irene van de Woestijne (namens WZH)
Rijswijkseplein 218
2516LG, Den Haag

Gegevens geadresseerde

Den Haag, 6 maart 2015

Betreft: toestemming deelname cliënten afstudeeronderzoek

Geachte meneer/mevrouw,

Allereerst denk ik dat het voor u van belang is om te weten met wie u te maken hebt. Ik ben een vierdejaars-student van de opleiding Huidtherapie, aan de Haagse Hogeschool. Naast mijn studie ben ik al enkele jaren werkzaam in verzorgingstehuizen, waar ik regelmatig met dementerende mensen werk. Ik heb om deze reden ook een minor "Psychogeriatric" gevolgd en deze succesvol afgerond. In het verleden heb ik me reeds verdiept in de behandelwijze van oedeem. Oedeem is een vochtophoping die te zien is als een verdikking die door verschillende oorzaken niet vanzelf verdwijnt. Oedeem komt veel voor in de benen en kan verminderd worden door bijvoorbeeld zwachtelen en het dragen van steunkousen. Om mijn opleiding succesvol af te ronden, ben ik op dit moment bezig met mijn afstudeeronderzoek.

Ik stuur u deze brief naar aanleiding van een afstudeeronderzoek dat plaatsvindt binnen de zorgorganisatie WoonZorgcentrum Haaglanden (WZH). U bent benaderd door een medewerker van WZH, om toestemming te vragen voor het inzien van het patiëntendossier. Wij hebben u benaderd omdat uw familielid in één van onze locaties is opgenomen en bekend is met o.a. oedeem (vochtophoping) in de benen. In deze brief wordt een toelichting gegeven over de inhoud van het afstudeeronderzoek, waarom wij toestemming vragen en waarvoor u toestemming geeft.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de behandeling van oedeem, binnen de zorgorganisatie WZH wordt uitgevoerd. Dit zal gedaan worden door middel van observaties van de behandeling van verschillende bewoners met oedeem. Het doel van dit onderzoek is het geven van een advies aan deze zorgorganisatie, over hoe de behandeling van oedeem geoptimaliseerd kan worden, en hoe deze optimalisatie gerealiseerd kan worden door middel van samenwerking tussen verschillende (zorg)disciplines.

Om dit onderzoek uit te kunnen voeren, is er toestemming nodig van de eerste contactpersoon van de bewoners, die ik wil betrekken in het praktijkonderzoek. Als u instemt dat de bewoner deel mag uitmaken van dit onderzoek, geeft u mij toestemming om tijdens de behandeling aanwezig te zijn en deze behandeling te observeren. Bovendien geeft u mij toestemming om in het dossier de benodigde gegevens op te zoeken samen met de verantwoordelijk fysiotherapeut en/of arts. De persoonsgegevens van uw relatie zullen niet genoemd worden in het onderzoek. Het gaat om het behandelplan dat opgesteld en gehanteerd wordt, zodat er een realistisch beeld kan worden gecreëerd over de behandeling van oedeem binnen WZH.

Ik hoop u op deze manier voldoende te hebben geïnformeerd. Ik zie graag uit naar uw reactie. Mocht u echter naar aanleiding van deze brief nog onduidelijkheden of vragen hebben over het onderzoek, dan ben ik uiteraard bereid deze mondeling of schriftelijk toe te lichten. U kunt dan contact opnemen via 06-11615911 of via de email: iwoestijne@gmail.com

In afwachting van uw reactie, groet ik u vriendelijk.
Hoogachtend,

Irene van de Woestijne

Bijlage 4. Observatielijst

Observatielijst behandeling van oedeem

Observatielijst oedeemtherapie	
Zorgorganisatie: WZH/Florence	
Behandelaar:	
Functie:	
Datum:	
Diagnose	Veneus oedeem/Secundair lymfoedeem
Behandelmethode:	
Observatie	
Huidzorg (veneus oedeem en secundair lymfoedeem)	
Waarneembare huidveranderingen	- - - -
Toepassing van huidzorg	Ja/Nee Zo ja:.....x per..... Producten:
Manuele Lymfe Drainage (secundair lymfoedeem)	
Toepassing van MLD	Ja/Nee
Bandageren (veneus oedeem en secundair lymfoedeem)	
Zwachtelmateriaal	Korte rek/ lange rek Type zwachtels: Gebruik van polster: Ja/Nee
Het aanleggen van de zwachtels	Inspectie van de huid: Ja/Nee Kijkt 'in de rol' tijdens het zwachtelen: Ja/Nee Zwachtels worden glad aangelegd Ja/Nee Plaatst de voet in 90 graden tijdens het zwachtelen: Ja/Nee De druk wordt gecontroleerd: Ja/Nee Hygiëne: Houding tijdens het zwachtelen:
Therapeutische Elastische Kousen (veneus oedeem en secundair lymfoedeem)	
Type TEK	Vlakkbrei/Rondbrei
Lengte van de TEK	AD/AG
Open/gesloten teen	Open teen/gesloten teen
Siliconenboard	Ja/Nee Smal/breed
Gebruik van verzorgingsproduct	Ja/Nee
Gebruik van aantrekhelp	Ja/Nee
Houding tijdens het aantrekken van TEK	
Trekt de TEK op de juiste manier aan	

Bijlage 5. Casussen

Casus 1

De 81-jarige Mevrouw [REDACTED], met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad waardoor pennen geplaatst zijn. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris.

De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel-absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwning van oedeem aan het rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Casus 2

De 94-jarige Mevrouw [REDACTED], heeft lymfoedeem in de linkerarm ten gevolge van borstkanker. Zij heeft een borst besparende operatie en bestraling ondergaan. Mevrouw heeft een hoge comorbiditeit; Naast dementieel syndroom, mogelijk type alzheimer, heeft zij uraemie. Bovendien heeft zij decompensatio cordis, haar linker ventrikel slechts voor 28%, en hierdoor heeft mevrouw een vochtbeperking van 1500 ml per dag, en gebruikt zij diuretica.

In april 2014 is mevrouw gevallen op haar linkerschouder, waardoor een toename van het oedeem is ontstaan. Na de val ervaart mevrouw een zwaar en moe gevoel. Het dikker worden van de arm zorgt ervoor dat mevrouw geen passende kleding kan dragen. Deze factoren samen beïnvloeden haar stemming. Tijdens het onderzoek en palpatie is een forse schouderbeperking merkbaar en verharding van de linker onderarm.

Casus 3

Meneer [REDACTED], 82 jaar, heeft veneus oedeem met purpura verkleuring, veroorzaakt door een verhoogde hydrostatische druk op beide onderbenen, ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie. Meneer heeft de ziekte van Alzheimer en heeft in 1999 een CVA gehad, waarna afasie, apraxie en dysartrie is ontstaan. Meneer heeft erysipelas gehad, maar wanneer deze is ontstaan is onbekend. Hij is erg onrustig en slaapt weinig, met als gevolg dat hij veel over de afdeling loopt. Meneer is dus erg mobiel. Meneer heeft pitting oedeem in beide onderbenen, echter wil hij niet gezwachteld worden. Meneer heeft wel TEK's, maar wil deze niet altijd aan. Doordat meneer snel geagiteerd en agressief kan worden, worden de kousen niet tegen zijn wil in aangetrokken.

Casus 4

Mevrouw [REDACTED] heeft gemengd oedeem, distaal aan beide onderbenen inclusief voeten. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten is flink oedeem zichtbaar van de onderbenen, ook bij de voeten en enkels. Daarnaast zijn er schilfering en wondjes aanwezig. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen.

Bijlage 6. Inductieve-codering interviews (zorg)disciplines

Inductieve codering interviews Florence behandeling van oedeem

Onderwerpen	Arts	Fysiotherapeut	EVV'er
Veneus oedeem	Zwachtelen, diuretica en steunkousen	Zwachtelen, diuretica en steunkousen	Zwachtelen, diuretica en steunkousen
Lymfoedeem	Medicatie en toename van mobiliseren	MLD	-
Huidzorg	Lanette crème, cetomacrogol, barrière crème of Proshield	Vettige vaseline crème	Barrière crème en vettige crème
Bewegen	-	Geen behandelindicatie voor fysiotherapie Bedoeling dat de verpleging met iemand loopt	Korte stukjes lopen bv. Van de huiskamer naar het toilet
Positieve punten	Zorg schakelt arts meteen in	Bij lymfoedeem of probleemgevallen meet de fysiotherapeut de omvang	Bed omhoog om de afvloed van oedeem te bevorderen
verbeterpunten	Implementeren richtlijnen Het volgen van cursussen Vraagtekens over de kennis van de behandeling van oedeem	Signaleren van oedeem De zwachteltechniek	Meer achtergrond informatie d.m.v. een klinische les
Samenvatting interviews	Bewoners met veneus oedeem worden behandeld door middel van zwachtelen, diuretica en het aanmeten van TEK's. Bij bewoners met lymfoedeem kan de fysiotherapeut MLD toepassen maar dit komt niet vaak voor. Daarnaast wordt er bij bewoners met lymfoedeem medicatie voorgeschreven en wordt er geprobeerd om de mobiliteit te verhogen. De huidzorg bestaat uit het insmeren met lanette crème, cetomacrogol, barrière crème of proshield. Oedeem is geen behandelindicatie voor fysiotherapie, daarom is het de bedoeling dat de verzorgenden er voor zorgen dat iemand korte stukjes loopt, om zo het effect van de zwachtels te optimaliseren. De zorg schakelt de arts meteen in wanneer zij oedeem constateren. Daarnaast worden de benen van bewoners door de verzorging om hoog gelegd om de afvloed van oedeem te bevorderen. Als een bewoner lymfoedeem heeft, meet de fysiotherapeut de omvang. Dit doen zij ook bij bewoners die de zwachtels eraf halen of weerstand hebben tegen de behandeling. De arts is van mening dat er richtlijnen geïmplementeerd moeten worden, zodat iedereen de zelfde werkwijze aanhoudt. Hij zegt vraagtekens te hebben bij de kennis over oedeem van de verzorgenden. Dit zou verbeterd kunnen worden door het volgen van cursussen. Dit wordt bevestigd door de fysiotherapeut en de verzorgenden die ook aangeven dat er meer achtergrond kennis nodig is om oedeem beter te kunnen signaleren. Daarnaast zou volgens de fysiotherapeut ook de zwachteltechniek verbeterd kunnen worden.		

Inductieve codering interviews Florence samenwerking

Onderwerpen	Arts	Fysiotherapeut	EVV'er
Betrokken disciplines	Arts, fysiotherapeut, verzorging, ergotherapeut en wondverpleegkundigen	Arts, verzorging en fysiotherapeut	Arts, fysiotherapeut en verzorging
Taken betrokken disciplines	Arts: hoofdbehandelaar Fysio: overkoepelend Ergotherapeut: houding Wondverpleegkundigen voor chronische wonden		
Samenwerking	Werken volgens protocol Arts moet duidelijk communiceren	Inschakelen van de fysio Rapporteren na constateren oedeem Het informeren van collega's over zijn/haar waarnemingen	Het team staat open voor feedback
Communicatie	Verwijzing via ISIS of email Korte lijnen Bij vaste mensen goed, bij vervanging minder	Vastlegging van de behandeling in het dossier. Rapportages Arts lastiger te bereiken i.v.m. twee werkdagen	Via ISIS Mondeling Evaluatiegesprek Behoeftte om vanuit de fysio meer info te krijgen over oedeem
Uitwisseling kennis	Arts zelf niet Fysiotherapeut leert de verzorging zwachteltechnieken	De zorg komt met vragen naar de fysiotherapeut Uitwisseling tijdens het MDO	Instructies van de fysiotherapeut over de zwachteltechniek
Rol van de huidtherapeut	Uitvoeren van kwaliteitscontroles Cursus geven	Nascholing over de huid	Het geven van advies over de huidzorg
Samenvatting interviews	De disciplines die betrokken zijn bij de behandeling zijn hoofdzakelijk de arts, verzorgenden en overkoepelend betrokken is de fysiotherapeut. Daarnaast kunnen indirect de ergotherapeut en de wondverpleegkundige betrokken worden bij de behandeling. De arts is de hoofdbehandelaar, hij stelt het behandelplan op en is het aanspreekpunt. De verzorgenden passen het behandelplan toe en de fysiotherapeut regelt dat er kousen aangemeten worden. Als er vragen zijn kunnen de verzorgenden deze stellen aan de arts of aan de fysiotherapeut. De arts stuurt een verwijzing via de email of ISIS. Daarnaast wordt er mondeling overleg gehouden. Het is de bedoeling dat in het dossier verslaglegging wordt gedaan wanneer een behandeling uitgevoerd is. Verbeterpunten in de samenwerking is de communicatie van de arts richting de verzorgenden, werken volgens richtlijnen en een consequente verslaglegging. De huidtherapeut kan volgens de betrokken disciplines een rol spelen bij het geven van cursussen over oedeem en het geven van advies over huidzorg.		

Inductieve codering interviews WZH behandeling van oedeem

Onderwerpen	Arts	Fysiotherapeut	EVV'er
Veneus oedeem	Diuretica vochtbeperking, zwachtelen aanmeten TEK's	Zwachtelen, CircAid en aanmeten TEK's	Zwachtelen en TEK's
Lymfoedeem	MLD bij één patiënt	Als het nodig is MLD	-
Huidzorg	Lanette crème of vaseline	-	Huidvriendelijke washandjes. Controleren van de huid Cetomacrogol
Bewegen	Twee keer per week mogen bewoners fysio krijgen	Aparte zit- eethoek om bewegen te stimuleren. Fysiotherapie op indicatie van de arts	Geen extra beweging op de afdeling
Positieve punten	Verzorgende signaleren goed, zwachtelen goed en zijn heel alert	Verzorgende zijn consequent met zwachtelen en het aantrekken van de kousen	-
verbeterpunten	Nascholing over oedeem signaleren Wondverpleegkundige voor meer continuïteit	Signaleren zwachtelmethode	Alert zijn wanneer de zwachtels om gedaan moeten worden en wanneer deze af moeten.
Conclusie	De behandeling van veneus oedeem wordt gedaan door middel van het toepassen van ambulante compressie therapie in combinatie met diuretica, vochtbeperking en het aanmeten van TEK's. Sinds kort wordt er bij verschillende bewoners gebruik gemaakt van een CircAid. Bij secundair lymfoedeem kan als toevoeging MLD toegepast worden, alleen is dit een interventie die niet vaak voorkomt. Naast bovengenoemde behandelmethode wordt er huidzorg toegepast door tijdens de dagelijkse verzorging gebruikt te maken van water en zeep, huidvriendelijke washandjes, het controleren van de huid en het smeren van cetomacrogol crème, lanette crème of vaseline. Bewoners met oedeem die mobiel zijn, worden volgens de fysiotherapeut gestimuleerd om te bewegen door een aparte zit- en eethoek op de afdelingen. Echter worden er volgens de EVV'er geen andere acties ondernomen om bewoners extra te laten bewegen. De positieve- en de verbeterpunten van de behandeling van bewoners met oedeem zijn volgens de disciplines verschillend. De arts geeft als positief punt aan dat de zorg goed instaat is oedeem te signaleren. De fysiotherapeut geeft aan dat er verbeterpunten zijn bij het signaleren van oedeem. De verzorging voert de interventies consequent uit, maar de techniek is niet altijd even goed. De EVV'er vindt dat er juist verbeterpunten zijn in de alertheid van de verzorgenden van wanneer de zwachtels om moeten en wanneer deze afgehaald dienen te worden.		

Inductieve codering interviews WZH samenwerking

Onderwerpen	Arts	Fysiotherapeut	EVV'er
Betrokken disciplines	Arts, verzorgenden, fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist	Arts, verzorgenden, pedicure, diëtist, verpleegkundigspecialist en orthopedisch schoenmaker	Arts, verzorgenden Fysiotherapeut
Taken betrokken disciplines	Arts: Hoofdbehandelaar Fysio: Overkoepelend Verzorgenden: signaleren en uitvoeren Ergotherapeut: houding Diëtist: voeding	Arts: hoofdbehandelaar Verzorgenden: signaleren en uitvoeren Pedicure: preventie van infecties Diëtist: aanpassing voeding Orthopedisch schoenmaker bij forse voetafwijkingen	Arts: die bepaald Verzorgenden niveau drie en vier: zwachtelen Verzorgenden Verzorgenden alle niveaus: signaleren
Samenwerking	Samenwerken gaat gewoon goed signaleren	Lezen van de rapportages	Geen verbeterpunten
Communicatie	Verwijsbrief Mondelingen overdracht Laagdrempelig Geen hiërarchie	Verwijsbrief Zorgleefplan Vaste medewerkers Eén fysiotherapeut Laag drempelig	MDO Elke week overleg met de arts Mondeling Via de mail
Uitwisseling kennis	Uitleg aan de patiënt en verzorgende	Tips en adviezen aan de zorg Twee keer per jaar een workshop dag (verplicht voor leerlingen)	Er vind geen uitwisseling van kennis plaats
Rol van de huidtherapeut		Instruerende rol Preventie en advies	Klinische les over oedeem, de huidzorg en de zwachteltechniek
Conclusie	De disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van bewoners met oedeem zijn, de arts (hoofdbehandelaar), de verzorgenden (signaleren en voeren interventies), de fysiotherapeut (overkoepelend betrokken). Eventueel kan de diëtist ingezet worden om aanpassingen in de voeding te doen. De ergotherapeut die genoemd is door de arts, zou ingezet kunnen worden om de houding van bewoners te verbeteren. Daarnaast kan bij forse voetafwijkingen de orthopedisch schoenmaker maatwerkschoeisel aan komen meten. De behandeling wordt gestart door middel van een verwijsbrief, daarnaast wordt de behandeling opgenomen in het zorgleefplan van de bewoners. De communicatie verloopt mondeling of via de mail. Dit gaat goed doordat er vaste medewerkers in dienst zijn. Er heeft geen hiërarchie waardoor de drempel om vragen te stellen laag is. Elke week is er een overleg met de arts en een keer in het half jaar vind er een MDO plaats, waarbij bewoners worden besproken. Om de samenwerking te verbeteren zouden volgens de fysiotherapeut de rapportages van bewoners beter gelezen moeten worden. Verder zijn er geen		

verbeterpunten genoemd.

Uitwisseling van kennis vindt plaats door het geven van uitleg door de arts richting de verzorgenden.

De fysiotherapeut geeft tips en adviezen aan de verzorging.

Twee keer per jaar vindt er een workshop dag plaats waaraan verzorgenden kunnen deelnemen.

Opvallend is dat de EVV'er aangeeft dat er helemaal geen uitwisseling van kennis plaats vindt tussen de betrokken disciplines.

De huidtherapeut zou volgens de betrokken disciplines een instruerende rol kunnen spelen voor preventie en advies, in de vorm van een klinische les over oedeem, de huidzorg en de zwachteltechniek.

Bijlage 7. Transcript open-interviews (zorg)disciplines

Interview specialist ouderengeneeskunde Florence

Irene: zou ik het mogen opnemen zodat ik het terug kan luisteren?

Arts: ja natuurlijk

Irene: het is de bedoeling dat ik een compleet beeld krijg over de behandeling van lymfoedeem en veneus oedeem. Ik doe dit onderzoek binnen twee zorgorganisaties binnen Florence en WZH. Ik weet niet of u die kent?

Arts: ja

Irene: En ik ga een advies schrijven vanuit het huidtherapeutisch oogpunt, ik doe de opleiding huidtherapie, over het optimaliseren van de zorg en voor mensen met dementie. Welke therapieën worden er binnen Florence toegepast voor de behandeling van veneus oedeem?

Arts: ik moet eerlijk zeggen ik nou ik denk dat de collega's hier zwachtelen en compressie techniek of methode en verder wij hangt af van de oorzaak eigenlijk. Dus maar meestal wordt het compressietechniek en als dat niet lukt ook soms met diuretica.

Irene: en wat is uw rol bij de behandeling?

Arts: van mij? Van de specialist ouderen?

Irene: ja

Arts: de diagnose en de follow-up en patiënten hebben dan klachten en die moet je dan zien te verminderen. En eigenlijk moet je de oorzaak van de oedeem zien te vinden hartfalen of kleppen of afwijking of in andere redenen.

Irene: en doet u dat door middel van onderzoek hier?

Arts: Ik doe alleen lichamelijk onderzoek hier op locatie, verder heb ik geen andere middelen tenzij. Wat wij kunnen doen is omtrek meten en kijken van links en rechts unilateraal bilateraal noem maar op.

Irene: en u zorgt dan dat het zwachtelen gestart wordt?

Arts: ja dan geef je de opdracht en je moet heel duidelijk zijn of je avond of niet moet af doen, dat moet je ook zorgen voor gene miscommunicatie en als het aanblijft dat het voor drie dagen en dat je het los laat dan moet je duidelijk zijn zeg maar.

Irene: Is de behandeling van secundair lymfoedeem het zelfde als de behandeling van veneus oedeem? Of kunnen daar ook nog andere therapieën bij toegepast worden? Dan alleen het zwachtelen en het aanmeten van de kous?

Arts: zoals ik zeg kan je met medicatie dat verminderen en toename van mobiliseren zou ook kunnen verhogen en verder weet ik het niet eigenlijk.

Irene: Laat u dat meer aan de fysiotherapeut of de oedeemtherapeut over?

Arts: dat wordt wel hier gedaan, als ik er niet uit kom dan vraag ik een second opinion in een kliniek ja. En dat kan een dermatoloog zijn of een vaatchirurg, hangt af van wat de oorzaak is

Irene: Dat wordt echt alleen gedaan als de oorzaak niet te achterhalen is?

Arts: ja

Irene: en wordt de behandeling vastgelegd in een behandelplan?

Arts: in principe wel in het zorgplan ja

Irene: en daar kunnen de betrokken disciplines allemaal inkijken?

Arts: ja, en de opdracht voor de behandeling geef je zelf ook via, wij gebruiken het programma ISIS en een verwijzing en met de opdracht stuur je dat, soms per email

Irene: Dan worden ze op de hoogte gesteld dat er bijvoorbeeld gestart moet worden met bijvoorbeeld zwachtelen?

Arts: ja, want dat staat dan niet in ons behandelplan want dat is meer voor langere periode maar als je acuut aan moet beginnen geef je gewoon de opdracht daarvoor of email of via ISIS

Irene: en wat is volgens u het hoofddoel van de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Arts: klachten verminderen, pijn, ongemak en beperkingen dat wil ik eigenlijk verminderen en daarnaast verlaag je ook de andere risicofactoren die lymfoedeem met zich meebrengen.

Irene: dus eigenlijk de kwaliteit van leven van de mensen staat op 1?

Arts: op 1 ja.

Irene: Welke preventieve maatregelen worden er genomen om huiddefecten en infecties te voorkomen? Wat neemt u voor maatregelen? Wat kunt u daar voor doen?

Arts: hangt af wat de oorzaak is van de huiddefecten en wat de aanleiding is. Ik probeer altijd de oorzaak aan te pakken, dan de symptomen. Mensen met een droge huid die smeren we in.

Irene: met wat smeren jullie die in?

Arts: lanette crème of cetomocogol preventief altijd met een barrière crème of proshield dat is 1 maar mensen met vaatlijden hebben wat vaker controles, als er kleine wondjes zijn zet je meteen de wonddeskundige erop zeker iemand met vaatlijden met diabetisch melitisch dat geneest wat slechter dus dan en mensen die ulcus cruris hebben ontwikkeld moet je de oorzaak zien te vinden.

Irene: Dus als er een klein wondjes is wordt eigenlijk al de wondverpleegkundige ingeschakeld?

Arts: nee, alleen als het chronische en als ik het zelf niet kan oplossen met de wondbehandeling die wij hebben.

Irene: dus u doet zelf behandelplannen opstellen voor de wondbehandeling?

Arts: ja ik geef de opdracht ja. En mensen met ernstige vaatlijden een hele vieze wond waar ik niet uitkom dan

Irene: Dus de wat complexere gevallen?

Arts: inderdaad ja

Irene: Wat zijn volgens u verbeterpunten die kunnen bijdragen aan de kwaliteitsverbetering voor de zorg voor mensen met dementie met veneus oedeem of secundair lymfoedeem?

Arts: 1 zijn de richtlijnen die al bestaan, landelijke, die wij kunnen implementeren ik denk dat de zorg dat niet altijd kent, dat is 1. Twee zorg moet ook cursussen volgen want dat leren want de dementerende kunnen dat niet aangeven. Vaak ervaren ze pijn heel anders of ze voelen niet, ze kennen de ongemakken ook niet en een gedeelte is ook rolstoel gebonden dus die hebben niet de beperking met lopen maar die zijn te passief en zullen niet aangeven door hun geheugen probleem dat ze klachten hebben dus de zorg moet alert zijn maar ook de specialist ouderen geneeskunde en de paramedici ook.

Irene: Denk je dat de zorg het signaleren van oedeem op tijd doet op dit moment?

Arts: Op mijn afdeling wordt er wel meteen als er oedeem is wordt er meteen geattendeerd en dan komt het op de artsen visite.

Irene: en hoe vaak er een artsen visite?

Arts: dat is twee keer per week en als ik er niet ben is er een achterwacht.

Irene: Welke disciplines zijn naast de zorg en de fysiotherapeut en de arts betrokken bij de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Arts: ik denk de ergotherapie? Misschien met hulpmiddelen of iets dat nee ik denk buiten de arts ouderen geneeskunde, de fysiotherapie en de verzorging en misschien de wonddeskundige voor de rest zou ik niet weten wie.

Irene: En bent u op de hoogte van zijn/haar taken van de betrokken disciplines? Weet u wat iemand wel en niet kan doen?

Arts: het verschil van de fysio en de ergo ja, hier hebben ze in huis een hele mooie poster en dan ja dan staat er van dit doen wij de fysio en dit doet de ergo.

Irene: En wordt er de betrokken disciplines ook kennis uitgewisseld? Dus bijvoorbeeld legt u wel eens uit aan de verzorging over het zwachtelen of over het ontstaan van oedeem?

Arts: dat laat ik, dat doe ik aan de zorg maar leren zwachtelen doet de fysiotherapie hier in huis die doen dat

Irene: maar het is niet echt dat er veel wordt overlegt?

Arts: we hebben tijdens het MDO wel vele overleg en binnenkort zal een nieuwe want ik werk op de PG-afdeling natuurlijk voor de dementerende wij willen nu een eigen extra overleg gaan plannen maar niet alleen met de fysio maar met alle paramedici, de psycholoog, de ergo en de fysio dat wij 1 keer in de maand iedereen een keer doornemen

Irene: daar kunnen ook problemen besproken worden en dan kan iedereen daarop reageren?

Arts: ja, dus daar zijn we nu mee bezig.

Irene: hoe verloopt de communicatie tussen de betrokken disciplines bij veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Arts: We hebben niet zoveel gevallen, dat gaat per email en dat gaat goed. En we hebben hier korte lijnen, als het wat sneller moet dan loop ik zelf meteen naar de persoon toe en andersom is dat ook zo, van de fysio naar mij toe.

Irene: dus laagdrempelig?

Arts: ja, laagdrempeling. Ik werk maar twee dagen in de week dus vandaar dat er minder contacten zijn maar contacten zijn wel goed.

Irene: Wat zijn de positieve punten binnen de samenwerking?

Arts: zoals je net zei de laagdrempeligheid die we hebben hier, de paramedici zijn hier leergierig ook en als er nieuwe adviezen zijn of richtlijnen dan komen zij zelf daarmee naar mij toe want ik ben ook niet altijd op de hoogte als van de fysiotherapie nieuwe adviezen zijn.

Irene: dus op die manier wordt u ook op de hoogte gehouden eigenlijk?

Arts: ja het is een wisselwerking

Irene: en wat zijn verbeterpunten binnen de samenwerking?

Arts: ik denk zelf ook voor de artsen dat ze niet allemaal dezelfde adviezen geven bij lymfoedeem dat we dan een uniform maar ik denk dat er wel ergens een protocol maar dat we dat vaker doornemen en ook volgens protocol moeten uitvoeren. Ik denk dat er vaak natte vinger werk, soms is men ook niet duidelijk hoe, je geeft een opdracht voor zwachtelen maar je zegt niet lange rek of korte rek, compressie, compressief zwachtelen en moet het af s' avonds of niet daar moeten we heel duidelijk zijn en beter communiceren naar de zorg.

Irene: als dat niet aangegeven wordt dan doet de zorg het zelf?

Arts: nee die nemen dan weer contact met de fysiotherapie die zijn ook, die zijn tegenwoordig ook zelf organisatorisch de afdelingen, zelf regulerend omdat de teamleiders nu weg zijn en die zijn heel proactief wat ik ook als een positief punt zie

Irene: oké, dus omdat er geen teamleider is zijn ze minder afhankelijk van iemand? Omdat ze meer zelf moeten doen?

Arts: het is meer een landelijke trend door zo'n laag weg te halen wordt men, verwacht men, wordt je pro-actiever en assertiever en dat is allemaal in het voordeel van de cliënten. Dus je denkt ook mee in het hele proces

Irene: De huidtherapeut behandelt veneus oedeem en secundair lymfoedeem in de praktijk, dit wordt onder andere gedaan door middel van toepassen van manuele lymfe drainage, bent u daarvan op de hoogte wat dat inhoud?

Arts: ja daar ben ik wel van op de hoogte

Irene: daarnaast zwachtelen wij ook en we meten Therapeutische Elastische Kousen aan een belangrijk onderdeel ook van de behandeling is het geven van voorlichting en advies over onder andere huidzorg om infecties te voorkomen, dit wordt meestal aan de patiënt gegeven alleen dit onderzoek vind plaats binnen de PG-afdeling waar mensen aan dementie lijden waardoor eigenlijk de verzorging de rol krijgt van de preventie. Op welke manier zou de huidtherapeut binnen Florence bij kunnen dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met dementie met veneus oedeem of secundair lymfoedeem?

Arts: Ik zou af en toe onaangekondigd een audit doen op de afdeling, niet een audit maar gewoon bij de mensen langs waar we weten die dan veneus oedeem hebben om te kijken of het goed is dan kun je zien hoe het eigenlijk gaat. Geef je het aan van te voren dan is alles al netjes en gaat men al heel snel alle informatie opzoeken en dan ben je op de hoogte maar ik zou niet preventieve maar regulerende controles doen om te kijken hoe het gaat. Kwaliteitscontroles

Irene: En qua kennis van de verzorging?

Arts: van de verzorging en we hebben heel veel zijn mensen die deeltijd werken dus je hebt af en toe de EVV'er dat is dan de eerste aansprekende verpleegkundige of verzorgende maar als die niet altijd aanwezig is of je hebt zieke of mensen van de pool of van buiten dan loopt het mis. Dus dan kan je wel de belangrijkste persoon, dus de communicatie moet beter dat moeten ze zelf doen maar soms heb ik me vraagtekens of ze allemaal goeie kennis hebben voor de behandeling van veneus oedeem.

Irene: zou de huidtherapeut daar nog aan kunnen bijdragen denkt u als toegevoegde waarde?

Arts: ja zeker, dat denk ik want de fysio geeft wel adviezen over zwachtelen en die meet ook steunkousen maar ik denk dat blijvende informatie geven dat het dat het nodig is omdat na drie maanden vergeten ze het weer dus je moet continu een paar keer per jaar of ik zeg 1 keer in de zes maanden een cursus geven dat het up-to-date blijft.

Interview oedeemfysiotherapeut Florence

Irene: Zou ik het mogen opnemen zodat ik het terug kan luisteren?

Fysio: Ja hoor

Irene: Welke therapieën worden er toegepast voor de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem? En wie spelen hier een rol bij?

Fysio: Veneus oedeem zie je natuurlijk het meest in het verpleeghuis, en eigenlijk afhankelijk van of iemand actief is of inactief pas je zwachtelen met korte rek toe of zwachtelen met de lange rek. Lange rek is er 's ochtends op, 's avonds af en korte rek is altijd gewoon 24/7 tot ze afgezakt zijn. De verpleging constateert in eerste instantie dat er oedeem is. Die neemt contact op met de arts en de arts die bekijkt dan of de situatie veilig genoeg is om zwachtelen te starten. Als er sprake is van veel oedeem, onder andere hartfalen kan er ook nog gestart worden met diuretica, dus met plas medicatie om de vochtafvoer nog wat extra, ja te bespoedigen. En soms kan ook als benen relatief slank zijn kan ook gekozen worden voor een kous klasse 1 en dat zie je vaak bij mensen die de zwachtels er afhaken of die dat teveel druk vinden geven. Naja dan kan altijd nog een kous klasse 1 eigenlijk inschakelen.

Irene: Ja, omdat die minder irritatie of, ja het irriteert minder

Fysio: ja, precies en het geeft iets meer mee, zoon zwachtel is best wel stug en je hebt best wel het idee dat je, naja, vast gezet wordt in je bewegelijkheid.

Irene: en welke rol speelt de fysiotherapeut, of de oedeemtherapeut bij de behandeling?

Fysio: bij het lymfoedeem is het wel anders, want dat is vaak ook wel zwachtelen, afhankelijk van de maat van het lymfoedeem kan er ook nog gekozen worden om toch nog wat lymfe drainage grepen toe te passen. En afhankelijk van de complexiteit kan ook de fysiotherapeut zwachtelen in plaats van de zorg. En de fysiotherapeut is met name overkoepelend bij het proces betrokken, dus meer bij het aanvragen van de steunkousen, dus die regelt dat de steunkousen aangemeten worden, in dit geval bij ons door een extern bedrijf. Die geeft de verzorging wel tips en adviezen omtrent het aantrekken van steunkousen bijvoorbeeld, als er problemen zijn, of, die controleert wel of de steunkousen nog passend zijn. Zodra er eigenlijk problemen zijn met kousen of iets dergelijks dan komt de zorg naar de fysiotherapeut toe en dan kijken we gewoon wat het probleem is en hoe we het kunnen oplossen.

Irene: En qua beweging, is het de bedoeling dat de bewoner, de cliënten meer gaan bewegen en is dat dan in combinatie met de fysio of is dat echt op de afdeling en wordt het bijvoorbeeld aan de familie gevraagd of die meer willen gaan bewegen, als iemand mobiel is natuurlijk?

Fysio: Het is afhankelijk inderdaad van, nou he, is iemand onder behandeling bij de fysiotherapeut, want puur oedeem is geen behandelindicatie in het opzicht dat ze daarvoor niet naar de fysiotherapeut hoeven om inderdaad, nou te komen lopen of te komen fietsen. Dus als iemand met korte rek gezwachteld wordt, is het wel de bedoeling dat iemand goed beweegt, want korte rek geeft alleen maar druk op het moment dat je in beweging bent, dus zodra de spieren actief zijn geeft het tegendruk. Vaak zie je inderdaad wel dat als iemand inactief is dat er dan wel gekozen wordt voor lange rek zwachtels en als iemand gedeeltelijk actief is, dus iemand kan wel lopen maar alleen onder toezicht, is het wel de bedoeling dat de verpleging, maar dat is überhaupt de bedoeling, dat de verpleging gewoon meerdere momenten op een dag met iemand loopt want ja, anders krijg je nooit het optimale effect van een zwachtel. En als blijkt, van nou, in eerste instantie zet je zwachtelen met korte rek in en iemand die is gewoon niet voldoende actief en je ziet dat het oedeem, ja, te lang er over duurt om weg te gaan kan je altijd nog kiezen om toch voor de lange rek te gaan.

Irene: En zie je vaak dat het veneus oedeem in combinatie is met wonden?

Fysio: nee, niet zozeer dat het echt komt zodra er een wond is, het is, het komt natuurlijk wel oedeem in maar dan is het vaak maar aan 1 kant. Wat je meer ziet is wel dat het te maken heeft met inactiviteit of hartfalen naja eigenlijk andere medische oorzaken waardoor het oedeem ontstaat. Wond geeft wel vaak verergering, ik bedoel dat gebied dat is al wat minder goed doorbloed vaak en zeker bij veneus oedeem, dus je ziet wel dat het echt toeneemt. Maar vaak als die wond gesloten is dan neemt het oedeem ook weer af. Dus je kan op dat moment er ook voor kiezen om ondanks dat er een wond zit toch het been te zwachtelen om in ieder geval het oedeem er uit te houden. Maar als het aan 1 zijde is dan wordt er toch minder vaak voor gekozen.

Irene: oké, wordt er gebruik gemaakt van protocollen en richtlijnen en op welke manier worden deze toegepast bij de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Fysio: met betrekking tot oedeem zijn er protocollen binnen Florence, deze staan, deze zijn ook eigenlijk voor iedereen toegankelijk die binnen Florence werkt ze staan op onze intranet. Nou is het ook zo dat zwachtelen ook niet door iedereen gedaan mag worden, je moet daar wel in je opleiding gekregen hebben dat is vaak niveau 3, 4 en hoger die dat kunnen. Ik weet niet zozeer of je ook specifiek een, dat het een voorbehouden handeling is en dat je daar echt voor goed gekeurd moet worden zeg maar. Maar in principe als het goed is wordt er ook vanuit de opleiding vanuit de opleiding van de verpleegkundige wordt daar wel op die manier ook gezwachteld.

Irene: ja, dus ze leren het zwachtelen aan de hand van de protocollen?

Fysio: ja, je ziet wel dat de oudere verpleegkundige, dus de verzorgende soms nog wel een andere manier van zwachtelen hebben. Maar in principe wordt er wel binnen Florence iedere tijd wordt er verwacht dat mensen zich bijscholen en ook op het onderwerp zwachtelen omdat je toch allemaal dezelfde behandel manier wil hebben.

Irene: wordt de behandeling vastgelegd in een behandelplan?

Fysio: In principe schrijft de arts natuurlijk voor dat er gezwachteld moet worden dus die zet het zwachtelen in, dat wordt in een dossier vastgelegd, nou er moet gestart worden met zwachtelen. En in principe is het de bedoeling dat als de verzorging rapporteert dat ze ook rapporteren van nou we hebben gezwachteld, benen zien er mooi slank uit, benen zijn er droog. Eigenlijk alles wat ze op dat moment opmerken moet vastgelegd worden, dat is wel de afspraak.

Irene: En wat is volgens jou de hoofddoel van de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem binnen Florence?

Fysio: nou het is sowieso nou, kijk oedeem ergens dat wat je zo snel mogelijk weg hebben dat is eigenlijk ja, dat kan de huid heel erg beschadigen, daarnaast kan je ook last krijgen van overvulling dat je het vocht blijft vasthouden, je kan er wonden door krijgen dus de bedoeling is gewoon dat mensen mooie slanken benen hebben, geen hinder ervaren van oedeem want dat kan ook nog, sommige mensen krijgen echt pijn in de benen door de hoeveelheid oedeem dat er in zit. Dus je wilt mensen ook niet beperken, je wilt mensen zoveel mogelijk hun vrijheid geven en wel inderdaad op een goeie medische manier verantwoord.

Irene: Bij oedeem komen verschillende huidveranderingen ten uiting, welke preventieve maatregelen worden daarvoor genomen? Om huiddefecten en infecties te voorkomen?

Fysio: Wat je inderdaad heel vaak ziet is als er inderdaad veel oedeem is dat de huid echt heel erg droog is, in dat geval wordt er altijd wel iets van een crème voorgeschreven door de dokter, dus vaak een vette vaseline crème. Stel dat er drukplekken zijn of kleine wondjes dan worden ze volgens mij vaak afgetekend, inderdaad als er wonden zijn of echt huiddefecten dan wordt ook de wondverpleegkundige ingeschakeld, ja dat proces ligt wel een beetje buiten de fysiotherapie dat ligt echt bij de zorg, bij het medische en bij de wondverpleegkundige. In dat opzicht hebben wij er niet heel veel mee te maken. Behalve dat we wel kunnen adviseren om bijvoorbeeld wel zwachtelen te starten of zo of juist ff niet te zwachtelen of de steunkous even niet te dragen.

Irene: Maar qua huidadviezen geef jij als oedeemtherapeut geen advies aan de zorg?

Fysio: nee, dat gaat echt via de arts of de wondverpleegkundige zeg maar.

Irene: Wat zijn volgens jou verbeterpunten die bij kunnen dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met veneus oedeem en lymfoedeem binnen Florence?

Fysio: sowieso zie je dat toch nog niet iedereen heel goed kan zwachtelen, je ziet soms dat ze de zwachtels veel te strak aan getrokken worden of veel te los of dat er onder niet gepolsterd wordt dus dat de zwachtelt op de blote huid aangedaan worden. Nou dat, zeker bij deze populatie is soms hoeft je maar te blazen en die huis is al kapot. Dus dat zou wel een groot verbeterpunt zijn dat iedereen gewoon op de juiste manier zwachtelt. Ik weet ook niet in hoeverre, kijk ik heb, ik ben zelf ook gezwachteld dus ik weet hoe het voelt en ik weet hoe het voelt als het echt te strak zit. Dus ja, qua zwachtel techniek zou er wel verbetering kunnen zijn. Soms ook wel de signalering, dus soms wordt niet op tijd gesignaleerd dat er oedeem is of..

Irene: want dat wordt door de zorg gesignaleerd?

Fysio: ja

Irene: Wordt dat gedaan door de verschillende niveaus, die dat signaleren?

Fysio: Ja, gewoon de gene die de mensen helpen, de gene die 's ochtends wassen, die ze verzorgen, ja dan is het moment dat, of als ze 's avonds naar bed gaan ik bedoel bij het aan en uit kleden zie je de benen het allerbest, dus dat is het moment dat je moet constateren van nou he vanochtend waren ze slank en vanavond zijn ze dik en wat gaan we er mee doen. En je ziet dat daar soms ook nog wel wat blijft liggen.

Irene: En que kennis over het oedeem? Denk je dat dat voldoende is binnen de verzorging, om het ook te kunnen signaleren?

Fysio: ja, ik weet niet in hoeverre de zorg het verschil weet tussen de verschillende soorten oedeem en ik weet ook niet precies, kijk ze weten dat ze moeten zwachtelen maar voor de rest weten ze misschien ook niet inderdaad de andere mogelijkheden met betrekking tot de behandeling daarvan. Maar goed daar kan ik ook niet goed over oordelen, dat is alleen wat ik zie en wat ik ervaar en waarvan ik denk van nou

Irene: vanuit de observatie binnen WZH heb ik twee casussen opgesteld. Mevrouw heeft gemengd oedeem, distaal aan beide onderbenen inclusief voeten. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten is flink oedeem zichtbaar van de onderbenen, ook bij de voeten en enkels. Daarnaast zijn er schilfering en wondjes aanwezig. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen.

Welke interventies zouden naast de decubitus preventie toegepast kunnen worden en wat is het belangrijkste doel hiervan?

Fysio: Het is altijd lastig om te zeggen want aan de ene kant is oedeem in de benen natuurlijk decubitus verhogend, want die huid is een stuk kwetsbaarder en zeker als ze al wondjes en schilfering heeft. Sowieso de huid vet houden zodat in ieder geval wat minder droog is waardoor ie wat elastischer wordt dat is inderdaad belangrijk. Kijken of je gedurende de dag misschien een paar momenten kan vinden om te voeten hoog te hebben, dus niet alleen als ze in bed ligt maar ook als ze even desnoods als ze 's middags even een uurtje gaat rusten of even in de stoel kan zitten met de benen omhoog, dat het vocht in ieder geval niet 24 uur de dag dat ze opstaat, de tijd dat ze op is gewoon echt alleen naar de voeten zakt. Veneus oedeem is niet echt een indicatie voor lymfedrainge dat is, dat werkt gewoon echt onvoldoende en misschien dat de arts iets met diuretica kan om in ieder geval het vocht wat ze vast houdt dat ze dat nog wat uit kan plassen.

Irene: Tijdens een nieuwe opname op de PG-afdeling komt er een mevrouw met fors oedeem met name aan de onderbenen. Er zijn wonden, blaren en drukplekken aanwezig. Er is gestart met de wondbehandeling en daarbij wordt er gezwachteld. Na twee weken is de wond verergerd en het linkerbeen is erg rood, mevrouw heeft pijn want dit geeft zij aan. Welke maatregelen zouden er genomen worden en zou je het behandelplan aanpassen?

Fysio: Ik zou sowieso stoppen met zwachtelen, misschien dat het teveel druk op de wond geeft, je kan altijd gewoon kijken wat er gebeurd als je een periode niet zwachtelt, wordt het dan erger of wordt het minder. Het kan zijn dat de manier van zwachtelen inderdaad te strak is geweest of dat de zwachtels geschuurd hebben waardoor de wonden erger zijn geworden het kan ook zijn dat ze inderdaad een infectie heeft gekregen omdat het ene been wat roder is, dat ie gewoon dat die wond niet goed afgedekt is geweest, natuurlijk allerlei manieren hoe je een infectie kan krijgen. Ik denk dat het belangrijkste is om op dat moment ook met de arts in conclaaf te gaan, moet er eventueel gestart worden met een antibiotica, wat gaan we doen met het rode gebied, wat doen we met de wonden. Ik weet niet of er een wondverpleegkundige bij betrokken was?

Irene: nee, die heeft WZH niet in dienst.

Fysio: oh, naja dan zou je altijd nog een externe wondverpleegkundige kunnen, ja die heeft toch net iets meer kennis. En zorgen inderdaad dat als ze in bed ligt, tenzij ze heel erg beweeglijk is, toch proberen om alles zo goed mogelijk vrij te houden en wissel ligging toe te passen. Dus van rug lig iedere twee/drie uur met de hielen vrij naar zij lig waarbij je 1 been helemaal volledig onbelast kan neerleggen.

Irene: en zou je daarbij ook gebruik maken van preventie kussens?

Fysio: ja, dat zijn echt fantastische middelen

Irene: ja, ik ken ze ook wel vanuit me werk. Welke disciplines zijn naast de zorg, de oedeem-fysiotherapeut en de arts nog meer betrokken bij de behandeling van het veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Fysio: ja eigenlijk voor de rest niemand, tenzij er wonden zijn dan is de wondverpleegkundige, of tenzij het oedeem gerelateerd is aan diabetes bijvoorbeeld dan is de diabetes verpleegkundige erbij maar die zijn dan niet specifiek op het oedeem zeg maar, meer op hun vakgebied bezig

Irene: ja, meer omdat er een wond aanwezig is dat zij wordt ingeschakeld maar niet echt voor de behandeling van oedeem.

Fysio: nee, eigenlijk zin we met de arts, de fysiotherapeut en de zorg is het cirkeltje wel rond.

Irene: en zijn jullie op de hoogte van elkaars taken? Weet de zorg waar die kan aankloppen met vragen over oedeem?

Fysio: in principe wel, als het goed is wel zeg maar. We hebben sowieso 1 keer in de week geloof ik artsen visite dus als er dan inderdaad oedeem geconstateerd is dan kan het op de artsen visite gezet worden en dan kan de zorg aan de arts melden van joh luister deze mevrouw heeft last van oedeem, vervolgens kijkt de arts van nou wat zijn de mogelijkheden en als 1 van de mogelijkheden zwachtelen is, dan instrueert hij de zorg om te starten met zwachtelen en dan krijg ik een bericht van nou deze

mevrouw wordt gezwachteld wil jij over, wanneer de benen slank zijn, enige periode de steunkousen aan laten meten.

Irene: oké, en dan ga jij regelen dat de steunkousen worden aangemeten?

Fysio: ja, 1 keer in de twee weken krijgen wij de orthopedische instrumenten maker op bezoek en die meet alle kousen onder andere aan bij de mensen hier.

Irene: En wordt er onderling kennis uitgewisseld tussen de betrokken disciplines? Of wissel jij wel is kennis uit met bijvoorbeeld de zorg? Of als de arts vragen heeft?

Fysio: als ze het zouden vragen ja. Nee, ja, in dat opzicht komt de zorg meer met vragen naar mij toe dan de arts alleen tijdens het MDO als we echt multidisciplinair overleg hebben dan kunnen we wel steggelen van nou wat is de beste manier om deze dame te behandelen. Het voorbeeld van de kousen klasse 1 die ik eventueel kan inzetten als iemand relatief slanke benen heeft als ie 's ochtends uit bed komt in de loop van de dag als ze vollopen die niet gezwachteld wordt, dat is dan wel vaak nieuwe informatie voor de zorg en voor de arts. Het is toch een vakgebied op zich zeg maar oedeem en een arts moet van heel veel wat weten dus die weet inderdaad zwachtelen en plas medicatie en misschien nog wat andere dingen maar heel specifiek er verder op in ja. Maar als nou echt zwachtelen niet werkt of als plas medicatie niet werkt ja dan blijft het vaak maar een beetje in het midden liggen.

Irene: ja het is natuurlijk een bijkomstigheid meestal, mensen zitten hier natuurlijk omdat ze dementie hebben en wat daar bij komt kunnen verschillende aandoeningen zijn. En je had het net over het MDO hoe vaak vind dat plaats?

Fysio: als het goed is, als ik het goed zeg 1 keer per maand en dan worden er een viertal bewoners besproken, dus eigenlijk wordt iedereen 1 keer in het halfjaar besproken.

Irene: Dus als het echt over specifiek om mensen met oedeem gaat wordt dat tijdens het MDO waar die gene, waar de cliënt waar het over gaat in besproken wordt, wordt dat dan besproken?

Fysio: onder andere, tenzij, stel dat je net MDO heb gehad een week geleden en nu pas gaat het oedeem opspelen ja dan, dan doe je dat niet in een MDO maar dan schipper je gewoon tussen de disciplines is en dan kan ik naar de arts gaan van joh deze mevrouw heeft oedeem of dan kan de zorg naar de arts gaan van joh deze mevrouw heeft oedeem en de arts gaan hier acties op uit zetten en zo krijg je ook het plaatje rond.

Irene: ja, en hoe verloopt de communicatie onderling?

Fysio: nou, de arts van de afdeling die is twee dagen per week aanwezig maandag en op vrijdag dus dat is soms wel lastig omdat hij wat lastiger te bereiken is. Ook als je hem een bericht in ISIS stuurt, dus zeg maar onze digitale zorgdossiers is het soms lastig. Waarschijnlijk omdat hij er maar twee dagen is en heel veel berichten krijgt is dat hij een beetje zwemt in de berichten dat kan ik me heel goed voorstellen. Dus als ik hem nodig heb dan loop ik liever vrijdag op een vrijdag naar hem toe dat heeft veel meer effect dan dat ik berichten stuur. En de zorg, ja in principe als ze problemen hebben bellen ze me, ze zouden me iets vaker mogen bellen, maar goed dat is een ander puntje. De zorg weet me wel goed te vinden en de arts iets minder ik denk dat de arts ook niet goed weet, we hebben drie verschillende PG-afdelingen met drie verschillende fysiotherapeuten

Irene: is het zo dat jij een afdeling hebt en de andere, of dat jij een aantal afdeling hebt en de andere fysiotherapeuten een aantal afdelingen of is het zeg maar 1 geheel?

Fysio: we hebben drie PG-afdelingen en die zijn onder verdeeld onder drie fysiotherapeuten. Dus Linda heeft het Juliana plein, ik heb het Willemina plein en Sylvia heeft het Klousplein. Dus

Irene: dus het is wel een vast fysio voor een afdeling?

Fysio: ja, het is niet inderdaad dat we wisselen, dat we gewoon met ze drieën daar zitten en we zien wel wie we behandelen. Nee, we hebben echt wel een vaste afdeling.

Irene: wat zijn de positieve punten binnen de samenwerking binnen Florence en de disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van oedeem?

Fysio: Wat ik sowieso altijd wel fijn vind is dat de zorg heel open is, ook altijd wel open staat voor feedback, verbetering. Ook als ze gewoon een vraag hebben komen ze altijd naar me toe. Dat eigenlijk. De communicatie is gewoon wel heel open en laag drempelig.

Irene: En wat zijn verbeterpunten voor de samenwerking?

Fysio: Soms heb ik het idee dat ze me, dat ze ook niet zo goed weten misschien waar ze me bij kunnen roepen en dat ze het daarom niet doen. Of dat ze het eerst graag zelf willen oplossen voordat ze er hulp bij gaan inschakelen. En misschien ook dat ze inderdaad niet altijd op tijd signaleren of dat ze wel iets zien maar dat ze niet zo goed weten wat ze er mee moeten en dat ze dan uiteindelijk misschien te laat iets mee doen bijvoorbeeld.

Irene: dat ze daar te afwachtend in zijn?

Fysio: ja, dat ze het heel graag ik denk zelf willen oplossen. Of dat het misschien de communicatie binnen het team ook niet altijd even soepel verloopt dat kan ook, dat iemand wel wat constateert maar dat vervolgens niet goed rapporteert en dat niet zijn collega's informeert van joh luister deze mevrouw heeft dit wil je er even opletten.

Irene: Ik heb nog even een vraag terugkomend op de behandeling. Wordt er ook een meting gedaan van de omvang van de benen als het oedeem wordt geconstateerd?

Fysio: De zorg doet dat niet. In principe als de fysiotherapeut betrokken is doen we dat wel, dan hebben we een bepaald formulier die we kunnen gebruiken waarbij je gewoon op bepaalde punten kan aangeven van nou he hoe dik was het been of de arm of nou goed, maar de zorg doet dat niet. Nee.

Irene: oké, dus de fysio als die er bij betrokken is dan meet die het op

Fysio: ja

Irene: en die meet dan later weer tussenmeting zeg maar om te kijken of het afgenomen is? Wordt dat dan gedaan bij de extremere of complexere gevallen?

Fysio: ja, niet zozeer bij het klassieke veneuze oedeem. Wel meer bij het lymfe oedeem of bij probleem gevallen die bijvoorbeeld dus geen kousen wil, ze wel nodig hebben maar ze uittrekken of naja om wat voor reden dan ook ga je wel kijken van nou wat gebeurt er als we ze uit laten, hoe slank zijn ze als we 's ochtends de benen komen meten en hoe slank zijn ze of hoe vol lopen ze aan het einde van de dag en vergerd dat in een periode.

Irene: om eigenlijk bij te houden of het zonder zou kunnen?

Fysio: ja

Irene: op welke manier zou een huidtherapeut volgens jou bij kunnen dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met veneus oedeem en secundair lymfoedeem binnen Florence?

Fysio: Ik denk dat sowieso qua scholing dat er een hoop gedaan kan worden omdat de huid anzieh niet zo zeer wordt meegenomen in het proces. Tenzij er een wond is. Er wordt wel geconstateerd bijvoorbeeld dat de huid droog is en dan wordt er een vette crème voorgeschreven maar ja ik weet ook niet wat de arts misschien bewust van is dat er ook andere opties zijn. Ik bedoel daarom zeg ik een scholing zou een hoop op het gebied van huid wel een hoop kunnen verhelderen en misschien tot andere interventies kunnen leiden.

Irene: en qua kennis voor de huidzorg omdat de zorg die signaleert natuurlijk, en huidzorg is op zich wel een belangrijk onderdeel van de behandeling van oedeem. Zou de huidtherapeut daar nog iets in kunnen betekenen of denk je dat dat eigenlijk wel goed zit hier?

Fysio: vind ik moeilijk om daar wat over te zeggen. Ook omdat ik zelf niet zo heel goed weet wat de huidtherapeut allemaal kan bieden in zo'n situatie. Eigenlijk alleen om die reden dat ik denk

Irene: dat de huidtherapeut nog te onbekend is?

Fysio: in ieder geval in deze setting, kijk je weet wel dat een huidtherapeut vaak bij jongere mensen wordt ingeschakeld mensen met problemen qua pigmentvlekken of dat soort dingen, dat is denk ik het gene waar je als leek een beetje bij de huidtherapeut zou, acne gevallen of couperose of nou een beetje de cosmetische kant van de huidtherapeut is denk ik bekender dan de behandeling van dit soort problemen.

Irene: dus toch nog meer bekendheid creëren.

Fysio: ja, ja, zeker als je in dit soort settings een hele goeie bijdragen kan doen denk ik niet dat veel mensen daar van op de hoogte zijn end at het plaatje van de huidtherapeut die zijn eigen praktijk heeft en die de huid anzieh behandelt dan denken we toch voornamelijk aan het gezicht en niet zo zeer aan oedeem.

Interview EVV'er Florence

Irene: vind u het goed als ik het opneem zodat ik het terug kan luisteren?

EVV'er: jawoor

Irene: Het gaat over de behandeling van oedeem het veneuze oedeem en het lymfoedeem binnen Florence en ik wil in kaart gaan brengen hoe dat hier in zijn werk gaat en hoe het wordt toegepast en hoe de samenwerking is geregeld en hoe dat verloopt en of er verbeterpunten in de behandeling en in de samenwerking zijn. Welke therapieën worden er toegepast bij veneus oedeem en wat is uw rol hierin?

EVV'er: wij observeren natuurlijk of iemand oedeem heeft dat bepraten we natuurlijk eerst met de arts, de arts geeft dan eigenlijk aan wat er gaat gebeuren of doorgestuurd naar de fysiotherapie, ambulant zwachtelen, compressietherapie. Wij hebben hier ook een dame die heeft van die elastische kousen ook voor het oedeem die had echt van die hangzakken

Irene: voor de armen?

EVV'er: ja, van die hangzakken dus dat hebben we ook en dan hebben ze zo'n ja zo'n handje eraan en dan een kous noem ik het maar. Dus dat wordt er eigenlijk toegepast je hebt natuurlijk ook plas tabletten heb je natuurlijk ook om het oedeem af te voeren.

Irene: ja, die schrijft de arts natuurlijk voor. Als de arts heeft voorgeschreven van nou begin maar met zwachtelen, door wie op deze afdeling kan dat gedaan worden?

EVV'er: ja precies. Door de niveau drie of hoger dus die ook echt gediplomeerd zijn. Niet de niveau twee, 1 die mogen dat niet. Nee want je moet echt, het zijn verpleegtechnische handelingen, die moeten gewoon afgetekend zijn op school en in de praktijk toegepast zijn mocht je dat willen uitvoeren.

Irene: en de materialen van het zwachtelen, wordt dat bepaald door de arts of wordt dat hier op de afdeling bepaald?

EVV'er: nee, of de arts of de fysio die zegt welk materiaal er gebruikt moet worden. En dat hebben we of in huis of dat moet besteld worden en dat moet de afdeling dan zelf doen maar meestal is het in huis.

Irene: zijn de verpleegkundige of de verzorgende op de hoogte door middel van een behandelplan die opgesteld wordt of wordt dat op 1 of andere manier gecommuniceerd?

EVV'er: nou wij hebben sowieso hebben wij een computerprogramma dus als wij dat zeg maar met de arts bespreken of met de fysio moeten ze dat ook in dat programma opschrijven en mondeling contact natuurlijk op de afdeling is ook wel een vereiste dus dat je het ook wel bepraat met je collega's. Maar ze moeten in principe altijd het computerprogramma lezen vooraanvang dienst.

Irene: Verloopt dat altijd goed? Of is het ook wel is dat iemand niet op de hoogte is omdat iemand niet heeft gelezen bijvoorbeeld?

EVV'er: ja, nee. Negen van de tien keer gaat het wel goed maar af en toe sluipt het er wel eens in dat het niet gelezen wordt omdat er te weinig personeel is en dat we dan gelijk eigenlijk aan de slag gaan maar goed in principe heb je zoals jij dat ook hebt een tablet die kun je meenemen naar je huiskamer en dan kan je daar op je gemak lezen dus, dus in principe moet het geen probleem zijn.

Irene: Wat is volgens u het hoofddoel van de behandeling van oedeem?

EVV'er: het vocht natuurlijk af te voeren dat is het hoofddoel volgens mij toch. en ook iemand kan ook doordat veel vocht hebben ja benauwd krijgen natuurlijk dus waardoor je ook minder conditie daardoor kan krijgen dus dat wil je natuurlijk ook dat dat beter gaat, de lichamelijke gezondheid zeg maar dat het ook verbetering

Irene: dus eigenlijk het laten afnemen van de omvang waardoor de lichamelijke gezondheid ook verbeterd wordt?

EVV'er: ja, soms heb je natuurlijk ook dat als het oedeem afneemt dat je dan ook een steunkous natuurlijk ook kan aanmeten dus dat het dan dunner is dat het dan aangepast kan worden omdat als het dan te dik is dat het dan niet kan.

Irene: hoelang zwachtelen jullie ongeveer?

EVV'er: meestal twee weken voordat het echt, maar ligt aan de hand van of het vocht wel is verdwenen dat kan je wel zeggen maar soms is het bij iemand niet binnen twee weken al weg en dan moet je gewoon door blijven zwachtelen maar goed dat is op advies van de arts.

Irene: En wordt dan als bijvoorbeeld na twee weken niet dusdanig is verminderd wordt dan de arts weer ingeschakeld of wordt er gewoon doorgedaan met zwachtelen?

EVV'er: nee wij hebben sowieso dat als je zeg maar met de arts afsprekt die mevrouw gaat die gezwachteld worden dat je dan gelijk eigenlijk met de arts afsprekt van dan gaan we het evalueren of over een week of over twee weken dus dat zet je in de agenda neer en dan wordt er eigenlijk gelijk op terug gekoppeld dat is de afspraak

Irene: En naast het zwachtelen had ik net in het interview met de arts erover dat hij ook wel is crèmes voorschrijft voor de huid omdat oedeem...

EVV'er: het wordt heel droog wij doen er vaak barrière crème op dat de huid een beetje, barrière crème dat is vettig maar laat ook een laagje achter zodat het glad blijft zeg maar, maar het wordt wel heel droog hoor door dat zwachtels dat klopt. En dan gaat het jeuken en dan maken ze de benen weer kapot dus dat is niet echt de bedoeling

Irene: en letten jullie dan ook nog extra op het voorkomen van wondjes op de afdeling?

EVV'er: ja, sowieso wil je wondjes voorkomen

Irene: ja, in het algemeen, niet alleen bij mensen met oedeem maar sowieso willen jullie dat voorkomen?

EVV'er: ja tuurlijk, maar het lukt niet altijd. Maar we willen het wel voorkomen ja dus we smeren de mensen wel vaak de benen, de armen en zo in gewoon met een vette crème.

Irene: en qua wassen? Gebruiken jullie daar een soort zeep voor?

EVV'er: dat is verschillend per bewoner want dat is gewoon wat de bewoner prettig vindt en wat de eerste contact persoon ook ja koopt voor de bewoner. Kijk het gezicht was ik liever niet met zeep en de onderkant ook niet. Dus de ene die heeft een douche crème en de ander die heeft een zeepje dus dat is heel verschillend

Irene: want worden de mensen hier vaak gedoucht of worden ze ook wel gewassen?

EVV'er: minimaal 1 keer in de week gaan alle bewoners onder de douche en mocht iemand het prettiger vinden om een paar keer per week onder de douche te willen mag dat.

Irene: en het wassen wordt dan gedaan met...

EVV'er: met twee waskommen en een washand

Irene: zijn dat van die washandjoy washandjes?

EVV'er: nee het zijn gewoon normale washandjes of het moet op advies van de ergo zijn dat iemand zo'n droog washandje wat je in de magnetron op moet warmen, maar dat zijn misschien 1 maximaal twee bewoners op een afdeling.

Irene: Dus eigenlijk ligt het er dus aan wat de familie koopt voor bijvoorbeeld zijn/haar moeder

EVV'er: ja, of iemand moet bewijs van spreken heel veel roos of zo hebben dan hebben ze vaak ook speciale maar die zijn voorgeschreven door de arts.

Irene: Worden er verder nog preventieve maatregelen genomen als iemand oedeem heeft en immobiliteit heeft?

EVV'er: nou wat wij vaak doen als iemand dat je zit dat iemand vocht vasthoudt dat we 's avonds als de bewoners naar bed gaan dat we het einde van het bed omhoog doen, dus dat het ook af kan vloeien of een kussen eronder, zwachtelen en ja lopen.

Irene: Als iemand gezwachteld wordt met korte rek zwachtels en die is dus mobiel wordt er dan meer gelopen met de cliënt over de afdeling?

EVV'er: ja dat ligt gewoon aan de hand van ja van de dag he wij zijn we beginnen met vier collega's maar vaak staan we ook met uitzendkrachten dus die zijn om twaalf uur, 1 uur weg. We proberen het altijd wel maar we doen wel altijd 's ochtends als de bewoners uit bed komen dat ze zeg maar met de rollator naar de huiskamer lopen en 's middags dat is de toilet ronden dat je ja de korte stukjes, dat stimuleren we en sommige bewoners hebben natuurlijk ook dat ze naar de fysio hebben dus dan gaan ze ook met de fysio mee.

Irene: Hoe wordt er mee omgegaan als iemand bijvoorbeeld de zwachtels afdoet? Iemand is net gezwachteld en na een half uurtje zit iemand er al een beetje aan en op een gegeven moment haalt hij/zij ze los

EVV'er: naja dit is een PG-afdeling dus de mensen snappen het soms echt niet. Dus je moet ook even kijken hoever iemand in zijn dementie is en of ze het wel of niet snappen want dan heeft het ook geen zin om iemand aan te spreken. Als het bij iemand vaker voorkomt dat ze de zwachtels afdoen dus dat het ook geen nut heeft dat ze omzitten wordt dat met de arts besproken dan wordt het ook geaccepteerd dat de gene die de zwachtels afdoet maar er wordt wel door de arts gekeken van kunnen we nog iets anders inzetten. Daar wordt wel naar gekeken

Irene: en binnen de afdeling worden er dan ook verschillende benaderingswijze toegepast of geprobeerd om te kijken van nou misschien op deze manier gaat het wel lukken?

EVV'er: ja dat doen wij wel bij sommige bewoners hebben we al aparte benaderingswijze omdat die gewoon anders moeten worden benaderd

Irene: Wordt er ook kennis uitgewisseld tussen de zorg en bijvoorbeeld de fysiotherapeut? Bijvoorbeeld dat de fysiotherapeut hier komt uitleggen over bijvoorbeeld het zwachtelen of de kousen?

EVV'er: nou wij hebben wel is gevraagd of ze bij ons op de afdeling wilde komen om aan sommige collega's te laten zien van joh hoe zwachtel je goed weetje wel en dat doen hun dan ook wel hoor als je het vraagt dan zijn ze er wel toe bereid.

Irene: is er nog de mogelijkheid om binnen een overleg bepaalde problemen te bespreken waarbij iemand ook tips kan geven?

EVV'er: ja dat doen wij soms ook wel is wij hebben 1 keer per maand werkoverleg en als dat dan nodig is dan nodigen we gewoon iemand uit om dan tijdens dat werkoverleg aan te schuiven en dan zijn ding te zeggen eigenlijk

Irene: want het werkoverleg is dan echt op deze afdeling, met de verzorgende van deze afdeling?

EVV'er: ja dus alle niveau bij elkaar en daar bespreek je eigenlijk wat afgelopen maand is gebeurd of wat er binnen de organisatie veranderd dat wordt dan echt in het werkoverleg besproken of als je collega wat te melden heeft dan wordt dat daar besproken

Irene: Hoe verloopt de communicatie onderling op de afdeling?

EVV'er: ik vind wel dat dat voor 90% goed gaat ja. Maar wij durven elkaar ook wel aan te spreken in goede of in slechte zin.

Irene: dus jullie staan wel open voor feedback?

EVV'er: ja absoluut.

Irene: dus dat is een positief punt eigenlijk. Wat zou een verbeterpunt kunnen zijn?

EVV'er: Ik denk dat een verbeterpunt zou kunnen zijn dat vanuit de fysio misschien nog meer informatie op de afdeling zou komen over het oedeem. Dat zou ik een verbeterpunt, wij moeten eigenlijk altijd zelf vragen van wil je komen of dit. Maar ik zou het fijn vinden als hun een soort van klinische les zouden geven daarover. Zodat het signaleren ook makkelijker is voor andere collega's of je nou niveau twee of drie bent

Irene: De huidtherapeut behandelt ook patiënten met oedeem meestal in een huidtherapeutische praktijk...

EVV'er: wij hebben hier niet echt huidtherapeuten wondverpleegkundige hebben we dan wel maar gene huidtherapeuten dus daar wordt denk ik niet zoveel meegedaan hier

Irene: nee klopt. Maar de huidtherapeut behandelt oedeem door middel van een massage techniek, zwachtelen en het aanmeten van kousen. Dat wordt hier natuurlijk ook gedaan, de massage techniek wordt minder vaak toegepast dan bijvoorbeeld het zwachtelen en het aanmeten van de kousen maar daarnaast is het ook is het ook een belangrijk onderdeel van de behandeling het geven van voorlichting en advies over huidzorg om infecties te voorkomen want mensen met oedeem hebben een verhoogd risico op het ontstaan van infecties ook omdat er verschillende huid afwijkingen kunnen ontstaan zoals de extreme droogte en een verhoogd risico op het ontstaan van wondjes. Nou dit geven wij meestal aan de patiënt dus dan geven we daar voorlichting en advies over denkt u dat de huidtherapeut een rol zou kunnen spelen bij het voorlichten en het geven van advies alleen dan in plaats van hier aan de cliënten aan de zorg?

EVV'er: bij de zorg zou dat denk ik wel van toepassing kunnen zijn natuurlijk want dan heb je natuurlijk ook bepaalde technieken wat je bij de bewoners zou kunnen doen natuurlijk. Maar niet bij de bewoner.

Irene: nee dat begrijp ik, ik ben op de hoogte van het ziekte beeld

EVV'er: ja dat denk ik wel

Irene: echt voor het geven van advies voor de huid zorg of

EVV'er: over het advies over de huid zorg, hoe je de wondjes kan voorkomen door de oedeem hoe je daar mee omgaat, de massage techniek ik denk dat dat wel maar moet het wel goed gegeven worden wil je het ook goed kunnen uitvoeren natuurlijk dat is natuurlijk wel heel belangrijk. Dan moet je je denk ik wel afvragen van moet je dan het hele team laten doen of echt die gediplomeerd is. Ik denk dat je daar wel een onderscheid in moet maken.

Irene: zijn er verder nog verbeterpunten voor de zorg voor mensen met oedeem binnen de PG-afdeling

EVV'er: er zal altijd wel een verbeterpunt zijn denk ik het zou nooit helemaal optimaal zijn. Maar dat is denk ik ook wat ik net heb aangegeven een klinische les van de fysiotherapeut en wat jij ook al aangeeft de huidtherapie ik denk dat je daar al een heel ent mee kunt maar het is ook meer je moet meer achtergrond informatie over de achtergrond weten.

Irene: het is hier op de afdeling komen natuurlijk heel veel verschillende ziekte beelden en symptomen voor dus het is ook wel lastig het is heel breed

EVV'er: het is heel breed en ja hoe meer je naar school gaat hoe meer je eigenlijk weet he dus of je nou niveau twee bent drie of vier je leert wel steeds meer en dieper ga je op de stof in ga je in op het ziektebeeld dan snap je er ook veel meer van dus daar dat zie je wel.

Irene: wat zou een belangrijke vaardigheid zijn die een huidtherapeut zou moeten bezitten stel die zou iets gaan doen binnen de psychogeriatric?

EVV'er: ja nou vaak moet je kijken naar de bewoner en benaderingsadvies he hoe je iemand benaderd dus je moet iemand wel altijd zorgen dat je de bewoners rustig gewoon end e mensen houden ook wel van een geintje dus je moet goed kijken naar de bewoner zelf en rustig blijven.

Irene: Is het ook belangrijk dat de huidtherapeut ook kennis heeft over het ziektebeeld?

EVV'er: ik denk soms is het wel belangrijk want de ene bewoner is de andere bewoner niet en de ene kan soms ook wel is agressief reageren of heel onrustig zodat je wel meer achtergrond moet hebben van hoe moet ik die bewoner benaderen. Want anders begin je al fout en dan eindigt het helemaal fout. Het is complex PG

Interview specialist ouderengeneeskunde WZH

Irene: Ik zou graag willen vragen om toestemming te krijgen om het interview op te nemen, zodat ik het terug kan luisteren en dan kan ik het verwerken.

Arts: Ja dat is goed.

Irene: oké

Irene: het doel van het interview is een compleet krijgen over de behandeling van lymfoedeem en veneus oedeem binnen de zorgorganisatie WZH en uiteindelijk ga ik een advies schrijven vanuit het huidtherapeutisch oogpunt, voor kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met dementie met veneus oedeem of lymfoedeem. En daar ga ik deze informatie ook in verwerken in een deelvraag. En dit onderzoek doe ik in opdracht van het lectoraat psychogeriatric van de HHS. Het zal ongeveer maximaal 30 minuten duren.

Er zijn verschillende onderdelen, als eerst de behandeling van veneus oedeem en lymfoedeem en dan de samenwerking en verbeterpunten die er mogelijk zouden kunnen zijn.

Irene: Wat ik als eerst graag zou willen weten is hoe de behandeling van oedeem eruit ziet binnen WZH, en dan heb ik het over veneus oedeem.

Arts: ja, dat is afhankelijk wat is de oorzaak van het oedeem he, is het lokaal of is het de organen, is het oedeem kan bijvoorbeeld, de meest voorkomende is bij de hartfalen. Dan komt het niet vanuit lokaal maar toch vanuit het hart. En wat ik zie is ook nierfalen, nierfalen komt niet zoveel voor in het algemeen hartfalen dat is de meeste oorzaak. En natuurlijk immobiliteit, veel mensen lopen minder dus dat is ja. Veneus insufficiëntie zie ik niet zo vaak. Spatader bedoel je dan, dat kan ook een oorzaak zijn. Maar ook medicatie is ook een oorzaak. Is het lokaal bijvoorbeeld veneuze insufficiëntie of iets anders type veneuze trombose bijvoorbeeld geeft ook oedeem of is het medicatie die zeg maar op lokale niveau werkt zoals nutraat die geeft ook veneuze dilatatie, als bijwerking krijg je oedeem aan de benen maar ook calcium antagonist die geeft ook, mensen met COPD geeft ook petnicolon die geeft ook kan lokaal vanuit lokaal zijn maar ook door de medicijnen of door de hartfalen of nierfalen met name wat ik zelf zie heel vaak hartfalen.

Irene: en wordt dat door u gesignaleerd of wordt het door de zorg gesignaleerd?

Arts: dat wordt altijd door de zorg gesignaleerd naar mij toe en dan kijken wat is de oorzaak en dan nou goed als ie bijvoorbeeld hartfalen heeft ga ik eventjes meer plasmedicijnen geven en dan ook zorgen dat iemand niet zoveel vocht krijgt, vochtbeperking. Onderzoek natuurlijk BMP bijvoorbeeld bepalen of die hoog is aan de hand van BMP en ook kijken en dan gaan ze zwachtelen en tussendoor vragen ze fysiotherapeut voor steunkous dus dan wordt ook fysiotherapeut ingeschakeld om steunkousen te regelen.

Irene: dus u start het zwachtelen, of u zorgt dat de zorg start met zwachtelen..

Arts: ja ik kijk wat is de oorzaak en de oorzaak als ik kan behandelen, dus dat wordt door de zorg gesignaleerd want ik kom altijd als zij een vraag hebben en in principe sowieso met oedeem ik wil gewoon dat fysiotherapeut er naar komt kijken.

Irene: dus altijd bij oedeem komt de fysiotherapeut kijken?

Arts: ja de fysiotherapeut komt altijd in beeld ja

Irene: oké, en de zorg zwachtelt dan en schrijft u de materialen voor het zwachtelen?

Arts: nee, nee, dat wordt altijd door de zorg gedaan.

Irene: oke, dat regelt de zorg

Irene: stelt u een behandelplan op voor mensen met veneus oedeem? Als er bijvoorbeeld gezwachteld moet worden? Of is het meer een opdracht die u geeft

Arts: ik geef de opdracht en dan wordt ook de fysiotherapeut ingeschakeld natuurlijk ik begin met behandeling he over de oorzaak dan en dan. Ik kijk eventjes na een paar weken verder, heeft het

geholpen of heeft het niet geholpen, ja dus op deze manier. Maar in principe ik heb 1 keer per week visite als er geen verbetering is komen ze ook met een vraag wat moeten wij doen.

Irene: ja

Arts: als het dus wekelijks wordt een beetje geëvalueerd maar niet expliciet, pas als er vraag is.

Irene: ja. En bij de behandeling van veneus oedeem ziet u dan vaak dat het in combinatie met wonden gaat

Arts: uhm, jaa als het zeg maar zo blijft he en dan niks doet gaan ook wonden. En dan sowieso de doorbloeding wordt ook slechter door die oedeem dus dan ja dus eigenlijk zo snel mogelijk moet behandeling krijgen, wat is de oorzaak, wat ga je doen en ja anders krijgt met gewoon als je naar onze populatie kijkt ze zijn allemaal immobiel dus ze kunnen gauw wonden krijgen. Maar ik denk ik denk ik heb nog niet gezien dat iemand niet op tijd behandeld is dat ie krijgt maar sommige krijgen sowieso sommige zijn bekend ze kunnen niks aan doen maar dat is een ander verhaal

Irene: ja inderdaad, dus als ik het goed begrijp schakelt de zorg u in als ze oedeem hebben gesignaleerd, dan kijkt u wat de oorzaak is en dan start u met het voorschrijven van medicijnen en als het nodig is vochtbeperking. En dan zorgt u dat de zorg gaat starten met het zwachtelen en dan schakelt u de fysiotherapeut in, die gaat regelen dat er steunkousen worden aangemeten en als er problemen zijn dan bent u wekelijks op de afdeling en dan kan er naar gevraagd worden.

Arts: ja

Irene: En bij secundair lymfoedeem als iemand..

Arts: Ja ik heb een keertje fysio gevraagd iemand met CVA kunnen ze ook lymfoedeem krijgen dan gaat zij ook draineren dus ik heb de fysiotherapeut gevraagd zij heeft een speciale soort

Irene: ja dat is een massage techniek die de huidtherapeut ook toepast bij mensen met oedeem

Arts: ja dat doet fysio volgens mij zij heeft een soort cursus gevolgd of zo en ik moet zeggen met goeie effecten bij 1 patiënt heeft zij wel toegepast bij mijn patiënt ja zeker met goeie effect ja

Irene: Bij lymfoedeem kan dus de massagetechniek als extra toegepast worden, wordt dit vaak gedaan?

Arts: ja dat was alleen maar eentje. Ik heb alleen maar 1 patiënt en die had fysio goed aangepakt met goede resultaten.

Irene: gaat het hetzelfde als bij veneus oedeem? Dat u kijkt wat is de oorzaak

Arts: ja zeker, ja kijk het kan ook een combinatie zijn he. Dus ik kijk altijd zelf en in dat geval heb ik nog ingeschakeld voor drainage inderdaad.

Irene: Denkt u dat, of wordt er gebruikt gemaakt van beweging? Dus dat iemand extra gaat bewegen of dat ze naar de fysio gaan om te bewegen of wordt dat niet toegepast? Of ligt het eraan hoe mobiel iemand is?

Arts: ja, hoe mobiel is. Nogmaals ik schakel altijd fysiotherapeut en kijk gewoon even

Irene: en die beoordeeld..

Arts: die beoordeeld ja is het nodig in principe je mag twee keer per week fysio krijgen als dat nodig zou zijn dus dan is zo geregeld.

Irene: dus het is niet zo dat u daar een behandelplan voor op stelt?

Arts: nee, dat ik laat gewoon aan expert in dit geval fysiotherapeut gewoon goed en bepalen zij moet iemand dat krijgen of niet. Maar soms maken we wel uitzondering vijf keer per week krijg maar in principe twee keer per week.

Irene: wordt er gebruik gemaakt van richtlijnen voor de behandeling van oedeem binnen WZH?

Arts: dat is heel breed he, dus je moet ook breed kijken. wat is de oorzaak. Want je hebt ook aan de hand van hartfalen dan heb je daar een richtlijn wat moet je doen, dus dat is heel breed.

Irene: Ik had het eigenlijk specifiek over de richtlijn van lymfoedeem of richtlijn veneuze pathologie, zwachtelrichtlijnen.

Arts: als het goed is zwachtelen hebben wij wel, de verpleegkundige kijkt daar, ja. Ja wij hebben wel protocollen denk ik.

Irene: maar u maakt daar zelf geen gebruik van?

Arts: nee, nee, nee ik kijk wat is de oorzaak en aan de hand van die en kijk ik naar die richtlijn he. Zo is het nierfalen, is het hartfalen is het CVI wat is het en aan de hand van deze situatie bepaal ik welke richtlijn echt exact je moet gewoon kijken wat is de oorzaak.

Irene: ja, oké. Ik had wat casussen opgesteld om een beeld te geven van problemen die lymfoedeem en veneus oedeem gerelateerd zijn.

De 81-jarige Mevrouw, met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad waardoor pennen geplaatst zijn. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris. De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel-absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwning van oedeem aan het rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Welk beleid wordt er gehanteerd en welke (zorg)disciplines zou u betrekken in het behandelplan?

Arts: Nou goed, zij is bekend met decompensatio cordis dus in principe daar moet je ook kijken hoe hart he hoe de functie van het hart is. Ik wil altijd gewoon even kijken als het niet mijn patiënt is wil ik heel simpel BMP bepalen, een soort test bloedonderzoek voor de slechte hartfunctie, maakt de hart zelf de BMP, die is een soort natuurlijk diuretica die heeft invloed op de nieren. En zo'n natuurlijke diuretica en als iemand qua hartfalen zeg maar onstabiel is en dan gaat ie stijgen. Ja dus 100 is normaal, als het 3000 is heeft iemand 15 liter extra vocht, zo moet je het zien. Als het 500 is een paar liter, maar aan de hand BMP kan ik, dat geeft ik kijk sowieso eerst moet je zelf onderzoeken is het pitting-oedeem beide kant en daarna even naar hart luisteren wat is de oorzaak van de hartfalen en de decompensatio cordis, is het klep is het vat en dan ook bloedonderzoek doen en even kijken is het goed ingesteld, krijg iemand plasmedicijnen krijgt niet en zo ook aan de medicijnen is het ritmestoornis, krijgt ie adequate behandeling en tegelijk labonderzoek doen BMP, want dat is ook bepalend vochtbeperking, moet iemand vochtbeperking, zoutbeperking hebben of niet. Is sowieso hoe iemand mobiel is, is het immobiel of is het mobiel gezien de feit dat iemand toch geopereerd is, is het een recente operatie? Hoelang is de operatie?

Irene: dat heb ik hier niet genoteerd, maar het is wel recent. De pennen waren verwijderd waardoor waarschijnlijk de ulcus cruris is ontstaan...

Arts: Wat heel belangrijk is dat er diepe trombose komt he als iemand geopereerd is en dan binnen vier weken zeker moet bloedverdunner krijgen 1 keer per dag. Diepe trombose uitsluiten. Als het goed is heeft iemand gehad of niet dan moet je ook daar kijken. Dus als dat allemaal verder even kijken naar de wondbehandeling echt een vieze wond he en je krijgt alleen maar mepitel.

Irene: ja ruikend en nattend

Arts: kan nog iets bij krijgen want als het echt ruikend is toch infectie en dan alleen mepitel is dan niet voldoende en zo moet ik ook goed behandelen dus alginaat, mepilex, AG. Aan de hand van de wondbehandeling aangepast worden. Dus verder kijken of moet gezwachteld worden zeker he, dus als te dik zijn voor doorbloeding is slecht en maar ook kijken is het hoe is het arterieel, is het arterieel in orde, als het goed is wel.

Irene: dus u gaat onderzoek dan naar wat is de oorzaak, dan zou u de wondbehandeling aanpassen AG zou u dan toevoegen, in plaats van alleen mepitel.

Arts: ik zou zeker eventjes, ik zou sowieso even goed kijken wat is de oorzaak van die compensatio cordis, is het nog goed is het niet goed. Als het oké is dan kom ik bij de wondbehandeling. Sowieso die tegelijkertijd, de wondbehandeling goeie wondbehandeling krijgen en dan even kijken is het nodig gezwachteld worden en dat is al bekend bij zwachtelen dat doorbloeding wordt ook beter en dan voor de wondgenezing is zeker goed en dan gezien de ulcus en zo dat kan bij de operatie zeg mar kan ook toch even kijken of de vaten goed zijn met name de aderen dan niet slagader is ook heel simpelatistisch om te kijken is het je kan ook gewoon zien is het spatader of niet. Even gewoon lokaal onderzoekje en sowieso zwachtelen, ik zou gewoon even zwachtelen en ook toch fysio inschakelen voor de lange termijn moet iemand toch, iemand is bekend met die compensatio dus moet steunkous. Heeft iemand steunkous gehad of niet?

Irene: nee, nee

Arts: dat is dus dat dus steunkous moet krijgen, fysio bepaald verder.

Irene: dus u zou samenwerken met de fysio en het zwachtelen wordt dan weer gedaan door de zorg?

Arts: verpleging. Verpleegkundige doet altijd, ja

Irene: en zou u hier een wondverpleegkundige bij betrekken? Of is dat niet nodig?

Arts: Ik moet zeggen ik heb in een andere organisatie gewerkt, daar hadden wij wondverpleegkundige. Dus die deed alle wonden die zeg maar zware. Wij hebben geen wondverpleegkundige in WZH, in de toekomst ik denk het komt, maar dan moet ik zelf kijken

Irene: oké, dus ik beoordeel zelf en stelt daar ook een behandelplan voor op?

Arts: ja, dus vandaar en bij verslechtering, stel ondanks mijn behandeling zie ik toch dat het door de wond poli gezien wordt dat doe ik altijd, ja bij dementie probeer ik zelf is afhankelijk in welke stadium van dementie zit, beginnende is het gewoon matig of gevorderde, afhankelijk van de situatie maar als iemand coöperatief is dus de wond poli is altijd he. Ik ga niet lang wachten tot iemand geamputeerd wordt of zo.

Irene: Oké, dan gaan we naar de volgende casus

De 94-jarige Mevrouw, heeft lymfoedeem in de linkerarm ten gevolge van borstkanker. Zij heeft een borst besparende operatie en bestraling ondergaan. Mevrouw heeft een hoge co morbiditeit; Naast dementieel syndroom, mogelijk type alzheimer, heeft zij uraemie. Bovendien heeft zij decompensatio cordis, haar linker ventrikel slechts voor 28%, en hierdoor heeft mevrouw een vochtbeperking van 1500 ml per dag, en gebruikt zij diuretica.

In april 2014 is mevrouw gevallen op haar linkerschouder, waardoor een toename van het oedeem is ontstaan. Na de val ervaart mevrouw een zwaar en moe gevoel. Het dikker worden van de arm zorgt ervoor dat mevrouw geen passende kleding kan dragen. Deze factoren samen beïnvloeden haar stemming. Tijdens het onderzoek en palpatie is een forse schouderbeperking merkbaar en verharding van de linker onderarm.

Welk beleid wordt er gehanteerd en welke (zorg)disciplines zou u hierbij betrekken in het behandelplan

Arts: gezien het slechte hart dan ga ik ook daar maar, mijn ervaring is dus begin altijd van onder als iemand hartfalen heeft, in dit geval is het schouder is meer met de echt lymfoedeem, ik schakel gewoon iemand in zoals die toch ervaring heeft en verder bepaald zij of lymfe gedraineerd worden. In de plaats voor de pijn gewoon pijnstillers maar dat is niet echt de bedoeling. Ik zou gewoon echt fysiotherapeut maar niet elke fysiotherapeut doet dat he. Misschien moet in de toekomst wel bij ons ook een huidtherapeut komen, toch?

Irene: Ja, misschien

Arts: Maar nogmaals, ik kijk toch naar de hartfalen is het alles in orde, hartfunctie was 28 % dus dat valt mee, dat is sowieso slecht he, dus boven de 60 is altijd goed in dit geval was 28. Ja goed als het 15 was of zo dan was het nog slechter, kortom kijk ik eventjes maar zo te zien heeft het toch met de lymfoedeem te maken, ik zou niet zolang wachten en ik zou echt fysiotherapeut die kan drainage doen of huidtherapeut denk ik.

Irene: zou u de vochtbeperking van 1500 ml per dag aanhouden en de diuretica ook?

Arts: Ja zeker, als ik zie die BMP weer hoog is, dan ga ik gewoon meer diuretica gegeven, dus dat is zeker. Ik kijk hoe is het met hartfalen is het stabiel, want de compensatio is niet correct, iedereen schijft een beetje, arts schrijft ook, hartfalen als het stabiel is is het hartfalen, als het onstabiel is heeft iemand heel veel vocht, dan is gecompenseerd. Compensatio cordis de complicatie van hartfalen. Maar zelf internisten schrijven het ook.

Dus daar moet jij je niks van aantrekken.

Irene: Oh oké. Mevrouw heeft een hoge co morbiditeit, wat is belangrijk om rekening mee te houden bij co morbiditeit en Multi morbiditeit bij de behandeling van oedeem?

Arts: ja, ik denk als arts moet je goed kijken hoe moet ik diuretica he, als je teveel diuretica geeft en iemand is met uraemie bekend, dat betekend nierfunctie is heel slecht, dat is uraemie toch?

Irene: ja dat klopt

Arts: kan ook veel last van de jeuk hebben, uraemie geeft ook veel, zoals veel mensen hebben last van de jeuk, heel veel jeuk gewoon. En dan ik moet gewoon kijken hoe de nierfalen is, hoe slecht is de nieren. Dus daar moet ik even kijken en ja, bij de hartfalen, begin gewoon vocht van extremiteit, onderste extremiteit maar bij de nierfalen begin ook boven met de handen. Ik denk zeker moet, ja moet rekening gehouden worden. Voor jullie denk ik niet, jullie zijn maar lokaal bezig. Ik moet zelf als arts, kan nog

Irene: ja, maar de disciplines starten natuurlijk nadat u het onderzoek heeft gedaan

Arts: dat maakt niet uit, ik wil alleen maar zeggen, dat iemand last van de jeuk kan hebben. Ja, maar goed, dan moet ik ook behandeling starten en iets zelf bijvoorbeeld he, die een beetje onderdruk, of een beetje medicijn tablet. Maar goed ik denk voor jullie, nee, jullie kunnen lekker gewoon aan de slag.

Irene: Ja had het net over zelf, bij jeuk en zo. Bij oedeem komen ook verschillende huidafwijkingen, voordroging van de huid bijvoorbeeld komt veel voor. Schrijft u daar bepaalde crèmes voor of..

Arts: ja, gewone crème beetje, lanette crème of vaseline dat soort dingen als echt droge huid hebben dan, mensen die op leeftijd zijn zie je ze zijn gewoon droog huid. Naja goed dan moet je wel rekening houden met de tijdtoestand, als iemand steunkous krijgt dan moet niet s' morgens dan moet s 'avonds. Ja, dus goed, als droge huid is behandel ik droge huid, als eczeem is behandel ik eczeem weer wat is de oorzaak.

Irene: Dan zou ik graag wat meer willen weten over de samenwerking. We hadden het net al eventjes over de betrokkenheid van de disciplines. Dus de verzorging, de fysiotherapeut, de arts en welke disciplines zijn nog meer betrokken die nu nog niet genoemd zijn?

Arts: voor de oedeem?

Irene: ja

Arts: Nou goed, soms door de oedeem kan iemand doorlig he, decubitus krijgen. Dan schakel ik ook ergotherapeut in, die moet even goed kijken naar hoe iemand ligt, is het matras goed is, of goeie rolstoel is. Ergotherapeut is ook. En als het niet over wond gaat ten gevolg van oedeem schakel ik ook diëtist. Want oedeem, een oorzaak van oedeem kan ook bijvoorbeeld lage proteïnen zijn he, dus kijk daarom, maar ook voor wondgenezing is extra proteïne. Dus komt ook altijd diëtist in beeld.

Irene: dus de verzorging, de fysio de arts, de ergotherapeut en de diëtiste

Arts: De psycholoog niet, dat is gewoon, maar goed, die zijn zeg maar, iedereen bij betrokken.

Irene: ja. En de arts is de hoofdverantwoordelijke van de behandeling?

Arts: ja

Irene: en hoe is de communicatie tussen de disciplines? Is daar een overleg voor?

Arts: ja, nou goed, wij hebben twee keer per week MDO he. Nu twee keer per week, algemeen1 keer per week, maar wij zien elkaar gewoon regelmatig. Altijd overleg, als er iets is, dan eventjes kort overdragen en sowieso iedereen is op de hoogte. Ik stuur altijd verwijfsbrief naar fysiotherapeut, iemand heeft oedeem moet steunkous krijgen, of lymfoedeem, moet gedraineerd worden. Dus op deze manier. Dus ik ben de hoofd en dan ga ik kijken, maar goed wij zien elkaar sowieso. Ik ben zeg maar hoofd maar gewoon alles, ja je moet gewoon samenwerken, ook qua samenwerken gaat sowieso gewoon goed. Lage drempel, zij kunnen ook bellen, zo simpel is dat, dat soort dingen. Wij werken samen dus dat is gewoon team werk, echt team werk.

Irene: Oké, en wordt er binnen het team ook kennis uitgewisseld tussen de verschillende disciplines?

Arts: Ik weet niet of andere collega's van mij doen, als ik bij iemand ben leg ik sowieso aan de patiënt wat ie heeft en ook aan verpleegkundige. En fysiotherapeut weet, daar hoef ik geen uitleg geven. Als die nodige vind he, ik leg wel uit wat iemand heeft dus, de oorzaak en zo.

Irene: als iemand er dan naar vraagt.

Arts: In principe fysiotherapeut weet. Dus de kennis hebben zij dat niet nodig, maar goed, voor verpleging, patiënt leg ik altijd he, wat iemand heeft. Wat gaan wij doen en waarom gaan wij doen. En aan verpleging wil ik altijd meer, niet alleen over de lymfe, alles. Want zij altijd dicht bij de patiënt, als nodig zou zijn, als zij weten kunnen zij ook doen. Dan kunnen zij ook goed signaleren.

Irene: Ja, want dat is eigenlijk wel een belangrijke rol die zij eigenlijk vervullen. Denkt u dat daar op het gebied van signaleren van oedeem of lymfoedeem en de bandeling daarvan, dat daar verbeterpunten in zouden kunnen zijn, om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?

Arts: ja, sowieso met nascholing komen, ik dat is niet gek he. Over de huidtherapeut, ik wist niet als arts wat huidtherapeut is. Maar goed dermatoloog behandelen we ook veel, over de oorzaak weet ik wel veel. Ik denk nascholing is niet gek, maar ja hoe vaak moet je dat doen, weet je hoe moet je dat doen. Dat is toch op tijd gesignaleerd dat iemand nog geen wond krijgt. Dus is wisselend, van welk verpleeghuis. Mijn ervaring is echt afhankelijk welk verpleeghuis is.

Irene: en in dit verpleeghuis?

Arts: kijk ik had vroeg 1 afdeling, dus deze afdeling, dat is 30 patiënten de rest was allemaal verzorgingshuis. Deze afdeling is gewoon een top afdeling, waarom is top, dat is niet zo dat ik iets gedaan heb, maar zij doen gewoon alles, bijvoorbeeld, zij meten de bloeddruk op tijd en zoals afspraak, ik hoef niet vragen het wordt echt gewoon keurig gedaan. Of iemand moet gewogen worden he, bij gewichtsverlies, of iemand heel veel aangekomen dan kun je ook achter komen, is het oedeem, bij vier kilo extra, of komt het echt door het eten. En dan zij signaleren wel heel goed en sommige locaties wat minder. Dus dat is niet zo dat ik hier werk nogmaals, volgens mij dat is gewoon de mentaliteit hier.

Irene: en que behandeling? De uitvoering van de behandeling? Bijvoorbeeld het zwachtelen?

Arts: doen zij ook goed

Irene: en de huidzorg?

Arts: Ja, zij signaleren. Zelfs als zij bijvoorbeeld iets niet begrijpen, signaleren, weetje, zij zijn heel alert zeg maar. Als het niet goed gaat, gewoonlijk ik zit hier natuurlijk he komen ze vragen. En dan ja, zij proberen altijd goed zorgen en niet alleen maar op het gebied van oedeem maar ook over alles.

Irene: ja, het is natuurlijk een complex ziektebeeld met veel bijverschijnselen.

Arts: ja, hoe is het met stemming, hoe is het met gedrag, hoe is die man, waarom is die man opeens ziek. Dus zij signaleren zeg maar echt. Ja ik moet zeggen op tijd, vandaar mensen gingen niet dood helemaal. Het duurde langer, langer, langer.

Irene: dus u heeft geen verbeterpunten qua behandeling van lymfoedeem of veneus oedeem?

Arts: Ik denk er moet wel, nascholing is niet gek om met name op, dat men voor de verzorgende. Dus misschien kunnen zij nascholing krijgen over oedeem he. Want kijk als jij simpel een beginnetje zoekt en dan nou, dan krijg je zeg maar wonden, dus ja, voorkomen is beter dan genezen. Ik denk nascholing is niet gek, ik denk niet teveel maar misschien 1 keer per jaar, of 1 keer per twee jaar zou ook voldoende zijn. En op een gegeven moment weten zij dat, dat hoeft niet. Maar ik denk niet dat zij dat krijgen, dat weet ik niet. Misschien verpleegkundige, dat wel dat weet ik niet.

Irene: Ja, ik ga ook nog een interview doen met de verzorgende, dus dan kan ik dat natuurlijk vragen.

Arts: ik weet het niet, misschien krijgen zij wel. Kijk voor zwachtelen en zo bestaat wel protocol he, dat zeker, maar krijgen zij dat nascholing, dat weet ik niet.

Irene: zijn er verbeterpunten met betrekking tot de benaderingswijze van de bewoner? Dementie is natuurlijk best wel een complex ziekte beeld en als iemand bijvoorbeeld niet gezwachteld wilt worden, hoe wordt daar mee omgegaan? Zou u daar nog verbetering in kunnen..

Arts: Dat wordt moeilijk eerlijk gezegd, zij willen niet, soms niet meer gezwachteld worden. Of zijn willen geen steunkousen of niet. En ja, wat moet je dan doen? Ik zeg altijd, als iemand het niet wilt dan moet je even accepteren en daarna nog een keertje proberen en dat lukt het wel. Want weetje, het is afhankelijk hoe je iemand benaderd, ik vraag toch ergotherapeut voor de ADL, zij kan beetje mooi advies geven. En als nodig zou zijn psycholoog. Die kijkt met andere bril, geeft, nou doe maar gewoon zo, beetje rustig. Iedereen heeft zijn eigen manier, en ik denk als dat bij iedereen is, iedereen moeite heeft dan is het duidelijk. Als het alleen maar bij 1 het geval is of bij twee, dan moet je gewoon daar zoeken. Zeker moet, ja dat zoek ik wel eventjes uit en dan ja, dan geef psycholoog advies, ergotherapeut geeft ook goeie adviezen hoor. Voor de ADL, even los van doe oedeem, iemand wilt niet meer gedoucht worden, die sloeg kei hard, de boosdoener was dat spiegel, hij kon voor de spiegel kon hij niet meer. Heeft de ergotherapeut gezegd, doe die spiegel maar weg, probleem was opgelost. Zo simpel is sommige dingen, maar ja je moet even kijken. Nogmaals die teamwerk van ons pakt toch samenwerking en dan komt ook in MDO in beeld, in overleg komt in beeld en dan kijken we gewoon wat nodig is. Nogmaals, accepteer ik wel maar ik zeg niet stop maar, laten we gewoon altijd proberen, als iemand echt niet wil moet je gewoon accepteren, maar nog een keertje proberen.

Irene: Ja, en heeft u nog verbeterpunten met betrekking tot de samenwerking? U zegt dat het wel goed verloopt, maar misschien is er een punt dat u denkt van nou dit kan beter of veranderd worden om de zorg toch te optimaliseren?

Arts: ja, ik denk toch het signaleren is belangrijk, wij zijn gewoon afhankelijk van de zorg. Maar als het niet goed gesignaleerd wordt en ik daar mis ik wel. Dus ik denk het signaleren, ik ben niet bij de patiënt, alleen maar als zij met een vraag komen, zij kunnen niet bij mij komen. Misschien valt nog mee want zijn lichamelijk wel sterk, met name brein is beschadigd. Anderseind bij somatiek zie ik wel met mensen met nierfalen, mensen met hartfalen met lymfoedeem of CVA kan ook een oorzaak zijn, maar goed dat is meer voor somatiek. Sommige kunnen het wel vertellen en sommige niet door de CVA, zij hebben spraakstoornis bijvoorbeeld, en dus en wij hebben wel visite maar dan moet alles vanuit de zorg komen he, via de zorg komt naar ons, als dat niet gesignaleerd is, ik denk dus vandaar de nascholing, als zij weten oké. He dat is team werk als daar eentje niet goed functioneert, tot mij.

Irene: en qua communicatie verloopt het wel altijd goed?

Arts: ja, communicatie verloopt prima. Ik denk dat is, ik denk als arts moet je gewoon heel open blijven, je moet gewoon bij mij hiërarchie bestaat niet, iedereen is gelijk. Schoenmaker is het zelfde als ik, ik, hiërarchie bestaat niet bij mij. Dus wij zijn allemaal gelijk. En als iemand dat gevoel heeft, gelijkwaardigheid, dan kan hij altijd laagdrempel komen. Zorg kan laagdrempel komen. Je hebt gezien, eentje heeft gebeld, de ander is gekomen. Zo is het en op deze manier kun je ook met elkaar communiceren.

Irene: Dan komen de dingen toch sneller ter spraken waarschijnlijk?

Arts: Ja, dan wachten zij niet tot de visite, weetje dan komen zij eerder gewoon. Dan moet je ook weer tijd hebben van mij, maar dan maak ik ook gewoon tijd. Dus ik ben geen specialist in een ziekenhuis, daar heb je geen tijd. Daar moet je binnen minuten dingen doen of binnen vijf minuten. En hier maak ik gewoon tijd. Kan ik gewoon.

Irene: Ik had net al even, onderweg dat we hier heen liepen verteld wat de huidtherapeut doet. Op het gebied van oedeem heeft zij ook een grote rol in het adviseren en voorlichten over oedeem en de behandeling daarvan. Daarnaast past zij de behandeling toe. Wat zou de huidtherapeut volgens u kunnen toevoegen aan de behandeling van mensen met dementie in het verpleeghuis?

Arts: Ik denk zeker als iemand lymfoedeem heeft. Nogmaals, bij mijn patiënt was met CVA, dat was alleen maar 1 geval, toen heb ik fysio ingeschakeld. Dus daar kunnen jullie meer betekenen. En dan misschien niet met dementie, maar op revalidatie afdeling iets betekenen, wat de fysiotherapeut niet doet. De huidtherapeut kunt beter denk ik, zij hebben meer ervaring, zeker op revalidatie, waar dan ook. Maar ja goed, jullie zijn een beetje onzichtbaar. Dat maakt een beetje moeilijk he, dus hoe ga je dat doen. Wordt er ook via de ziektekosten wordt vergoed? Hoe zit dat?

Irene: ja, wij behandelen ook door middel van zwachtelen, daar hebben wij verschillende methodes voor, manuele lymfedrainage, wat de fysio ook doet, we meten ook kousen aan en we kijken naar de huid en geven daar advies voor.

Arts: nou kijk eens aan, ik denk zeker daar he, op het gebied van jullie kan ook iets. Ja dat komt bij ons ook vaak voor he. Door oedeem aan de benen, droge huid en alles. Goed ik denk zeker, maar goed, hoe ga je dat doen, dat is de vraag. In het algemeen doen wij gewoon op deze manier, misschien als we niet uitkomen via fysiotherapeut naar jullie toe, ik weet niet of dat kan.

Irene: Ja, want u vertelde net dat er geen wondverpleegkundige in dienst is bij WZH..

Arts: klopt, er is geen wondverpleegkundige

Irene: Ik weet natuurlijk niet wat de reden daarvan is..

Arts: nou, er is wel een reden. De voordeel van wondverpleegkundige is zeker continuïteit goed, want continuïteit is belangrijk, die volgt gewoon he. Die kijkt, die volgt, als niet goed gaat schakelt de arts, ik algemeen stuur je toch naar de wond poli. Zij hebben hele goeie ervaring met wondbehandelingen. Want zij kijken alleen maar naar wondbehandelingen. De voordeel is sowieso voor de patiënt is wel beter, maar voor de arts is niet goed, want op een gegeven moment je laat gewoon aan de wondverpleegkundige en die kennis van de artsen op gebied van wondbehandeling gaat achteruit. Ja, en ook van de verpleging, onze verpleging, nu verpleegkundige denkt van oké, wat moet ik doen, want elke keer leg je ook aan hun uit he. Als wondverpleegkundige is die maakt gelijk een mooi beleid en het moet zo gedaan worden zoals wij doen. Ja ik denk voor continuïteit is sowieso goed dat er een wondverpleegkundige is. Van de andere kant voor de arts, kan hij ook meer doen, dan hij is met wondbehandeling bezig. Zij zijn goedkoper dan wij. Zeker voor kwaliteit is goed, voor de continuïteit is goed, wij zijn ook niet zo slecht maar voor de continuïteit dan zijn wij afhankelijk van de zorg en zij gaan gewoon volgen he.

Irene: ja, want de huidtherapeut behandelt ook wonden, zou dat een toegevoegde waarde zijn bij de behandeling van oedeem? Dat zij meer zouden kunnen betekenen dan als zij alleen oedeem zouden behandelen?

Arts: Ik denk, nou, ik denk wondbehandeling moet misschien een wondverpleegkundige komen en ik denk oedeem is dan echt iets voor jullie dan. Als het over lymfoedeem gaat dan is het echt voor jullie.

Irene: maar het zou niet zo kunnen zijn dat de huidtherapeut in dienst komt voor de behandeling van de wonden en oedeem?

Arts: Dat kan ook, want jullie behandelen ook gewoon wonden? Alle wonden?

Irene: ja

Arts: ja, dat is niet gek. Ik denk dat goed werkt, hoeft je niet iemand op te leiden voor wondverpleegkundige, dan heb je iemand die al klaar is. Maar goed ik denk het is afhankelijk van de organisatie, ik ben overtuigd. Als er een wondverpleegkundige komt of huidtherapeut, de kwaliteit gaat zeker beter. Dan voor continuïteit, die volgt en kijkt en die kijkt heel veel. Kijk bij ons komt wonden gelukkig niet veel voor he, Dan moet je ook even kijken. Al hoewel, als het wondverpleegkundige is, die gaat gewoon overal op locatie, niet alleen hier maar hele WZH. Zoals de diëtiste bijvoorbeeld he, zoals logopedisten. Het is niet op elke locatie maar op aanvraag, op deze manier. Ik denk dat is wel goed idee om, maar nogmaals bepaal ik dat niet. Ik ben echt positief, zeker voor kwaliteit. Kwaliteit van de wondbehandeling en de continuïteit zou beter zijn.

Interview oedeemfysiotherapeut WZH

Irene: Welke therapieën worden er toegepast voor de behandeling van veneus oedeem en secundair lymfoedeem?

Fysio: ja, sowieso op het moment dat er sprake is van oedeem krijg ik een verwijzing van de arts, dan kijk ik zelf even van, omdat ik natuurlijk ook oedeemtherapeut ben, van nou wat voor soort oedeem is dit inderdaad. Het zou ook zomaar zo kunnen zijn dat een cliënt al bekend is met primair lymfoedeem maar dat het nooit eerder geconstateerd is hoor, dus op het moment dat er sprake is van oedeem dan sowieso altijd met compressietherapie, dus zwachtelen, kousen, en we hebben nu sinds kort ook een CircAid aangevraagd bij cliënten. Nou eigenlijk gaat dat heel goed, ik moet zeggen dat hier in huis, men, nou over het algemeen, de methode van zwachtelen is niet altijd goed, maar zij zijn daar wel heel trouw in zeg maar, er wordt gezwachteld, kousen worden ook altijd keurig netjes aangedaan. Ik heb ook wel is op locaties gewerkt waar die kousen gewoon niet goed gedragen werden en nou over het algemeen gaat dat hier goed. Bewegen belangrijk, op moment dat het echt nodig is zou ik kunnen starten met lymfedrainage, manuele lymfe drainage, alleen dat werkt vaak het beste in combinatie met bewegen en als je iemand hebt met een PG indicatie die eigenlijk niet veel beweegt dan is die lymfedrainage lastig. En ja verder wat adviezen en tips naar de zorg toe, naar de familie maar ook naar de bewoner als het gaat om een somatisch iemand. Als het gaat om een lymfatische arm, niet prikken in die arm, zorgen voor goede hygiëne, wat je nog wel eens ziet bij de voet is dat er wondjes ontstaan bij de tenen, bijvoorbeeld door slechte zorg, nagels bijvoorbeeld die niet goed geknipt worden, nou dan krijg je dus dat er wondjes ontstaan waardoor je eerder een infectie krijgt.

Irene: Oké, en qua bewegen wordt dat gedaan op de afdelingen zelf of is dat echt met fysiotherapie?

Fysio: beide, ik kan niet iedereen behandelen we hebben hier samen, deze twee panden bijna 200 cliënten. Ja, dat gaat niet. Met mijn vier dagen, dus dat kan niet. Bewegen is momenteel wel een heikel punt zeg maar, in twee jaar geleden heeft de inspectie geconstateerd dat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen echt veel te weinig bewegen. Als je de Nederlandse norm gezond bewegen hebt die ook voor ouderen geldt, houdt in dat iedereen een half uur per dag op matig intensief niveau moet bewegen, en de bewoners komen dat naar lange na niet aan, dus er in binnen heel WZH een project ook gaande van hoe kunnen we er nou voor zorgen dat mensen meer gaan bewegen, hoe wordt dat ook opgenomen in het zorgleefplan en dat zijn dingen zoals, wat je nog wel is ziet als bewoners uit bed komen gaan ze zitten op een plek in de huiskamer en blijven daar de hele dag zitten. Nou wat wij eigenlijk willen, is dat er een aparte hoek in de huiskamer komt waar mensen zitten en waar mensen ook gaan eten. Dat houdt in dat zij zich moeten bewegen. Bewoners van somatiek eten hier beneden, dat betekend dat zij 's middags aan het einde van de dag, naar beneden moeten om hier te gaan eten en het einde van de dag weer naar boven. Nou zijn dat hele kleine stukjes, maar tien keer een klein stukje is ook een, een wat groter stuk zeg maar. Op die manier proberen we mensen wat meer in beweging te krijgen, als ze hebben gegeten is boven nu ook de afspraak, iedereen brengt zelf ze bordje en bestek naar het aanrechtblokje

Irene: oké, dus door middel van dat soort kleine dingetjes proberen jullie ze meer te laten bewegen.

Fysio: ja, bewegen uitlokken, ja, ja

Irene: En waarop wordt dan gebaseerd dat iemand toch fysiotherapie erbij krijgt?

Fysio: omdat er een indicatie voor is.

Irene: dan schrijft de huisarts, of de arts dat echt voor?

Fysio: ja, ja. En dat zijn vaak fracturen, valpartijen, ja andere problemen, waardoor iemand niet kan bewegen. Of als er wordt gezegd, ja we weten eigenlijk niet zo goed of die persoon, hé, stel ik zeg, hé die persoon moet drie keer per dag de afstand lopen vanuit haar kamer, ja maar redt ze dat wel? Nou dan ga ik dus kijken of die persoon dat kan. En of het veilig is, en of het verantwoord is. Want op het moment dat iemand zelf loopt, dan kan je als verpleging zeggen van nou mevrouw gaat u even naar uw kamer, en kom over een kwartiertje weer terug of zo. En dan zeg je dat met wat ja, gerust hart, als je zeker weet dat iemand dat ook kan. En dan kan het zo zijn, dat er fysiotherapie geconstateerd wordt, zo van redt een persoon dat.

Irene: oké, en wordt er gebruik gemaakt van protocollen of richtlijnen voor de behandeling van oedeem? Dus of voor het veneuze oedeem of echt het lymfoedeem?

Fysio: ja, ik heb natuurlijk wel het protocol, volgens mij is dat van de Nederlandse vereniging fysiotherapie en de lymfetherapie en daar is een protocol, maar men werkt nu aan een nieuw protocol. En dat zijn inderdaad de vier pijlers, compressietherapie, bewegen, manuele lymfe drainage en advies en tips naar de zorg en naar de cliënt toe.

Irene: ja, de richtlijn lymfoedeem. Daar maakt de huidtherapeut ook gebruik van.

Fysio: ja, ja. Ja, weetje compressietherapie is gewoon het belangrijkste. Want ja, ja, dat is protocol.

Irene: en qua zwachtelen?

Fysio: dat is van, hoe heet die richtlijn, CBO richtlijn.

Irene: CBO richtlijn zwachtelen. En op welke manier gebruik je echt de richtlijn voor oedeem?

Fysio: hoe bedoel je? Is er een richtlijn voor oedeem eigenlijk?

Irene: lymfoedeem is een richtlijn voor

Fysio: ja precies die. Als er sprake is van lymfoedeem. Maar meestal is het hier in het verpleeghuis veneus oedeem.

Irene: Wordt de behandeling vastgelegd in een behandelplan waar

Fysio: in het zorgleefplan

Irene: en daar ook de betrokken disciplines in mee kijken?

Fysio: ja iedere bewoner heeft een zorgleefplan waar alle aandachtsgebieden alle probleemgebieden maar dat klinkt zo heel erg zwaar, alle aandachtsgebieden in beschreven zijn op probleemgebied, doel en wat voor acties daar uit voortvloeien. Dus stel iemand heeft oedeem dan staat er een doel in het zorgleefplan dat de cliënt oedeem heeft nou vaak is het in de benen, in de onder benen ten gevolge van veneuze insufficiëntie, chronische veneuze insufficiëntie, het doel is dan chronische veneuze insufficiëntie is onder controle, oedeem is onder controle en er ontstaan geen complicaties en de actie is zwachtelen en het dagelijks dragen van de therapeutische elastische kousen.

Irene: wat is volgens u het hoofddoel van de behandeling van oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis?

Fysio: Hoe bedoel je het hoofddoel? Zorgen dat er geen complicaties ontstaan. Wat je ziet bij chronische veneuze insufficiëntie zeker als dat langer bestaat is dat men snel wondjes krijgt. En die wondjes genezen slecht omdat mensen over het algemeen slecht bewegen dus dat kan gewoon enorme consequenties hebben. Bovendien ja ook als je kijkt naar de zorg, op het moment dat iemand wondjes heeft die moeten verzorgd worden ben je ook weer langer bezig met de zorg. Kost tijd, kost geld, kost materialen noem maar op. Dus dat vind ik echt wel 1 van de belangrijkste dingen. Daarbij komt schoenen, lijkt niet helemaal erbij te passen maar als ik kijk wat voor schoenen mensen dragen dat is toch vaak iets wat kennelijk op het laatste plaats komt zeg maar. Kleding is over het algemeen redelijk verzorgd maar de schoenen die mensen dragen zijn echt niet goed. Voeten van mensen veranderen en wat je nog wel eens ziet als mensen hier worden opgenomen dan neemt de familie alle schoenen mee die in de kast staan en meer een deel kan eigenlijk zo weg. Schoenen met enorme hakken, instappers die eigenlijk niet passen die veel te klein zijn, door het veneus oedeem zie je dat de voeten toch ook wat groter worden ze gaan inzakken, ze gaan doorzakken, schoenen passen gewoon niet meer. Mensen gaan toch die schoenen dragen waardoor ze ook weer wondjes krijgen van de schoenen, noem maar op. Dus schoenen vind ik echt heel erg belangrijk, dan zie je dat mensen vaak pantoffels dragen, want pantoffels is lekker makkelijk. In het verpleeghuis zie je heel vaak die verband pantoffels, met die klittenbanden, ik vind het vreselijke dingen. Die pantoffels zijn ooit gegeven omdat de benen gezwachteld moeten worden nou vervolgens moet je wel iets dus die pantoffels en wat je ziet is dat mensen dan de rest van hun leven op die pantoffels blijven lopen, zonder goeie steun, goeie zonder voetbed, vaak als er wonden zijn hebben die geleet die pantoffels die zijn vies, het is een bron van bacteriën, ik vind het echt smerig. Dus ik hoop eigenlijk, die pantoffels worden nu ook niet meer vergoed, moeten zelf betaald worden door de instelling, ik hoop ook eigenlijk dat ze daardoor wat minder snel worden ingezet.

Irene: Want er wordt niet gekeken voor aanpassingen in schoenen bijvoorbeeld? Of een schoen welke wel goed zit? Of ligt dat meer bij de familie?

Fysio: Dat doen wij hier wel, de familie moet daar wel toe gestimuleerd worden. Dus ik vraag altijd op het moment dat iemand binnen komt, kijk ik altijd naar de voeten en naar de schoenen en ik vraag ook altijd aan familieleden, kan u zorgen voor goed passend schoeisel. Nou, we hebben hier, en schoenen kopen is wel lastig dat snap ik, want je kunt de bewoner vaak niet meenemen naar de schoenwinkel. Maar over het algemeen als je uitlegt aan zo'n schoenenzaak wat het probleem is dan zijn schoenenzaken echt wel bereid om te zeggen van nou kom dan maar terug met het paar dat niet past. Natuurlijk mag dat nooit gedragen zijn en het moet schoon zijn, maar dat lukt

Irene: ja, even passen en weer terug brengen

Fysio: ja precies. En we hebben hier ook twee keer per jaar een schoenenverkoop. Dan komt een bedrijf, die komen aan huis dus die rekenen wel wat duurdere prijzen maar familieleden die echt geen zin hebben of geen tijd hebben om schoenen te nou dan hebben we hier nog een andere optie.

Irene: en dat is natuurlijk ook verbeterend op de spierpompfunctie

Fysio: ja absoluut, want op het moment dat je goeie schoenen hebt ga je toch wat meer lopen, lopen is veiliger en inderdaad de spierpomp werkt beter en dan tot slot is er een orthopedisch schoenmaker, we hebben hier contacten met de orthopedisch schoenmaker die kan ik bellen op het moment dat er problemen zijn en dat zijn echt forse voetafwijkingen waardoor confectie schoenen dragen niet mogelijk is. Of als er dusdanig links rechts verschil is dat confectie daardoor ook niet mogelijk is. En op het moment dat iemand een aangepaste schoen heeft dan kan je natuurlijk gewoon alles aanpassen wat je maar wil.

Irene: En gaat dat altijd in overleg met de familie?

Fysio: ja dat moet wel want in het verpleeghuis, is een beetje een ingewikkeld verhaal, het is zo dat als je orthopedische schoenen wilt aanvragen dan moet er een relatie zijn met de opname indicatie. Als we het dan hebben over PG dan is de opname indicatie dementie en iemand met een voetafwijking daar is geen relatie met dementie, dus dat wordt afgewezen door de AWBZ zeg maar. Langdurige zorg, wet op de langdurige zorg, houdt in dat de schoenen worden vergoed vanuit iemands eigen verzekering en dan moet er vaak een eigen bijdrage worden betaald, is meestal 10% afhankelijk van de verzekering als iemand nog een aanvullend pakket heeft hoeft dat niet, maar het eigen risico wordt ook aangesproken dus ik moet altijd de familie daarover informeren of de zorg of de arts wie dan ook maar iemand moet de familie informeren over het feit dat we schoenen gaan aanvragen voor vader of moeder en of dat goed is want er moet een bedrag betaald worden.

Irene: We hadden het net eventjes over het voorkomen van infecties, welke preventieve maatregelen worden er hier binnen WZH genomen om infecties te voorkomen?

Fysio: iedereen krijgt 1 keer in de zes weken zorg van de pedicure voor de voet, ook een langdurig verhaal geweest wordt het nou wel of wordt het nou niet vergoed. Nou afspraak is nu dat iedereen gewoon 1 keer in de zes weken de pedicure krijgt of 1 keer in de acht weken geloof ik, nou 1 keer in de zoveel tijd als het nodig is als iemand echt voetproblemen heeft of een diabetische voet heeft bijvoorbeeld dan wordt het vaker ingezet en dat staat ook opgenomen dan in het zorgleefplan. En ik denk dat dat wel een belangrijke is, want zo'n pedicure die ziet die voeten goed en die ziet ook meteen of er ingegroeide nagels zijn dat soort dingen.

Irene: Wat zijn volgens u verbeterpunten die kunnen bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen of cliënten met veneus oedeem en lymfoedeem binnen WZH?

Fysio: ik denk signaleren, dat is wel het belangrijkste. Als de zorg goed signaleert wat de problemen zijn en over het algemeen zien zij dat wel want als 's avonds die voeten dikker zijn ja dat is bij iedereen, maar op het moment dat ze 's ochtends uit bed komen en ze hebben al dikke voeten en schoenen passen niet, dan is het goed als ze daarover een seintje geven en dan ook weer naar de arts die komt op het spreekuur, ziet de cliënt en vervolgens schrijft hij een verwijzing voor de fysio. Dus signaleren is denk ik wel gewoon 1 van de belangrijkste dingen.

Irene: Dat is wel een belangrijke taak van de zorg?

Fysio: ja, absoluut.

Irene: Zijn er naast de arts, de fysio en de verzorging nog meer betrokken disciplines bij de behandeling?

Fysio: nou de pedicure die ik net al zei, op het moment dat iemand diabetes heeft diabetische voetproblemen dan is de diëtist ook altijd wordt ook ingeschakeld voor het eten zeg maar goed dieet. De ergotherapeut geloof ik niet. Ja de verpleegkundig specialist.

Irene: En hoe verloopt de samenwerking tussen de disciplines? Hebben de disciplines contact?

Fysio: ja, sowieso iedere bewoner heeft twee keer per jaar een MDO, dat is wettelijk verplicht MDO staat voor multidisciplinair overleg en daarin wordt het complete zorgleefplan van iedere cliënt besproken. We hebben daarover afspraken gemaakt binnen WZH nou is het een beetje afhankelijk van hoe de locatie werkt maar wij werken eigenlijk wel redelijk volgens die afspraken en dat houdt in dat iedereen een week van te voren zorgt voor een voorbereiding er wordt een concept zorgleefplan aangemaakt en in dat concept zorgleefplan kan iedereen zijn op en aanmerkingen zetten en veranderingen aangeven en dat concept zorgleefplan wordt dan besproken tijdens het MDO dus stel iemand heeft nooit voetproblemen gehad, nooit oedeem die komt er gebeurd iets en in 1 keer ontstaat er oedeem dan zet ik daar een punt over in het zorgleefplan, bespreken we, is iedereen het er over eens dan gaat het naar de bewoner of familie die tekent het en dan is het definitief.

Irene: en het MDO is dan twee keer per jaar

Fysio: ja twee keer per jaar, tenzij er een actueel probleem is waardoor het zorgleefplan dusdanig veranderd en we een ander tussen MDO moeten plannen.

Irene: en tussen door op welke manier wordt er tussendoor gecommuniceerd?

Fysio: tijdens het MDO we hebben dus 1 vast moment in de week waarin alle disciplines er ook zijn of die kunnen aanschuiven, niet iedereen is er altijd en dan vragen we even tijd of we iemand anders nog kunnen bespreken

Irene: oké, dus 1 keer in de week is er de mogelijkheid om vragen te stellen

Fysio: ja dat is het formele en dan hebben we natuurlijk het informele overleg. Alleen dat wil men natuurlijk liever niet het wandelgangen overleg tussendoor even het 1 en ander bespreekt maar dat gebeurt wel. En op zich denk ik dat dat niet zo gek is, met een kleine locatie kan dat wel wat makkelijker je komt elkaar wat eerder tegen met de lunch, je luncht met elkaar en natuurlijk is het niet de bedoeling om tijdens de lunch complete cliënten overleg te gaan houden maar even iets met elkaar afspreken met elkaar afstemmen dat moet kunnen. Het gebeurt ook regelmatig dat de arts belt naar de betrokken disciplines heb jij tijd om zo en zo laat even bij elkaar te komen en wat te bespreken.

Irene: dus dat gebeurt ook wel regelmatig?

Fysio: ja dat gebeurt regelmatig

Irene: wordt er ook kennis tussen de betrokken disciplines onderling uitgewisseld?

Fysio: ja, toevallig hebben we volgende week een hele workshop dag want we werken hier ook veel met leerlingen en die zitten in een bepaald leerlingstraject dus we hebben veel workshops die we geven klinische lessen en de teamleiders van de zorg hebben nu bedacht dat het toch wel erg vervelend is als er elke keer een klinische les wordt gehouden dus dat wordt nu geclusterd. Twee keer per jaar op een hele dag.

Irene: oké, dan krijgen ze verschillende klinische lessen over bepaalde onderwerpen.

Fysio: ja over bepaalde onderwerpen en volgende week komt het lerend vermogen bij dementie aanbod dat wordt door de ergotherapie gedaan bij de fysiotherapie wordt iets verteld over de werking van de silverfit 1 of ander apparaat waarmee je bewegen kan stimuleren de logopedist gaat een klinische les houden over slikproblemen in het nieuwe slikprotocol en op die manier kan iedereen zich inschrijven en zorg wordt ook ingeroosterd dus iedereen kan die workshops volgen. En zo houden we elkaar op de hoogte.

Irene: maar dat is niet verplicht?

Fysio: Voor leerlingen wel hoor die hebben geloof ik een kaart gekregen en die moeten per jaar zoveel klinische lessen volgen. Maar voor het vaste personeel is het zeker niet verplicht.

Irene: Wat zijn de positieve punten binnen de samenwerking bij de betrokken disciplines?

Fysio: Een goede zorg, optimale zorg voor de cliënt. Op het moment dat je niet goed samenwerkt krijg je never nooit een optimale zorg ik bedoel ik kan wel bedenken dat iemands been gezwachteld moet worden samen met de dokter maar op het moment dat de verpleging dat gewoon niet doet ja dan houd het op. Als ik steunkousen aanvraag voor een bepaalde cliënt en als ik afsprek dat die persoon nog wel een week gezwachteld moet worden tot dat de kousen er zijn en het wordt niet gedaan dan passen die kousen niet dan heeft het gewoon ja dan krijg je gewoon geen goeie zorg voor de bewoner.

Irene: Ik bedoelde eigenlijk wat gaat er goed binnen de communicatie binnen WZH qua samenwerking?

Fysio: dat is heel erg afhankelijk van de locatie. We hebben natuurlijk best wel veel locaties 12 locaties en binnen die locaties verschillende afdelingen dus hier in Leilinde hebben we vier afdelingen of vier etages 9 verschillende afdelingen het kan zijn dat ik op de ene afdeling perfecte afspraken kan maken en dat het daar goed gaat en dat ik op een afdeling nummer twee dat het gewoon compleet misloopt en dat heeft te maken met vast personeel er hoeft maar 1 of twee mensen van zo'n afdeling bijvoorbeeld langdurig afwezig te zijn eentje door vakantie en eentje door langdurig ziekte waardoor je veel inzet hebt van uitzendkrachten of wisselend personeel en ja dan is het lastiger om afspraken te maken. Wat denk ik wel een voordeel is omdat we hier een kleine locatie zijn we werken met vaste mensen ik ben er vier dagen in de week en er is maar 1 fysiotherapeut dat ben ik dus er is ook geen twijfel van de fysio ja wie dan?

Irene: ja ze kennen je gewoon

Fysio: ja precies

Irene: dat is ook denk ik wel een positief punt

Fysio: ja dat denk ik wel ze de drempel om mij te bellen is wat lager dan ja de fysio heeft afgesproken ja wie dat weet ik niet. We hebben een locatie waar er 12 fysiotherapeuten werken en die zijn denk ik niet allemaal op de hoogte wat ze doen. Dus op het moment dat iemand van de zorg belt naar de

afdeling fysio ja, ik wil even vragen hoe het zit met het zwachtelen van die en die en de collega's weten dat niet, logisch ze kunnen het misschien wel inzien in het dossier maar als je druk bezig bent het je daar ook de tijd niet voor en op het moment dat zij mij bellen hoe zit het ook alweer ja volgende week worden er kousen aangemeten, tot die tijd doorgaan met zwachtelen, weet je dat is makkelijker ook in de communicatie.

Irene: En zijn er ook verbeterpunten qua samenwerking hier op deze locatie van WZH?

Fysio: ja die zijn er altijd. En dat is denk ik ook overal maar het lezen van de rapportages wordt gewoon niet goed gedaan, dat had je vroeger al met klappers waarbij de laatste bladzijde die open lag zeg maar dat werd keurig netjes gelezen maar ja iemand van de zorg die kwam werken nadat ie een week in de nachtdienst had gezeten die ging over het algemeen niet alles terug bladeren, ten eerste het handschrift was heel slecht leesbaar we dachten met het elektronisch van nou dat hebben we opgelost want iedereen kan het lezen maar dat wordt gewoon niet gedaan. Dus dan gebeurt het wel is dat je op een afdeling komt ja dat weet ik niet, ik ben een week op vakantie geweest of ik heb in de nachtdienst gezeten. En dat is jammer en ja het is nog heel erg lastig hoe we dat nou kunnen doorbreken zeg maar. En op moment dat iedereen gewoon wat beter op de hoogte is dat zou een hoop voorkomen. Ook andersom gebeurt het wel is hoor dat dan heb ik het dat was een ergotherapeut maar het zou zomaar kunnen zijn dat ik zeg maar iets afsprek ik kom steunkousen aanmeten en er is iets gebeurd met die desbetreffende cliënt, die heeft een CVA gehad, nou er is afgesproken met familie en de arts we gaan niks meer doen, houd in dat de cliënt zal overlijden, ik lees mijn dossiers niet en ik kom dus 's ochtends binnen met de dame van de steunkousen goedemorgen ik kom even kousen opmeten, nou dat is natuurlijk hartstikke lomp als iemand in zo'n bed ligt dood te gaan. Ja, dat zou kunnen gebeuren.

Irene: ja, dan is het wel belangrijk dat het gelezen wordt inderdaad

Fysio: Ja, precies en dat geldt ook voor mij. Dus we hebben ook wel de afspraak gemaakt van elke ochtend voordat je naar de cliënten gaat lees je de rapportage van afgelopen tijd maar dat kan nog altijd nog wel wat mis gaan.

Irene: en qua rapporteren zelf? Wordt dat wel goed bijgehouden?

Fysio: ja ook wisselend. Als ik kijk naar mezelf ik kan van mezelf echt zeggen dat ik alles goed rapporteer. Ik rapporteer dagelijks zowel in het algemene stukje wat iedereen kan lezen als in mijn eigen werk aantekeningen. Dus op het moment dat ik morgen ineens uitval omdat ik van de trap af ben gevallen en een paar weken niet kan werken, mijn collega moet het overnemen nou over het algemeen kan die terug lezen wat ik heb gedaan met de cliënten en wat er gedaan moet worden.

Irene: Op welke manier zou een huidtherapeut volgens u bij kunnen dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met veneus oedeem en secundair lymfoedeem binnen WZH?

Fysio: ik denk inderdaad wat we net ook al zeiden een stukje preventie en ook een stukje zorg hoe kun je de kwaliteit van de huid verbeteren ja, dan zit je eigenlijk een beetje tussen de verpleging en de arts in zeg maar. De arts schrijft over het algemeen uit, de verpleging voert uit. Als ze niet precies weten hoe ze moeten uitvoeren dan zou jij daar zeg maar een instruerende rol in kunnen spelen.

Irene: Dus meer in de preventie en het geven van instructies aan de zorg?

Fysio: ja precies, ik denk niet zozeer in de uitvoerende sfeer want dat moet de zorg gewoon doen, maar in de preventieve en adviserende rol.

Interview EVV'er WZH

Irene: Welke therapieën worden hier toegepast bij bewoners die oedeem hebben?

EVV'er: Ambulant zwachtelen en we hebben de mensen hebben steunkousen maar dat is dan na het ambulant zwachtelen.

Irene: En door wie mag het zwachtelen toegepast worden hier op de afdeling?

EVV'er: niveau drie en vier

Irene: niveau drie en vier oké. En de zwachtel materialen, door wie worden die bepaald?

EVV'er: door de arts wordt dat bepaald. De arts bepaald, sowieso het zwachtelen en ook die schrijft een het zwachtelpakket voor zeg maar het pakket krijgen we dan aangeleverd.

Irene: Oké, dus de arts schrijft het voor en dan krijgen jullie dat binnen en dan starten jullie met zwachtelen?

EVV'er: ja

Irene: en qua zwachtel materialen, zijn dat de standaard zwachtels?

EVV'er: ja, die beige zeg maar met de korte rek met watten en een witte kous erbij zo'n box wordt er altijd geleverd.

Irene: Maar jullie gebruiken geen plak zwachtels bijvoorbeeld?

EVV'er: nee die gebruiken we niet.

Irene: en als iemand gezwachteld wordt, wordt er dan ook nog iets met bewegen gedaan op de afdeling?

EVV'er: ja op zich is het natuurlijk goed wanneer het gezwachteld is dat iemand gaat bewegen om te kijken hoe of wat dus iemand wordt gezwachteld wanneer ie op bed ligt en dan wordt iemand uit bed gehaald en negen van de tien keer bestellen we ook wel verband sloffen vanwege dat iemand zijn eigen schoenen niet meer aankan. Dus dat in dat pakket leveren we het.

Irene: Maar jullie bewegen niet met de bewoner extra als iemand gezwachteld wordt?

EVV'er: nee, nee

Irene: Welke maatregelen worden er toegepast om infecties en huiddefecten te voorkomen?

EVV'er: hoe bedoel je dat die vraag precies? Dat als er zoveel oedeem is dat de huid kapot zou gaan dat bedoel je?

Irene: ja, als je oedeem hebt is de huid kwetsbaarder en dan is het ook gevoeliger voor infecties dus als er een klein wondje ontstaat dan..

EVV'er: Dan is het dat we de arts gelijk waarschuwen van kom even kijken wanneer we sowieso wondjes hebben aan een been want elke dag kijk je het wel na omdat je elke dag zwachtelt of het mag drie dagen blijven zitten maar dan is het toch altijd de controle wanneer je iemand verzorgd.

Irene: Het signaleren van oedeem dat wordt ook door de zorg gedaan?

EVV'er: ja wij signaleren het meestal en dan geven we het door aan de arts en die komt dan kijken en die adviseert

Irene: En krijgen jullie daar ook nascholing voor?

EVV'er: ja met big scholing krijgen we altijd weer zwachtelen

Irene: oké zwachtelen, maar niet specifiek over het onderwerp oedeem?

EVV'er: nee dat niet

Irene: en hoe vaak is zo'n nascholing voor het zwachtelen?

EVV'er: om de twee jaar heb je nascholing en dan om de drie jaar een grote scholing weer, big scholing dus dan komt het aan bod

Irene: oké wel regelmatig. De huidverzorging, je ziet vaak bij oedeem dat de huid heel droog is, sowieso bij oudere mensen, maar bij oedeem is dat vaak nog extra en vaak in combinatie met schilfering erbij..

EVV'er: daarvoor wordt zelf voorgeschreven door de arts

Irene: dat is altijd voorgeschreven door de arts?

EVV'er: nou eigenlijk ja altijd op voorschrift van de arts dat is dan cetomacrogol dat wordt meestal voorgeschreven

Irene: Het wassen van de mensen, met wat wassen jullie hier? Hebben jullie van die washandjes die je op moet warmen?

EVV'er: die hebben we ook maar dat is niet bij iedereen wordt daar mee gewassen. Of gewoon met water en zeep wassen of met die washandjes ligt eraan wat er afgesproken is met de cliënt. Of wanneer iemand een hele gevoelige huid heeft dan gaan we vaak over op die speciale washandjes want die zijn huidvriendelijk. Maar dat is altijd in overleg.

Irene: Zijn er volgens u verbeterpunten met betrekking tot het zwachtelen van de mensen met oedeem of de huidzorg?

EVV'er: nou op zich toch wel alert van wanneer er voorgeschreven is s' avonds de zwachtels af dat wordt nog wel is vergeten weet je wel zulke dingen. Niet laks zijn ook wanneer iemand gedoucht wordt dat je toch gelijk even iemand weer op bed brengt om te zwachtelen alert daarop.

Irene: Dat er wordt consequenter gezwachteld wordt?

EVV'er: ja

Irene: Hoelang zwachtelen jullie ongeveer?

EVV'er: tot dat de benen slank zijn en dan geven we het door en dan komt de fysiotherapeut komt de steunkousen aanmeten.

Irene: Wordt er ook wel eens kennis uitgewisseld tussen de betrokken disciplines? Dus bijvoorbeeld de arts naar de verzorging toe of de fysio naar de zorg toe?

EVV'er: Nou eigenlijk niet nee

Irene: Vraagt de zorg daar wel eens naar?

EVV'er: mocht iets, nou we hebben 1 iemand gehad met zware obesitas en zwaar oedeem in de benen en dat lukt niet om de benen slank te krijgen. Toe waren we nog verzorgingshuis en toen heb ik verschillende instanties gebeld van joh adviseer me wat hoe kunnen we dat nu het beste slank krijgen de benen.

Irene: Dus toen heeft u buiten de organisatie iemand benaderd?

EVV'er: ja, maar toen waren we nog verzorgingshuis en nu is het verpleeghuis dus dan ben je met de fysiotherapeut en met de arts heb je te maken dus dan is het weer iets anders.

Irene: Maar voor de rest wordt er nu op dit moment niet echt kennis uitgewisseld?

EVV'er: nee

Irene: en de communicatie hoe verloopt die onderling tussen de arts, fysio en de verzorging?

EVV'er: Goed we hebben MDO dus dat is eigenlijk elk half jaar hebben we hier dat sowieso een cliënt besproken wordt maar tussen door hebben we elke week overleg met de arts waar we tegen aanlopen. En dan kunnen we ook altijd de fysiotherapeut inschakelen. Het contact is goed of via de mail of gewoon elke week zie je ze wel op de afdeling.

Irene: zouden er nog verbeterpunten zijn met betrekking tot de samenwerking?

EVV'er: nee, de samenwerking vind ik wel goed. Ja. Er zijn geen grenzen van oh ze zitten zo ver weg ik kan ze niet bereiken of wat dan ook nee.

Irene: Dit is ook een wat kleiner verpleeghuis

EVV'er: ja, dat gaat prima. Je kan ze elke keer spreken wanneer je ergens mee zit.

Irene: De huidtherapeut behandelt ook oedeem en naast het behandelen geven we ook voorlichting en adviezen eigenlijk aan de mensen zelf, maar omdat het hier natuurlijk gaat om dementerende mensen zou eigenlijk de zorg dan de voorlichting en advies, zouden wij hun eigenlijk kunnen adviseren in plaats van aan de bewoners. Denkt u dat daar behoefte aan zou zijn om kennis over het oedeem en de huidzorg te vergroten?

EVV'er: Op zich zo'n klinische les zou op zich wel goed zijn denk ik. Ja, weer even opfrissen en is dan ook de techniek van zwachtelen zit daar dan ook bij?

Irene: ja want de huidtherapeut die zwachtelt ook dus die zou dat ook erbij kunnen doen natuurlijk.

EVV'er: ja, voor een opfris cursus zo weer tussen door kan nooit kwaad denk ik

Irene: Ik had nog een vraagje over de steun kousen. Als iemand nieuwe steunkousen krijg, wat gebeurd er dan als iemand voor de derde of vierde keer steunkousen krijgt, wat gebeurd en dan met de oude?

EVV'er: ja, die moeten weg gegooid worden want anders blijf je die oude gebruiken daar moet je wel alert op zijn dat wanneer de nieuwe geleverd worden, want ze krijgen twee paar per jaar, dan moet je de oude weg doen. Dus dat is ook wel weer iets dat je alert op moet zijn van nieuwe zijn bezorgd, oude weggoien.

Irene: ziet u vaak dat bewoners de zwachtels er af halen? Dat het gaat irriteren en dat het niet fijn voor mensen is?

EVV'er: soms, dat zien we wel. Ligt er ook aan van wegen dat ze dementerend zijn is dat ook, in het begin zeker geen prettig gevoel en dan willen ze het er wel afhaken dat komt voor.

Irene: En hoe wordt daar op de afdeling mee omgegaan?

EVV'er: We hebben iemand die ze zelfs heeft doorgeknipt dus wanneer dat 1 keer gebeurd ga je het nog een keertje doen, gebeurd het dan weer dan komt er sowieso een gesprek met de familie van hoe nu veder.

Irene: dus dan wordt echt de familie er bij betrokken

EVV'er: ja en de arts om te overleggen waar lopen we tegenaan proberen ook van alles uit hoe dat te voorkomen. Maar wanneer het blijft of wanneer iemand elke keer belt van, dat gebeurd ook, van haal die steunkousen eraf want het doet zeer en ik vind het vervelend en ik wil het niet dan bespreken we het ook. Irene: en wordt er dan ook nog naar alternatieve gezocht of ligt dat meer bij de fysio en de bij de arts die alternatieven zoeken?

EVV'er: op zich de gene die ik dan weet op deze afdeling die daar hebben we het al twee keer bij geprobeerd en is twee keer mislukt gewoon therapie ontrouw en nu zijn we voor de derde keer bezig en tot nu toe gaat het goed dus dan is er eigenlijk een rust periode en dan zie je toch dat been dikker worden, je ziet wondjes ontstaan want wondjes gaan minder snel dicht wanneer er oedeem zit en dat vind familie vervelend en ook bewoner en dan zeggen we van we gaan het toch nog maar een keer proberen dus zo probeer je dat eigenlijk te begeleiden. Maar we kunnen het niet verplichten maar zo proberen we het wel te begeleiden en tot nu toe gaat het goed en wondje wordt ook steeds kleiner dus dan hopen we dat het zo goed blijft.

Bijlage 8. Inductieve codering vragenlijst Huidtherapeuten

Vragen casus 1.

Vraag 1. Er is gestart met de wondbehandeling, welke interventie(s) zou u als huidtherapeut inzetten om de behandeling van deze cliënt te optimaliseren?

Huidtherapeut een	Zwachtelen met korte rek Manuele Lymfe Drainage (MLD)
Huidtherapeut twee	Contact opnemen met de arts Dan starten met ACT Als aanvulling MLD
Huidtherapeut drie	Wondverzorgster, huidtherapeut en verzorgster van het tehuis
Samenvatting	De huidtherapeuten zouden starten met zwachtelen en de toepassing van MLD waarvan 1 eerst de arts zou inschakelen. Huidtherapeut drie heeft de vraag niet goed begrepen.

Vraag 2. Waarom zet u deze interventie(s) in?

Huidtherapeut een	Verminderen oedeem voor een betere en snellere wondgenezing
Huidtherapeut twee	Ter bevordering van de wondgenezing
Huidtherapeut drie	Het inzetten van deze drie is het beste voor de patiënt. De huidtherapeut kan het genezingsproces bevorderen door MLD en TEK toe te passen
Samenvatting	Deze interventies verminderen oedeem en bevorderen de wondgenezing

Vraag 3. Zijn er volgens u aandachtspunten uit de casus te halen waar de verzorging, die de behandeling toepast, op moet letten tijdens de zorg voor deze cliënt?

Huidtherapeut een	Polstering Niet met een te grote druk zwachtelen
Huidtherapeut twee	Opletten op arteriele klachten. Windsels lijken te strak te zitten, een alternatief zou fixatie met buisverband of een onderkous van een ulcus cruris kous kunnen zijn. Letten op infecties van de huid. Tegenwerking van de behandeling door dementie.
Huidtherapeut drie	Ulcus ruikend en nattend Stuwing rechterbeen Pijnlijke benen
Samenvatting	Aandachtspunten zijn het zwachtelen met een niet te grote druk in verband met arteriële klachten. Stuwing in het rechterbeen voorkomen door bv. Fixatie met buisverband of een onderkous van een ulcus cruris kous.

Vraag 4. Denkt u dat het aantrekken van twee paar sokken effectief is om het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk te beperken? Waarom wel/niet?

Huidtherapeut een	Als blijkt dat het werkt, beter iets dan niets
Huidtherapeut twee	Nee, de hoogste druk van de sokken is onder de knie, dit kan juist zorgen voor verergering van het oedeem
Huidtherapeut drie	Nee, door de sokken ontwikkel je een nieuw probleem; de stuwing
Samenvatting	1 van de drie huidtherapeuten vindt dat als het dragen van twee sokken over elkaar heen werkt, je beter iets dan niets aan kunt trekken. De andere twee huidtherapeuten zijn van mening dat door de druk van de sok, die aan de bovenkant zit, verergering van oedeem kan ontstaan doordat het afknelt.

Vraag 5. Is er volgens u een alternatieve interventie die ingezet kan worden, in plaats van het dragen van twee paar sokken over elkaar heen, om de hoeveelheid oedeem zoveel mogelijk te beperken en welke minder belasting geeft dan zwachtelen of TEK klasse twee?

Huidtherapeut een	Herenkous klasse 1 of twee Eventueel een grotere maat bestellen zodat ze makkelijk aangaan
Huidtherapeut twee	Circaid of farrowrap en als aanvulling MLD
Huidtherapeut drie	Farrowrap
Samenvatting	Herenkous klasse 1 of twee in een grotere maar of een circaid of farrowrap

Vraag 6. Waar moet de verzorging op letten bij cliënten met oedeem die inactief zijn en waarbij geen interventie wordt toegepast om het volume te verminderen?

Huidtherapeut een	Benen hoog leggen. Beweging d.m.v. tafelfiets Dagelijks een uur lymfapress
Huidtherapeut twee	Benen hoog leggen Passief bewegen Het vroeg signaleren van wondjes
Huidtherapeut drie	Goed hygiënisch werken Erop letten dat hij zich niet stoot
Samenvatting	De huidtherapeuten adviseren bij een bewoner die inactief is om de benen hoog te leggen. Daarnaast adviseren zij om beweging te stimuleren d.m.v. een tafelfiets en passief bewegen. Verder zou de lymfapress gebruikt kunnen worden als de bewoner dit toestaat. Ook is het belangrijk om wondjes vroeg te signaleren om het risico op erysipelas en ulcus cruris te verlagen

Vraag 7. Welke interventie kan toegepast worden op het gebied van huidzorg om de droogte en schilfering van de huid te verminderen?

Huidtherapeut een	Huidzorg, goede reiniging (spoelen, evt. Met steriel water)
Huidtherapeut twee	2x daags insmeren. Compressie in de vorm van een circaid of farrowwrap of alleen de bijbehorende onderkous
Huidtherapeut drie	De verzorgster van het tehuis
Samenvatting	De adviezen die de huidtherapeut geven op het gebied van huidzorg, zijn het reinigen van de huid d.m.v. spoelen, twee keer daags insmeren en compressie in de vorm van een circaid of farrowwrap

Vraag 8. Welk advies zou u geven op het gebied van huidzorg gericht op de droge en schilferende huid?

Huidtherapeut een	In samenspraak met de huisarts een verzorgden, hydraterende crème voor laten schrijven
Huidtherapeut twee	Indifferente crème/zalf (bv. Vaselinecetomacrogolcrème of koelzalf), deze zijn hypoallergeen en parfümvrij
Huidtherapeut drie	Gebruik van alhydran en epaderm crème
Samenvatting	De huidtherapeuten hebben verschillende antwoorden gegeven die werkzaam kunnen zijn om de droge en schilferende huid te verminderen.

Vraag 9. Welke interventies zou u inzetten bij de behandeling van deze cliënt en waarom?

Huidtherapeut een	Uitsluiten arterieel component Polsteren onder de zwachtels Lymfapress, farrow wrap of yovi pack
Huidtherapeut twee	ACT met Coban over goede wondverzorging. Coban i.v.m. goede polstering Huidzorg in de vorm van indifferente zalf MLD als toevoeging TEK aanmeten
Huidtherapeut drie	Goede wondverzorging Beweging MLD ACT
Samenvatting	Bij deze casus is het belangrijk om een arterieel component uit te sluiten. Als dit uitgesloten is, wondverzorging, ACT met goede polstering, MLD en beweging. Als laatste aanmeten van TEK's

Vraag 10. Welke (zorg)disciplines zou u betrekken bij de behandeling en waarom?

Huidtherapeut een	Arts om arteriële component uit te sluiten Wondverpleegkundige (is al ingezet) Fysiotherapeut voor meer beweging, het stimuleren van de doorbloeding Diëtiste voor gewichtsafname
Huidtherapeut twee	Arts i.v.m. erytheem en pijn rechteronderbeen wondverpleegkundige
Huidtherapeut drie	Wondverpleegkundige Fysiotherapeut Huidtherapeut Verzorgenden van het tehuis
Samenvatting	De huidtherapeuten zouden de arts inschakelen. Verder zouden zijn de wondverpleegkundige, de fysiotherapeut en de diëtist inzetten

Vraag 11. Welke producten zou u adviseren voor de huidzorg voor cliënten met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis en waarom?

Huidtherapeut een	In overleg met de huisarts medicinale crème voorschrijven PH5 Eucerin, deze mag gebruikt worden als men steunkousen draagt, het tast het rubber in de kous niet aan.
Huidtherapeut twee	Indifferente crème/zalf (vaselinecetomacrogolcrème of koelzalf bij zwachtelen. Eucerin bodylotion PH5 voor patiënten die TEK dragen
Huidtherapeut drie	Farrowwrap Aantrek hulpen voor kousen Alhydran en Epaderm crème

Vraag 12. Welke verbeterpunten ziet u als huidtherapeut in bovenstaande casussen, die bij dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met oedeem in het verpleeghuis?

Huidtherapeut een	Meer aandacht voor het lymfatische component. Meer overleg met de huidtherapeut over wondzorg en de verschillende compressie mogelijkheden zoals lymfapress, farrowwrap en MLD
Huidtherapeut twee	Vroeg bestrijden van oedeem om bv. Een ulcus cruris te voorkomen. Het gebruik van het juiste zwachtelmateriaal op de goede manier aangebracht Het gebruik van alternatieve zwachtelmateriaal bij 'lastige' gevallen om

	oedeem te verminderen Een huidtherapeut zou er of eerder bijgehaald moeten worden bij 'lastige' gevallen, of zou een soort van cursus kunnen geven wat er is op compressiegebied. Ook qua huidzorg zou dit kunnen
Huidtherapeut drie	Geen dubbele sokken aantrekken bij iemand met oedeem

Vraag 13. Op welke manier zouden de verbeterpunten die u bij vraag 12 heeft opgegeven bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg?

Huidtherapeut een	Snellere wondgenezing en minder oedeem met de daarbij horende problemen zoals, ulcus cruris, pijn en immobiliteit
Huidtherapeut twee	Voorkomen van ernstige klachten zoals een ulcus cruris en erysipelas door gebruik te maken van integrale oedeemtherapie Voorkomen van recidief Voorkomen van onnodig ongemak voor de patiënt Uit handen nemen van zorg, zodat de verpleging meer tijd heeft voor andere werkzaamheden
Huidtherapeut drie	Door geen dubbele sokken aan te trekken voorkom je stuwing want hierdoor zou je verder van huis zijn, er ontstaat namelijk een nieuw probleem

Bijlage 9. Respons vragenlijst Huidtherapeuten

Vragenlijst behandeling van oedeem in het verpleeghuis

Vragenlijst huidtherapeut 1.

Casus 1

Een 81-jarige mevrouw met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad, daarom zijn er pennen geplaatst. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris.

De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwung van oedeem aan het rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Vragen met betrekking tot casus 1.

1. *Er is gestart met de wondbehandeling, welke interventie(s) zou u als huidtherapeut inzetten om de behandeling van deze cliënt te optimaliseren?*
Normaal zou je ACT toepassen d.m.v. zwachtelen over de wondverzorging heen en daarna het aanmeten van een adequate TEK. Maar decompensatio cordis is een (relatieve) contra-indicatie voor ACT. Het is dus verstandig contact op te nemen met de arts voordat met een ACT gestart zou worden. Uit de casus zijn kenmerken te halen dat het hier wel om een veneus ulcus en niet om een arterieel ulcus gaat (veneus = ruikende, natte wond; pitting oedeem → arterieel = droge, niet ruikende wond ; weinig oedeem) en dat er waarschijnlijk met ACT veel resultaat te behalen is. Maar nogmaals, voorzichtig met de hoeveelheid druk i.v.m. de hartklachten. Als aanvulling van de behandeling zou MLD ingezet kunnen worden ter bevordering van de wondgenezing.
2. *Waarom zet u deze interventie(s) in?*
Zwachtelen (in overleg arts!) en MLD ter bevordering van de wondgenezing. TEK (ook in overleg) ter voorkoming van een recidief.
3. *Zijn er volgens u aandachtspunten uit de casus te halen waar de verzorging, die de behandeling toepast, op moet letten tijdens de zorg voor deze cliënt?*
Allereerst dus de decompensatio cordis. Opletten dus op arteriële klachten. Qua wondverzorging is het de bedoeling een vochtig milieu te creëren. Absorberend verband is eerst dus goed, maar het moet ook niet te droog worden. De windsels lijken wat te strak te zitten en geven dus stuwung, een alternatief zou kunnen zijn fixatie met buisverband of een onderkous van een ulcus cruris kous. Letten op de infecties van de huid (dus warmte, roodheid, algehele malaise pt.) Mevrouw is dementerend dus het kan zijn dat ze de behandeling tegen werkt door het verwijderen van het materiaal e.d.

Casus 2

Meneer, 82 jaar, heeft veneus oedeem met purpura verkleuring ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie. Meneer heeft de ziekte van Alzheimer en heeft in 1999 een CVA gehad, waarna afasie, apraxie en dysartrie is ontstaan. Hij is erg onrustig en slaapt weinig, met als gevolg dat hij veel over de afdeling loopt. Meneer is dus erg mobiel. Meneer heeft pitting oedeem in beide onderbenen, echter wil hij niet gezwachteld worden. Meneer heeft wel TEK's klasse twee, maar wil deze niet altijd aan. Doordat meneer snel geagiteerd en agressief kan worden, worden de kousen niet tegen zijn wil in aangetrokken. Als alternatief wordt door de verzorging twee paar sokken over elkaar aangetrokken, zodat het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk beperkt wordt. Dit heeft als gevolg stuwung van vocht boven de randen van de sokken. Er is met de fysiotherapeut de afspraak gemaakt om een

meting van de onderbenen te doen om te kijken of de omvang toeneemt. Vervolgens zal er een overleg plaats vinden met de arts om het beleid voor deze cliënt te bespreken.

Vragen met betrekking tot casus 2.

4. *Denkt u dat het aantrekken van twee paar sokken effectief is om het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk te beperken? Waarom wel/niet?.*

Nee, de hoogste druk van de sokken zit onder de knie, aangezien daar het strakste gedeelte van de sok is. Volgens de 'wet van Laplace' zou voor oedeemafname de hoogste druk op het smalste gedeelte van het onderbeen (de enkel) moeten zijn. Het gevaar dat het strakste gedeelte van de sok (de bovennaad) er juist voor zorgt dat het oedeem in het onderbeen verergert, doordat het afknelt.

5. *Is er volgens u een alternatieve interventie die ingezet kan worden, in plaats van het dragen van twee paar sokken over elkaar heen, om de hoeveelheid oedeem zoveel mogelijk te beperken en welke minder belasting geeft dan zwachtelen of TEK klasse twee?*

Er zijn ook vormen van compressiemateriaal waarbij gebruik gemaakt wordt van een onderkous met klittenband systeem. Zo kan de druk gedurende de dag aangepast worden en zijn patiënten vaak zelf nog in staat het materiaal aan en uit te doen (CircAid, FarrowWrap). Een aanvulling hierbij zou MLD kunnen zijn.

Casus 3

Een mevrouw heeft gemengd oedeem, distaal aan beide benen inclusief voeten. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten zijn naast flink oedeem, schilfering en kleine wondjes zichtbaar. Mevrouw is immobiel en kan alleen kleine stukjes lopen. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen zodat de hielen vrij komen te liggen.

Vragen met betrekking tot casus 3.

6. *Waar moet de verzorging op letten bij cliënten met oedeem die inactief zijn en waarbij geen interventie wordt toegepast om het volume te verminderen?*

Zoveel mogelijk de benen omhoog, zodat bij patiënten die veel zitten door zwaartekracht het oedeem niet nog erger wordt. Passief bewegen van de benen zou ook mogelijk zijn, dus dat een verzorgende de benen in beweging brengt. Als het oedeem zo hevig wordt dat er wondjes ontstaan is het risico op erysipelas verhoogt. De symptomen hiervan moeten vroeg herkend worden zodat er geen ulcus cruris ontstaat.

7. *Welke interventie kan toegepast worden op het gebied van huidzorg om de droogte en schilfering van de huid te verminderen?*

Goede huidverzorging, 2x daags insmeren. Daarbij zou compressie in de vorm van een CircAid of FarrowWrap misschien wat zijn, eventueel alleen het gebruik van de onderkous behorend bij dit materiaal.

8. *Welk advies zou u geven op het gebied van huidzorg gericht op de droge en schilferende huid?*

Indifferente crème/zalf (bijvoorbeeld vaselinecetomacrogolcrème of koelzalf (unguentum leniens), deze zijn hypoallergeen en parfumvrij) in te smeren.

Casus 4

Tijdens een nieuwe opname op een afdeling van het psychogeriatrisch verpleeghuis komt een mevrouw binnen met multi-morbiditeit, zij heeft onder andere obesitas en is immobiel. Daarnaast heeft zij fors oedeem aan de onderste extremiteiten. Dit gaat gepaard met twee wonden op het linker en rechter wreef van de voet en blaren op beide voeten, de huid is droog en er is schilfering aanwezig. Daarbij heeft mevrouw beginnende decubitus op haar stuit ten gevolge van haar immobiliteit. In het verpleeghuis is gestart met de behandeling van de wond en daarbij wordt mevrouw gezwachteld met korte rek zwachtels, hierbij wordt geen gebruik gemaakt van polster. Na

twee weken, tijdens de observatie van de benen, is de wond op het rechterbeen verergerd. Het rechter onderbeen is vurig rood en er zijn kleine scheurtjes in de huid zichtbaar. Tijdens het afhalen van de zwachtels geeft mevrouw erg veel pijn aan.

Vragen met betrekking tot casus 4.

9. *Welke interventies zou u inzetten bij de behandeling van deze cliënt en waarom?*
ACT met Coban over goede wondverzorging. Coban i.v.m. goede polstering. Huidzorg in de vorm van indifferente zalf. MLD als toevoeging, en uiteindelijk een adequate TEK aanmeten.
10. *Welke (zorg)disciplines zou u betrekken bij de behandeling en waarom?*
Huisarts/Dermatoloog i.v.m. erytheem en pijn rechteronderbeen, verdenking ontsteking en blaren. Een verwijzing van de huisarts richting dermatoloog lijkt mij niet overbodig. Daarnaast kan de huisarts eventueel doorverwijzen naar andere specialisten van de patiënt i.v.m. haar multi-morbiditeit. Wondverpleegkundige bij niet verbeteren wondgenezing.

Vragen met betrekking tot alle casussen.

11. *Welke producten zou u adviseren voor de huidzorg voor cliënten met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis en waarom?*
Indifferente crème/zalf (bijvoorbeeld vaselinecetomacrogolcrème of koelzalf (unguentum leniens), deze zijn hypoallergeen en parfumvrij) bij zwachtelen ulcus. Eucerin bodylotion PH5 voor patiënten die TEK dragen, aangezien deze de TEK niet aantast.
12. *Welke verbeterpunten ziet u als huidtherapeut in bovenstaande casussen, die bij dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met oedeem in het verpleeghuis?*
Het is belangrijk in een vroeg stadium het oedeem te bestrijden waardoor een ulcus cruris bijvoorbeeld voorkomen wordt. Het gebruik van het juiste zwachtelmateriaal op de goede manier aangebracht is daarbij van groot belang. Vaak wordt er te lang met onvoldoende werkend materiaal gewerkt waardoor het onnodig lang duurt en veel ongemak voor de patiënt veroorzaakt. Naast de gewone TEK en standaard zwachtels zijn er vele andere vormen van compressiemateriaal waar de medewerkers in het verpleeghuis vaak geen weet van hebben. Dit materiaal is voor veel patiënten wel een oplossing tegen het oedeem. Een huidtherapeut zou er of eerder bijgehaald moeten worden bij 'lastige' gevallen, of zou een soort van cursus kunnen geven wat er is op compressiegebied. Ook qua huidzorg zou dit kunnen.
13. *Op welke manier zouden de verbeterpunten die u bij vraag 12 heeft opgegeven bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg?*
Voorkoming van ernstige klachten zoals een ulcus cruris, erysipelas e.d. door gebruik te maken van integrale oedeemtherapie. Voorkoming van recidief. Voorkoming van onnodig ongemak patiënt. Uit handen nemen van zorg, zodat de verpleging meer tijd heeft voor andere werkzaamheden.

Vragenlijst behandeling van oedeem in het verpleeghuis **Vragenlijst huidtherapeut twee.**

Casus 1

Een 81-jarige mevrouw met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad, daarom zijn er pennen geplaatst. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris.

De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwning van oedeem aan het

rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Vragen met betrekking tot casus 1.

1. *Er is gestart met de wondbehandeling, welke interventie(s) zou u als huidtherapeut inzetten om de behandeling van deze cliënt te optimaliseren?*
Zwachtelen met korte rek
Manuele lymfe drainage
2. *Waarom zet u deze interventie(s) in?*
Zwachtelen met korte rek voor goede compressie, doel verminderen oedeem voor een betere en snellere wondgenezing
Manuele lymfe drainage omdat er een lymfatische component aanwezig is. Het doel is wederom het verminderen van oedeem en een snellere wondgenezing
3. *Zijn er volgens u aandachtspunten uit de casus te halen waar de verzorging, die de behandeling toepast, op moet letten tijdens de zorg voor deze cliënt?*
Let op goede polstering bij rechter onderbeen i.v.m. pennen in het onderbeen, mogelijk vlak onder de huid en dit zou mogelijk plaatselijk te veel druk kunnen geven. Ook moet er goed in de gaten gehouden worden dat er niet met een te grote druk gewachteld wordt i.v.m. decompensatio cordis. Gevolg benauwdheid doordat er ineens een te grote aanvoer van vocht ontstaat in de circulatie wat het hart mogelijk niet aankan.

Casus 2

Meneer, 82 jaar, heeft veneus oedeem met purpura verkleuring ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie. Meneer heeft de ziekte van Alzheimer en heeft in 1999 een CVA gehad, waarna afasie, apraxie en dysartrie is ontstaan. Hij is erg onrustig en slaapt weinig, met als gevolg dat hij veel over de afdeling loopt. Meneer is dus erg mobiel. Meneer heeft pitting oedeem in beide onderbenen, echter wil hij niet gewachteld worden. Meneer heeft wel TEK's klasse twee, maar wil deze niet altijd aan. Doordat meneer snel geagiteerd en agressief kan worden, worden de kousen niet tegen zijn wil in aangetrokken. Als alternatief wordt door de verzorging twee paar sokken over elkaar aangetrokken, zodat het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk beperkt wordt. Dit heeft als gevolg stuwing van vocht boven de randen van de sokken. Er is met de fysiotherapeut de afspraak gemaakt om een meting van de onderbenen te doen om te kijken of de omvang toeneemt. Vervolgens zal er een overleg plaats vinden met de arts om het beleid voor deze cliënt te bespreken.

Vragen met betrekking tot casus 2.

4. *Denkt u dat het aantrekken van twee paar sokken effectief is om het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk te beperken? Waarom wel/niet?*
Als blijkt dat twee paar sokken over elkaar ervoor zorgt dat het oedeem vermindert zou ik zeggen, beter iets dan niet!
5. *Is er volgens u een alternatieve interventie die ingezet kan worden, in plaats van het dragen van twee paar sokken over elkaar heen, om de hoeveelheid oedeem zoveel mogelijk te beperken en welke minder belasting geeft dan zwachtelen of TEK klasse twee?*
Als meneer twee paar sokken wel pikt zou ik als alternatief een herenkous met drukklasse 1 of twee proberen, deze zien eruit als normale herenkousen maar zijn steunkousen. Eventueel een grotere maat bestellen zodat ze wel makkelijk aangaan en hij niet het gevoel heeft dat het steunkousen zijn. Wederom beter iets dan niets.

Casus 3

Een mevrouw heeft gemengd oedeem, distaal aan beide benen inclusief voeten. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten zijn naast flink oedeem, schilfering en kleine wondjes zichtbaar. Mevrouw is immobiel en kan alleen kleine

stukjes lopen. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen zodat de hielen vrij komen te liggen.

Vragen met betrekking tot casus 3.

6. *Waar moet de verzorging op letten bij cliënten met oedeem die inactief zijn en waarbij geen interventie wordt toegepast om het volume te verminderen?*

Zoveel mogelijk de benen hoog leggen overdag ook als ze zit. Ze is niet zo mobiel maar misschien is het mogelijk om op een andere manier iets meer met de benen te bewegen voor een betere doorbloeding en het gebruik van de spierpomp(trappers, voor aan tafel) . Misschien heeft mevr. er geen bezwaar tegen om dagelijks een uurtje in de Lymfapress te liggen tijdens het middagdutje

7. *Welke interventie kan toegepast worden op het gebied van huidzorg om de droogte en schilfering van de huid te verminderen?*

Huidzorg, goede reiniging (spoelen, evt. met steriel water) i.v.m. gevaar voor infectie. En bovengenoemde interventies.

8. *Welk advies zou u geven op het gebied van huidzorg gericht op de droge en schilferende huid?*

In samenspraak met de huisarts een verzorgende, hydraterende crème voor laten schijven.

Casus 4

Tijdens een nieuwe opname op een afdeling van het psychogeriatrisch verpleeghuis komt een mevrouw binnen met multi-morbiditeit, zij heeft onder andere obesitas en is immobiel. Daarnaast heeft zij fors oedeem aan de onderste extremiteiten. Dit gaat gepaard met twee wonden op het linker en rechter wreef van de voet en blaren op beide voeten, de huid is droog en er is schilfering aanwezig. Daarbij heeft mevrouw beginnende decubitus op haar stuit ten gevolge van haar immobiliteit. In het verpleeghuis is gestart met de behandeling van de wond en daarbij wordt mevrouw gezwachteld met korte rek zwachtels, hierbij wordt geen gebruik gemaakt van polster. Na twee weken, tijdens de observatie van de benen, is de wond op het rechterbeen verergerd. Het rechter onderbeen is vurig rood en er zijn kleine scheurtjes in de huid zichtbaar. Tijdens het afhalen van de zwachtels geeft mevrouw erg veel pijn aan.

Vragen met betrekking tot casus 4.

9. *Welke interventies zou u inzetten bij de behandeling van deze cliënt en waarom?*

Zou het kunnen dat er een arteriële component aanwezig is omdat ze zoveel pijn aangeeft tijdens het afhalen van de zwachtels en omdat de wond is verergerd.

Waarom is er gekozen om niet te polsteren, vurig, roodheid en verergering van de wond zou mede hierdoor kunnen komen omdat de druk niet goed verdeelt wordt zonder polstering.

Na uitsluiting arteriële component, evt. inzetten van Lymfapress of FarrowWrap of YoViPak.

10. *Welke (zorg)disciplines zou u betrekken bij de behandeling en waarom?*

Wondverpleging is al ingezet.

Terug naar huisarts/specialist om arteriële component uit te sluiten.

Misschien is het mogelijk om met de fysiotherapeut wat meer te gaan bewegen voor een betere doorbloeding.

Misschien een diëtiste voor gewichtsafname

Vragen met betrekking tot alle casussen.

11. *Welke producten zou u adviseren voor de huidzorg voor cliënten met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis en waarom?*

In overleg met de huisarts, medicinale crèmes afhankelijk van de aandoening en/of hydraterende crème i.v.m. vaak voorkomende droge schilferige huid door slechte doorbloeding (CVI). In de praktijk adviseren wij vaak PH5 van Eucerin, deze mag namelijk ook gebruikt worden als men steunkousen draagt, het tast het rubber in de kous niet aan.

12. *Welke verbeterpunten ziet u als huidtherapeut in bovenstaande casussen, die bij dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met oedeem in het verpleeghuis?*
Meer aandacht voor het lymfatische component, meer overleg met de huidtherapeut ☺ over wondzorg en de verschillende compressie mogelijkheden zoals Lymfapress, FarrowWrap, manuele lymfedrainage e.d.
13. *Op welke manier zouden de verbeterpunten die u bij vraag 12 heeft opgegeven bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg?*
Snellere wondgenezing en minder oedeem met de daarbij horende problemen zoals, ulcus cruris, pijn en immobiliteit.

Vragenlijst behandeling van oedeem in het verpleeghuis
Vragenlijst huidtherapeut drie.

Casus 1

Een 81-jarige mevrouw met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad, daarom zijn er pennen geplaatst. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris.

De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwings van oedeem aan het rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Vragen met betrekking tot casus 1.

1. *Er is gestart met de wondbehandeling, welke interventie(s) zou u als huidtherapeut inzetten om de behandeling van deze cliënt te optimaliseren?*
Wondverzorgster
Huidtherapeut
Verzorgster van het tehuis
2. *Waarom zet u deze interventie(s) in?*
De bovenste interventies zou ik inzetten omdat de samenwerking van deze drie naar mijn idee voor deze patiënt het beste is. Naast de te laten verzorgen moet de patiënt zelf (en haar kamer) ook goed worden gewassen om infecties te voorkomen. De huidtherapeut kan weer helpen het genezingsproces te bevorderen door MLD (later TEK) toe te passen.
3. *Zijn er volgens u aandachtspunten uit de casus te halen waar de verzorging, die de behandeling toepast, op moet letten tijdens de zorg voor deze cliënt?*
Ulcus ruikend en nattend
Stuwings rechter been
Pijnlijke benen

Casus 2

Meneer, 82 jaar, heeft veneus oedeem met purpura verkleuring ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie. Meneer heeft de ziekte van Alzheimer en heeft in 1999 een CVA gehad, waarna afasie, apraxie en dysartrie is ontstaan. Hij is erg onrustig en slaapt weinig, met als gevolg dat hij veel over de afdeling loopt. Meneer is dus erg mobiel. Meneer heeft pitting oedeem in beide onderbenen, echter wil hij niet gezwachteld worden. Meneer heeft wel TEK's klasse twee, maar wil deze niet altijd aan. Doordat meneer snel geagiteerd en agressief kan worden, worden de kousen niet tegen zijn wil in aangetrokken. Als alternatief wordt door de verzorging twee paar sokken over elkaar aangetrokken, zodat het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk beperkt wordt. Dit heeft als gevolg stuwings van

vocht boven de randen van de sokken. Er is met de fysiotherapeut de afspraak gemaakt om een meting van de onderbenen te doen om te kijken of de omvang toeneemt. Vervolgens zal er een overleg plaats vinden met de arts om het beleid voor deze cliënt te bespreken.

Vragen met betrekking tot casus 2.

4. *Denkt u dat het aantrekken van twee paar sokken effectief is om het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk te beperken? Waarom wel/niet?*

Nee, dan kan hij beter niets aan doen omdat je door de sokken een nieuw probleem ontwikkeld; de stuwing

5. *Is er volgens u een alternatieve interventie die ingezet kan worden, in plaats van het dragen van twee paar sokken over elkaar heen, om de hoeveelheid oedeem zoveel mogelijk te beperken en welke minder belasting geeft dan zwachtelen of TEK klasse twee?*

De FarrowWrap zodat deze kan worden aangepast aan wat hij die dag verdragen kan. Deze kan hij misschien zelfs zelf uit doen als hij het even niet ziet zitten. Dit lijkt mij een betere oplossing van de sokken vanwege de stuwing die bij de sokken ontstaat

Casus 3

Een mevrouw heeft gemengd oedeem, distaal aan beide benen inclusief voeten. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten zijn naast flink oedeem, schilfering en kleine wondjes zichtbaar. Mevrouw is immobiel en kan alleen kleine stukjes lopen. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen zodat de hielen vrij komen te liggen.

Vragen met betrekking tot casus 3.

6. *Waar moet de verzorging op letten bij cliënten met oedeem die inactief zijn en waarbij geen interventie wordt toegepast om het volume te verminderen?*

Goed hygiënisch werken

Erop letten dat hij zich niet stoot

7. *Welke interventie kan toegepast worden op het gebied van huidzorg om de droogte en schilfering van de huid te verminderen?*

De verzorgster van het tehuis

8. *Welk advies zou u geven op het gebied van huidzorg gericht op de droge en schilferende huid?*

Het gebruik van Alhydran of Epaderm crème kan de schilferende huid verminderen. Ook moet de patiënt proberen er niet aan te zitten (krabben).

Casus 4

Tijdens een nieuwe opname op een afdeling van het psychogeriatrisch verpleeghuis komt een mevrouw binnen met multi-morbiditeit, zij heeft onder andere obesitas en is immobiel. Daarnaast heeft zij fors oedeem aan de onderste extremiteiten. Dit gaat gepaard met twee wonden op het linker en rechter wreef van de voet en blaren op beide voeten, de huid is droog en er is schilfering aanwezig. Daarbij heeft mevrouw beginnende decubitus op haar stuit ten gevolge van haar immobiliteit. In het verpleeghuis is gestart met de behandeling van de wond en daarbij wordt mevrouw gezwachteld met korte rek zwachtels, hierbij wordt geen gebruik gemaakt van polster. Na twee weken, tijdens de observatie van de benen, is de wond op het rechterbeen verergerd. Het rechter onderbeen is vurig rood en er zijn kleine scheurtjes in de huid zichtbaar. Tijdens het afhalen van de zwachtels geeft mevrouw erg veel pijn aan.

Vragen met betrekking tot casus 4.

9. *Welke interventies zou u inzetten bij de behandeling van deze cliënt en waarom?*

Wondverzorging: voor het verminderen van de wonden, wat in dit geval het belangrijkste is.

Bewegingstherapie: dit zal de patiënt mentaal en fysiek bevorderen

MLD: om het oedeem te verminderen en genezingsproces en de beweging van de patiënt te bevorderen

ACT: om het oedeem te verminderen en genezingsproces en de beweging van de patiënt te bevorderen (als aanvulling op de MLD)

10. *Welke (zorg)disciplines zou u betrekken bij de behandeling en waarom?*
Wondverzorgster, fysiotherapeut, huidtherapeut en verzorgster van het tehuis

Vragen met betrekking tot alle casussen.

11. *Welke producten zou u adviseren voor de huidzorg voor cliënten met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis en waarom?*
De FarrowWrap is heel handig aangezien patiënten deze zelf kunnen verstellen
De aantrek hulpen voor kousen, aangezien het een oudere doelgroep is.
Alhydran en Epaderm crème, dit werkt erg goed tegen een droge huid en dit zie je vaak in tehuizen
12. *Welke verbeterpunten ziet u als huidtherapeut in bovenstaande casussen, die bij dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met oedeem in het verpleeghuis?*
Geen dubbele sokken aantrekken bij iemand met oedeem
13. *Op welke manier zouden de verbeterpunten die u bij vraag 12 heeft opgegeven bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg?*
Door geen dubbele sokken aan te trekken voorkom je stuwing want hierdoor zou je verder van huis zijn, er ontstaat namelijk een nieuw probleem

Bijlage 10. Vragenlijst huidtherapeuten

Vragenlijst behandeling van oedeem in het verpleeghuis

Casus 1

Een 81-jarige mevrouw met dementieel syndroom, waarschijnlijk type alzheimer, heeft veneus oedeem met mogelijk lymfecomponent aan beide benen en ulcus cruris op het rechter been. Mevrouw heeft een weber fractuur van de rechter enkel gehad, daarom zijn er pennen geplaatst. Het verwijderen van de pennen is de mogelijke veroorzaker van haar ulcus cruris.

De ulcus cruris is oppervlakkig en gelokaliseerd op het rechter onderbeen, het is ruikend en nattend. Er is gestart met de wondbehandeling, bestaande uit mepitel absorberend verband en windsels. Het verband wordt één keer in de drie dagen verschoont. Mevrouw gebruikt geen medicatie voor vochtafdrijving en is bij artsen bekend met decompensatio cordis. Tijdens de inspectie is met name distaal van de onderste extremiteiten oedeem zichtbaar en stuwings van oedeem aan het rechteronderbeen, boven het windsel. Uit de palpatie blijkt dat de benen druk gevoelig zijn en er zijn dellen indrukbaar op beide onderbenen.

Vragen met betrekking tot casus 1.

1. *Er is gestart met de wondbehandeling, welke interventie(s) zou u als huidtherapeut inzetten om de behandeling van deze cliënt te optimaliseren?*
2. *Waarom zet u deze interventie(s) in?*
3. *Zijn er volgens u aandachtspunten uit de casus te halen waar de verzorging, die de behandeling toepast, op moet letten tijdens de zorg voor deze cliënt?*

Casus 2

Meneer, 82 jaar, heeft veneus oedeem met purpura verkleuring ten gevolge van Chronische Veneuze Insufficiëntie. Meneer heeft de ziekte van Alzheimer en heeft in 1999 een CVA gehad, waarna afasie, apraxie en dysartrie is ontstaan. Hij is erg onrustig en slaapt weinig, met als gevolg dat hij veel over de afdeling loopt. Meneer is dus erg mobiel. Meneer heeft pitting oedeem in beide onderbenen, echter wil hij niet gezwachteld worden. Meneer heeft wel TEK's klasse twee, maar wil deze niet altijd aan. Doordat meneer snel geagiteerd en agressief kan worden, worden de kousen niet tegen zijn wil in aangetrokken. Als alternatief wordt door de verzorging twee paar sokken over elkaar aangetrokken, zodat het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk beperkt wordt. Dit heeft als gevolg stuwings van vocht boven de randen van de sokken. Er is met de fysiotherapeut de afspraak gemaakt om een meting van de onderbenen te doen om te kijken of de omvang toeneemt. Vervolgens zal er een overleg plaats vinden met de arts om het beleid voor deze cliënt te bespreken.

Vragen met betrekking tot casus 2.

4. *Denkt u dat het aantrekken van twee paar sokken effectief is om het vocht in de onderbenen zoveel mogelijk te beperken? Waarom wel/niet?*
5. *Is er volgens u een alternatieve interventie die ingezet kan worden, in plaats van het dragen van twee paar sokken over elkaar heen, om de hoeveelheid oedeem zoveel mogelijk te beperken en welke minder belasting geeft dan zwachtelen of TEK klasse twee?*

Casus 3

Een mevrouw heeft gemengd oedeem, distaal aan beide benen inclusief voeten. Doordat mevrouw zwachtelen en het dragen van TEK's als onprettig ervaart, is er in samenspraak met de familie, besloten om dit niet meer toe te passen. Tijdens de inspectie van de onderste extremiteiten zijn naast flink oedeem, schilfering en kleine wondjes zichtbaar. Mevrouw is immobiel en kan alleen kleine stukjes lopen. Om decubitus te voorkomen, wordt er gebruik gemaakt van een decubitus preventie kussen zodat de hielen vrij komen te liggen.

Vragen met betrekking tot casus 3.

6. *Waar moet de verzorging op letten bij cliënten met oedeem die inactief zijn en waarbij geen interventie wordt toegepast om het volume te verminderen?*
7. *Welke interventie kan toegepast worden op het gebied van huidzorg om de droogte en schilfering van de huid te verminderen?*
8. *Welk advies zou u geven op het gebied van huidzorg gericht op de droge en schilferende huid?*

Casus 4

Tijdens een nieuwe opname op een afdeling van het psychogeriatrisch verpleeghuis komt een mevrouw binnen met multi-morbiditeit, zij heeft onder andere obesitas en is immobiel. Daarnaast heeft zij fors oedeem aan de onderste extremiteiten. Dit gaat gepaard met twee wonden op het linker en rechter wreef van de voet en blaren op beide voeten, de huid is droog en er is schilfering aanwezig. Daarbij heeft mevrouw beginnende decubitus op haar stuit ten gevolge van haar immobiliteit. In het verpleeghuis is gestart met de behandeling van de wond en daarbij wordt mevrouw gezwachteld met korte rek zwachtels, hierbij wordt geen gebruik gemaakt van polster. Na twee weken, tijdens de observatie van de benen, is de wond op het rechterbeen verergerd. Het rechter onderbeen is vurig rood en er zijn kleine scheurtjes in de huid zichtbaar. Tijdens het afhalen van de zwachtels geeft mevrouw erg veel pijn aan.

Vragen met betrekking tot casus 4.

9. *Welke interventies zou u inzetten bij de behandeling van deze cliënt en waarom?*
10. *Welke (zorg)disciplines zou u betrekken bij de behandeling en waarom?*

Vragen met betrekking tot alle casussen.

11. *Welke producten zou u adviseren voor de huidzorg voor cliënten met oedeem in het psychogeriatrisch verpleeghuis en waarom?*
12. *Welke verbeterpunten ziet u als huidtherapeut in bovenstaande casussen, die bij dragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met oedeem in het verpleeghuis?*
13. *Op welke manier zouden de verbeterpunten die u bij vraag 12 heeft opgegeven bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg?*