

Het beste middel tegen decubitus is communicatie

Auteur:	F. van Wijck
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1999
Pagina:	33
Jaargang:	19
Nummer:	7
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	decubitus communicatie prevalentie risicoscore
Literatuur:	

De decubituszorg heeft een goed niveau en de industrie biedt voldoende hulpmiddelen aan voor preventie en behandeling. Toch blijven patiënten doorliggen als ze met een minder goede algemene gezondheidstoestand gedurende langere tijd moeten liggen of zitten. Naast hulpmiddelen mag vooral van communicatie veel verwacht worden als de behandelaars hierin winst willen boeken.

Lenny Asjes, decubitusverpleegkundige in het Medisch Centrum Leeuwarden, is bekend met het "Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus" dat vorig jaar vanuit de vakgroep verplegingswetenschap van de Universiteit van Maastricht is opgezet. Ze deelt de bezorgdheid van haar beroepsgenoten over de prevalentie van decubitus in de tweedelijns gezondheidszorg, maar vraagt zich wel af of werkelijk zo vaak sprake is van stadium I als algemeen wordt aangenomen. 'Als je 's ochtends meet, kun je je afvragen in hoeverre roodheid van de huid niet gewoon wordt veroorzaakt door een nacht slapen in één houding. Test je deze patiënten later op de dag nog een paar keer, dan merk je dat het erg meevalt. Van die groep blijft dan slechts een zeer gering percentage over.' Asjes is ervan overtuigd dat dit niet alleen te maken heeft met het meetmoment, maar ook met de ervaring van de persoon die de meting verricht. Een heel simpele test, met hiervoor ontwikkelde half bolle glaasjes, biedt uitkomst om dit probleem te ondervangen. Als de roodheid wegtrekt als je zo'n glaasje op de huid legt, is er niets aan de hand. Die test kan iedereen naar behoren uitvoeren.

Over de prevalentie van decubitus in de stadia II, III en IV maakt ze zich meer zorgen. 'Als je kijkt naar wat je allemaal aan hulpmiddelen kunt inzetten, zijn die percentages wel hoog', vindt ze. Toch is ze er van overtuigd dat dit niet aan de zorgverlening op zich te wijten is. 'De zorg heeft een goed niveau', luidt haar overtuiging. 'Wat wel tekortschiet, is het structureel overleg om risicopatiënten te bespreken. Als je dat nalaat, mis je dingen. Winst mag je dus vooral verwachten door hier structuur in te brengen. Op dit moment is het decubitusrisico niet op een apart formulier vastgelegd binnen de status van de patiënt. Het is geen vast onderdeel van het verpleegplan. Dat is jammer. De mensen op de werkvloer zijn snel geneigd te denken dat het extra werk is ook hieraan nog eens aandacht te besteden. De werkdruk is al zo hoog. Maar goede preventie kan juist tijdswinst opleveren. Er is een omslag in het denken nodig om dit te gaan beseffen en ernaar te gaan handelen.'

Netwerk en leergang

De decubitusverpleegkundige in het ziekenhuis is de aangewezen persoon om kennis over te dragen en die omslag in het denken te bewerkstelligen. Maar op dit moment is het voor verpleegkundigen nog niet gewoon om zo'n deskundige erbij te roepen. 'Ik heb het idee dat de drempel nog wat te hoog is', zegt Asjes. Communicatie is volgens haar het sleutelwoord om hiervoor een oplossing te bieden. Maar dan wel communicatie die in alle instellingen in ons land van hetzelfde kwaliteitsniveau is. Om dat doel te bereiken is als onderdeel van de Woundcare Consultants Society het Netwerk Verpleegkundige Decubitusconsulenten opgezet, het NVDC. Hulpverleners en betrokkenen kunnen hier informatie opvragen over decubitus. Asjes: 'Het wondenboek van de WCS heeft wel een hoofdstuk over decubitus, maar de kennis over de aandoening ontwikkelt zich. Steeds weer doen zich nieuwe vragen voor en de antwoorden daarop moeten leiden tot een landelijke verbetering van de decubituszorg, waaraan elke instelling zijn eigen accenten kan verlenen.' Inmiddels telt het netwerk vijftig decubitusconsulenten, maar regelmatig melden zich nieuwe mensen aan. De meerwaarde kan volgens Asjes groot zijn. 'Andere zorgverleners hebben vaak nog onvoldoende zicht op de inhoud van ons werk en op de achterliggende oorzaken van decubitus. Dat beperkt zich niet tot wisseligheden of hulpmiddelen en het correcte gebruik ervan, maar heeft bijvoorbeeld ook te maken met de keuze voor bedden en matrassen. Het netwerk wil die informatie stroomlijnen en zorgen voor een betere uitwisseling.'

Daarnaast start in september de werkleergang kwaliteit decubituspreventie. Het initiatief tot de opzet hiervan komt van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, dat een opleiding wilde opzetten om steun te bieden aan decubitusconsulenten. Niet iedereen komt voor deelname aan deze leergang in aanmerking. Een cursist moet minimaal een half jaar werkzaam zijn als decubitusconsulent en het ziekenhuis moet deelnemen aan het eerder genoemde prevalentie-onderzoek. Deelnemers krijgen vijf cursusdagen en twee maal individuele consultatie, waarbij de beroepspraktijk van de verpleegkundig decubitusconsulent centraal staat. Uitgangspunt vormt de situatie in de eigen instelling op het gebied van decubitusbeleid. 'De leergang biedt beleidsmatige ondersteuning'; aldus Asjes. 'De deelnemers leren de situatie binnen hun eigen instelling te analyseren en daarvoor een veranderplan op te stellen.' Onderhandeling over het decubitusbeleid maakt een belangrijk onderdeel uit van de cursus. Cursisten moeten na afloop in staat zijn een beleidsdiscussie aan te gaan, collega's te motiveren tot preventiebeleid en beter te onderhandelen. Ook hier is communicatie dus weer het sleutelwoord.

Frank van Wijck