

Decubitus preventie

Auteur:	A. Leenman
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1997
Pagina:	50-52
Jaargang:	13
Nummer:	5, congresnummer
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	voordracht
Kernwoorden:	decubitus preventie wondbehandeling wrijven
Literatuur:	

Decubitus is elke degeneratieve verandering van weefsels die tot stand komt onder invloed van hierop inwerkende druk- en/of schuifkrachten. Hierbij kan een kortstondige hoge belasting van weefsels hetzelfde effect hebben als een langdurige lage belasting. Waarom kom ik over decubitus preventie praten, dit hoort toch een onderdeel te zijn van de verpleegkundige zorg! Florence Nightingale (1859) omschreef decubitus al in haar "Notes on Nursing: What is and is not." If a patient has a bedsore, it is generally the fault not of the disease, but of nursing. (vertaling: als een patiënt decubitus heeft, is dat in het algemeen niet te wijten aan zijn ziekte, maar aan de verpleging) Is deze uitspraak ondertussen niet wat achterhaald?

Helaas is het in de praktijk nog niet altijd zo. Als jullie denken dat komt misschien alleen in mijn ziekenhuis voor. Mis! Een aantal verpleegkundigen die zich bezighouden met (in principe preventie) decubituszorg, hebben ondertussen een netwerk (NVDC) opgezet om met elkaar te kijken wat voor structuur wij kunnen aanbrengen in de decubituspreventie en behandeling (multidisciplinair) en hoe wij dit kunnen implementeren op de afdelingen en onderhouden. Want juist bij dit probleem komt het aan op de kennis en de handelwijze van de verpleegkundige die in samenwerking met de behandelend arts c.q. dermatoloog, die voortdurende aandacht en zorg geeft.

Maar nog even terug naar de grondbeginselen:

In veel ziekenhuizen en in de thuiszorg wordt de standaard preventie gegeven volgens de richtlijnen van het CBO en dit behoort bij een ieder in de organisatie bekend te zijn.

Richtlijnen:

- observeren en rapporteren van mogelijke drukplaatsen
- patiënt informeren en instrueren over decubitus
- zorgen voor een gladde en schone onderlaag
- zorgen voor voldoende lichamelijke en hygiënische verzorging
- voorkomen van beschadigingen van de huid.
- wisselgeving/wrijven
- voeding
- specifieke bedden

Het zou te veel tijd vergen om het gehele decubituspreventiebeleid hier te bespreken maar ik

wil er toch twee items uithalen namelijk:

- Wisselliging/wrijven
- Het gebruik van specifieke bedden

Hoe komt het dat een van deze preventiemaatregelen de afgelopen jaren een sluitpost van de zorg is geworden. Ik bedoel hiermee de wisselliging. Komt dit door de kortere opnames, de technische ontwikkelingen, door alle bezuinigingen in de gezondheidszorg? Helaas moet ik hier het antwoord op schuldig blijven.

Door het regelmatig geven van wisselliging aan de patiënt, wordt voorkomen dat door langdurig dichtdrukken van de bloedvaten in de huid, afster-ving van de huid ontstaat. Hoe zinvol is het om een patiënt wisselliging te geven en hoe kan ik collega's ervan te overtuigen dat het geven van wisselliging als preventiemaatregel goed past in de totaliteit en kwaliteit van zorg.

In eerste instantie verwijs ik altijd naar het decubituspreventiebeleid dat naar aanleiding van de CBO consensus geschreven is. Verder bekijk ik met de verpleegkundige bij de patiënt naar de individuele mogelijkheden (i.v.m. ziektebeeld) en wordt wisselliging aangepast aan de omstandigheden. Kan er bij een patiënt geen wisselliging gegeven worden dan adviseer ik om te gaan zoeken naar andere opties. Een van de mogelijkheden is tevens de 30 gradenhouding. De 30 gradenhouding betekent dat de druk door een stukje draaien met de ondersteuning van een kussen, het onderste been minimaal gebogen ter hoogte van de knie, veranderd word.

Een tweede mogelijkheid is de buikligging. Veel patiënten vinden dit een onprettige houding, maar op de Intensive Care afdeling in het Dijkzigt ziekenhuis wordt deze methode met goed succes toegepast.

Wat doe ik verder om te toetsen.

- instellen van een wisselschema aan het bed van de patiënt, die door de verplegende/verzorgende afgetekend dient te worden, hierdoor kan je de tijdsduur en de continuïteit van zorg ten aanzien van de decubitus bewaken. Wisselen kost evenveel tijd als er naast zitten en een praatje te maken.
- door middel van het verpleegdossier worden de ervaringen beschreven en kan het preventiebeleid aangepast/bijgestuurd worden.

Wrijven:

Het geloof in de werking van wrijven is wijd verspreid, veel patiënten geven aan dat het zo prettig is. Waarom? Aandacht? In een andere houding liggen?

In de CBO consensus wordt aangegeven dat: Veel van de vermeende werkzaamheid van lokale middelen berust op het feit dat patiënten voor de applicatie gekeerd moeten worden, waardoor drukontlasting verkregen wordt. Dit lokale smeermiddel kan bescherming bieden tegen uitdroging, maar kan tevens een schadelijk effect hebben op een rode huid. Wanneer de huid rood is, wijst dat erop dat de bloedvaten verwijdt zijn. Bij wrijven kan er weefselschade ontstaan.

N.B.

Helaas summier beschikbare literatuur leidde tot de hypothese dat wrijven alleen zinvol is ter preventie van decubitus, wanneer dit gebeurt op een normale onbeschadigde huid. Het wrijven van rode huid vergroot de kans op decubitus. Wij streven ernaar om zo min mogelijk te smeren., en dan nog luchtig aanbrengen. Hoe komt het dan dat er op jaarbasis nog zo'n

1187 tubes lanettewascreme door de apotheek in ons ziekenhuis uitgegeven worden? Door het invoeren van een andere handencreme hebben wij geprobeerd om bewuster met dit item om te gaan.

Om dit onderdeel af te sluiten zou ik willen zeggen: Observeer en maak vanuit die observatie de juiste beslissing. Ga met elkaar in overleg /c.q.discussie met betrekking tot wisselgeving en wrijven.

Het volgende onderwerp dat ik, zoals in het begin gezegd, wil aansnijden in het kader van decubituspreventie c.q. behandeling is het gebruik van specifieke bedden. Bij ons in de kliniek wordt nu gewerkt met andere matrassen, deze matras-sen zijn zachter. De matras bestaat uit een harde kern met een in blokjes gesneden schuimrubberbovenlaag. Hier overheen zit een semi-permeabele hoos. Daarover heen wordt geen laken gebruikt maar een molton hoos. Het voordeel van het verplegen van een patiënt op een molton is dat het absorptievermogen groter is, als zachter ervaren wordt en minder kreukels in bed geeft. Na een testperiode van ½ jaar bleek dat het aantal patiënten met decubitus tot de helft gedaald was. Dit lag niet alleen aan de matras, maar ook aan de herimplementatie van het decubitusbeleid en het betrekken van de preventie als onderdeel bij het opstellen van het zorgbeleid. Tevens werden deze matrassen door de patiënt als comfortabeler ervaren, dit bleek bij overplaatsing naar de testafdeling. Ondertussen hebben wij reeds 3/4 van de matrassen in de kliniek veranderd.

Wat verstaan wij onder specifieke bedden?

In de specificatie wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen preventie en behandeling. Om alle bestaande matrassen te benoemen en niemand te vergeten, heb ik een globale benaming gebruikt:

Preventie: vezelmatrassen, luchtbedden, blokkenmatrassen.

Behandeling: Air-fluidised, Zandbed.

Vanuit diverse ziekenhuizen (AZU, AZM, AZL,) heb ik indicatiestellingen opgevraagd, waaraan een patiënt, moet voldoen om in aanmerking te komen voor een specifiek bed. Al deze indicaties heb ik naast elkaar gelegd en gezien dat deze goed met elkaar overeen komen.(een globaal trefwoordenoverzicht).

Indicaties:

- immobiliteit
- beademingspatiënt
- comateus/zeer zwaar
- dwarslaesie
- decubitus stadium III/IV

Wat doe ik met een aanvraag voor een specifiek bed? Op het moment dat ik een consult krijg voor een specifiek bed, ga ik naar de verpleegafdeling en bekijk samen met de verpleegkundige waarom er een aanvraag is gedaan.

Er wordt dan getoetst of aan alle (decubitus) preventieve handelingen voldaan zijn (inclusief voedingsanamnese, indien mogelijk), en wat de prognose, mogelijkheden van de patiënt en behandelbeleid van de arts is. Op basis van die gegevens gaan we samen kijken of er een speciaal bed nodig is en welk bed dat dan moet zijn. Daarna spreek je met de verpleegkundige evaluatie tijdstippen af, om het beleid evalueren, te handhaven en/of bij te sturen. Dit wil niet zeggen dat ik geen bed inzet, wanneer een patiënt niet zou voldoen aan de indicaties zoals op de dia vernoemd. Er kunnen zich altijd situaties voor kunnen doen, waarbij je moet afwijken

van de in de organisatie bekend zijnde indicatiestellingen. Indicatoren die een reden kunnen zijn om wel een bed te geven zijn :

Pijn (b.v. Morbus Kahler), geen wisselliging kunnen geven bij langdurig bedlegerig zijn (zonder in een terminale fase te zijn), terminale fase.

In elke situatie wordt er van ons verwacht een verantwoorde afweging te maken naar gevoel en verstand, het inschatten van de situatie en de gevolgen.

Indicatoren om geen bed te geven:

- Geen goede argumentatie om een bed in te zetten
- Cliënt wil niet
- Verzekeringstechnisch

Een van de moeilijkste situaties vindt ik nog steeds, als je een specifiek bed ingezet hebt ter preventie van decubitus en de patiënt komt onver-wachts in een terminaal stadium.

Het beleid wordt abstinieren en de patiënt mag dan van het specifieke bed af.

Wat dan? De patiënt heeft geen herstelprognose meer.

Wat voor argumentatie heb ik dan nog om de patiënt op het bed verder te verplegen?

Mijn visie hierin is:

De patiënt heeft het recht om op een waardige wijze en zonder pijn of andere bedcomplicaties op de best mogelijke manier verpleegd/verzorgd te worden.

Conclusie:

Het wel of niet inzetten van specifieke bedden blijft buiten de vastgestelde indic-ties, een aan de situatie gebonden inschatting van verpleegkundige en arts (indien mogelijk) in overleg met patiënt.

A. Leenman, Verpleegkundig specialist in het Lorentzziekenhuis te Zeist. Aandachtsgebieden zijn decubituspreventie/behandeling.