

## WELKE WONDBEHANDELING IS GEWENST?

J. Piersma

De vraag: "Wat plak je waarop en waarom?", is een veel gehoorde vraag met betrekking tot de wondverzorging van decubitus. In de praktijk wordt deze vraag vaak gesteld door verpleegkundigen. Het blijkt moeilijk te zijn voor verpleegkundigen om om te gaan met de verscheidenheid in wondverbanden, ondanks protocollering en afspraken. Maar ondanks de diverse afspraken en richtlijnen blijkt, dat decubituswonden op verschillende manieren worden verbonden, volgens verschillende inzichten en redenen. Dit heeft verschillende oorzaken. Er zijn de afgelopen jaren nogal wat wondverbanden op de markt gekomen. Elke firma voert een verbandlijn en door deze diversiteit en verschillende toepassingsmogelijkheden wordt het steeds moeilijker een keuze te maken. Enerzijds door het specifieke karakter van de wondverbanden, anderzijds door een gebrek aan criteria om de keuze te onderbouwen voor gebruik. Het gebrek aan goed wetenschappelijk onderzoek op dit gebied maakt het er vervolgens ook niet makkelijker op.

Ook is de aandacht voor wonden en hun behandeling de afgelopen jaren toegenomen. Het zit in de "lift". Het lijkt erop dat meer en meer verpleegkundigen zich gaan specialiseren op dit gebied. Het multi-disciplinaire karakter van de wondverzorging zal hierdoor versterkt worden.

### DE STADIUM INDELING VAN DECUBITUS

Het CBO heeft in 1986 een consensusbijeenkomst gehouden met het doel een richtlijn decubituspreventie en -behandeling te ontwikkelen. Deze is in 1992 op een aantal onderdelen herzien.

Alvorens er iets gezegd kan worden over de wondbehandeling van decubituswonden is het belangrijk de stadium indeling te bekijken.

De verschillende stadia (CBO '92) worden zo omschreven:

**STADIUM 1: LOKALE ROODHEID EN/OF CYANOSE; NIET WEGDRUKBAAR.**

**STADIUM 2: BLAARVORMING**

**STADIUM 3: OPPERVLAKKIGE DECUBITUS**

**STADIUM 4: DIEPE DECUBITUS**

Het wel of niet aanwezig zijn van necrose (a en b) zoals dit in de versie van 1986 nog wel naar voren komt is in deze definiering achterwege gelaten. Men vond dat de a. en b. indeling niet in overeenstemming was met de pathologie. Tevens was er het argument dat de nederlandse indeling geen vergelijking met internationale onderzoeken toestond.

In de afgelopen jaren is er door middel van het landelijk prevalentie onderzoek opnieuw een consensus gezocht naar de omschrijving van de verschillende stadia. Voor het preva-

lentie onderzoek was het van groot belang dat de decubitusstadia duidelijk werden gedefinieerd om ze te kunnen herkennen en te kunnen noteren tijdens de screening.

De omschrijving van decubitus voor het prevalentie onderzoek is als volgt omschreven:

**STADIUM 1: VERKLEURING VAN DE HUID, DIE NIET WEGDRUKBAAR IS.**

**STADIUM 2: HUIDLETSEL BEPERKT TOT DE OPPERHUID EN/OF BLAARVORMING, EN/OF ONTVELLING, ZONDER ONDERMIJNING VAN HET ONDERLIGGENDE WEEFSEL.**

**STADIUM 3: HUIDLETSEL VAN OPPERHUID EN LEDERHUID (ONDIEPE DECUBITUS).**

**STADIUM 4: HUIDLETSEL VAN OPPERHUID EN LEDERHUID, WAARBIJ HET ONDERLIGGENDE BOT, PEES OF KAPSEL KAN ZIJN AANGEDAAN (DIEPE DECUBITUS).**

Met deze omschrijving van de stadia 2 en 3 wordt duidelijk dat een ontvelde wond tot de stadium 2 wond behoort terwijl dit in de consensus van 1986 als stadium 3 wordt genoemd. Hieruit blijkt dat de benoeming en beoordeling van decubituswonden een moeilijke gelegenheid is en in de loop van de jaren verandert door nieuwe ontwikkelingen en zienswijzen.

Inmiddels heeft een Europese werkgroep de EPUAP (European Pressure

Ulcer Advisory Panel) een vergelijkbare indeling uitgebracht. Deze werkgroep met deelnemers uit verschillende landen heeft als doel om de kennis van en over decubitus uit te wisselen waardoor het probleem onderling vergelijkbaar gaat worden en ontwikkelingen sneller in een Europees verband aangepakt kunnen worden.

### WONDBEHANDELINGS-METHODEN

In de consensusrichtlijn van het CBO wordt aangegeven welke wondbehandeling nagestreefd zou moeten worden. De wondbehandeling wordt zo eenvoudig mogelijk gehouden. Teveel middeltjes zijn uit den boze. Dit vloeit voort uit de verschillende behandelpraktijken die de verpleegkundigen in de jaren 70 eropna hielden. Er is wat afgedokterd in die tijd. De behandelingsmethoden die in de richtlijn zijn opgenomen zijn de volgende:

**STADIUM 1: GEEN ACTIEVE WOND-BEHANDELING, MAAR EEN INTENSIVEREN VAN DE PREVENTIEVE MAATREGELEN**

**STADIUM 2: PERMEABEL VERBAND (ER WORDT IN HET MIDDEN GELATEN WAT HIERMEE WORDT BE-DOELD EN HOE VAAK WISSELING WENSELIJK IS)**

**STADIUM 3: NECROSE VERWIJDEREN MET SCHAAR/PINCET, EUSOL**

**OF ENZYMATISCHE NECROSE-  
OPLOSSER**  
**WONDRANDEN BESCHERMEN MET  
ZINKOLIE**  
**WOND ZONODIG UITSPOELEN MET  
WATER**  
**GEÏNFACTEERDE WONDBODEM  
BEHANDELEN MET EUSOL-PARAFFI-  
NE OPLOSSING**  
**STADIUM 4: ALS BIJ STADIUM 3  
EVENTUEEL SCHUIMVERBAND BIJ  
SCHONE WONDEN**

Het WCS geeft in het wondenboek een vergelijkbare wondbehandeling aan.

Wel wordt in het algemene gedeelte van het wondenboek aangegeven dat het creëren van een vochtig wondmilieu wondgenezing bevordert. In de richtlijn van de EPUAP ('97 en '98) wordt in het kader van de wondbehandeling ook gesproken van het creëren van een vochtig wondmilieu. Wondverbanden behoren volgens deze richtlijn zo lang mogelijk te blijven zitten, zoals door de fabrikant wordt aangegeven. Tevens wordt in de richtlijn van de EPUAP en het wondenboek van het WCS genoemd dat een frequente verbandwisseling het genezingsproces ernstig kan vertragen.

### DE PRAKTIJK

In een aantal zorginstellingen is de werkwijze met de eusol en de zinkpasta de afgelopen jaren afdoende geweest bij de behandeling van decubitus. Ook het gebruik van hydrocolloïden bij de behandeling van decubituswonden is een bekend fenomeen. Maar het aantal stadia 3 en 4 komt minder frequent voor dan in de jaren 80. Daarbij blijkt dat door de vergrijzing het aanbod van patiënten ook veranderd. Het vóórkomen van schuifkrachten is bij oudere mensen een grote risicofactor. Door schuiven over een onderlaag kan de hydrocolloïd makkelijk gaan oprullen. Dit geeft weer meer kans op decubitus.

Zeven jaar na het uitkomen van de CBO consensus en 2 landelijke prevalentie onderzoeken rijker, wordt duidelijk dat de wondverzorging van decubitus in de verschillende instellingen zeer verschillend vorm wordt gegeven. Het is een verrassing wat de

uitkomst is. Het is een zeer divers beeld.

Na alle publicaties over wonden en wondgenezing, wondverbanden en hun mogelijkheden, de scholing die door instellingen, industrie en WCS gegeven wordt en de opkomst van de decubitus consultant c.q. wondverpleegkundige, lijkt het erop dat er van enige afstemming in het wondbeleid nog geen sprake is.

Maar er wordt hard gewerkt om preventieve maatregelen een onderdeel te laten zijn van de verpleegkundige zorg. Er is duidelijkheid over preventie en de maatregelen, maar in de wondbehandeling is er van een richting en eenduidigheid nog geen sprake. Mogelijk dat de verantwoordelijkheden in het aansturen van een wondbeleid nog niet duidelijk zijn. Is het de behandelend specialist of een specialist die de decubitus naar zich toe heeft getrokken? Of speelt de decubitusconsultant hierin ook een rol en heeft ze zich nog niet genoeg kunnen profileren?

De resultaten van het prevalentie onderzoek laten zien dat de consensus richtlijn van het CBO z'n langste tijd heeft gehad. Met de ontwikkelingen op het gebied van de wondbehandeling en verzorging is een herziening van het wondbeleid op z'n plaats. Het prevalentie onderzoek blijft een momentopname, maar vergeleken met de uitkomsten van '98 zijn er voor wat betreft het wondbeleid weinig verschillen tussen het eerste en het tweede onderzoek. Er is voor gekozen om alleen cijfers van de ziekenhuizen en thuiszorg te laten zien.

### STADIUM 1 (FIG. 1)

In 1999 hebben 3 academische en 37 algemene ziekenhuizen en 6 thuiszorginstellingen meegedaan.

In het academisch ziekenhuis en het algemeen ziekenhuis wordt in ongeveer 80% van de gevallen geen of een droog verband gebruikt. Dit is in de thuiszorg bijna 60%. Bij stadium 1 worden regelmatig andere verschillende verbanden gebruikt. Waar sprake is van een niet-wegdrukbaar roodheid, worden hydrocolloïden, schuimverband en anti-bacteriële

zalfgazen gebruikt. Vooral in de thuiszorg wordt relatief veel gewerkt met hydrocolloïden, folie en zalfgazen. In de ziekenhuizen wordt in ongeveer 70% van de gevallen geen of een droog verband aangebracht. Tot het "overig" gebruik kunnen nog pasta's of creme behoren. Opvallend is het gebruik van het schuimverband in de academische ziekenhuizen. De vraag rijst dan welke werking aan het verband wordt toegekend voor een intacte huid.

### STADIUM 2 (FIG. 2)

Bij de stadium 2, de blaarvorming of de ontveling, is een nog gevarieerder beeld te zien. In 50% van de gevallen wordt in de ziekenhuizen geen wondbeleid afgesproken terwijl dit in de thuiszorg ongeveer 30% is. Hydrocolloïden hebben in de thuiszorg een grote voorkeur, maar worden in de ziekenhuizen ook met 17% het meeste gebruikt. Opvallend is dat het schuimverband in het Academische ziekenhuis ook hier weer naar voren komt en meer wordt gebruikt dan in het algemeen ziekenhuis en de thuiszorg.

### STADIUM 3 (FIG. 3)

Bij de behandeling van de stadium 3 wonden lijkt het of de academische ziekenhuizen afhaken. In ongeveer 60% van de gevallen wordt geen wondbeleid afgesproken. We moeten dus aannemen dat een patiënt met een stadium 3 wond op welke plek dan ook geen behandeling krijgt en eventueel afgedekt wordt met een droog gaas of absorberend verband. Bij deze wonden zitten ook de wonden met necrose. Het is bekend dat een necrotische hak in een droog stadium eerst nog niet behandeld wordt. Het wegnemen van druk is in dit stadium het meest belangrijk.

In de algemene ziekenhuizen wordt van alles wat gebruikt, maar ook daar vindt in 30% van de gevallen geen behandeling plaats. In de thuiszorg wordt duidelijk dat de wijkverpleegkundige geen behandeling niet toestaat. Krijgt de huisarts z'n zin krijgt dan wordt het een anti-bacterieel gaas en heeft de wijkverpleeg-

## Stadium 1

• Prevalentie onderzoek Nederland	acad.zh	alg.zh	thuiszorg
• droog	14.6	26.2	24.3
• alginaat	0	0	0
• folie	.7	2.6	6.1
• hydrocolloid	4.4	6.2	11.6
• foam	5.1	.1	0
• unitulle	1.5	.2	0
• rest	6.6	7.2	14.4
• geen	66.4	56.3	33.1

## Stadium 2

• Prevalentie onderzoek Nederland:	acad.zh	alg.zh	thuiszorg
• droog	16.9	22.8	20
• alginaat	1.4	1.4	2.6
• folie	5.6	4.6	6.1
• hydrocolloid	16.9	16.7	40
• foam	7	1.1	0
• unitulle	0	2.1	2.6
• rest	7.0	30.6	7.8
• geen	42.3	30.6	7.8

## Stadium 3

• Prevalentie onderzoek Nederland:	acad.zh	alg.zh	thuiszorg
• droog	24.1	17.3	9.2
• alginaat	7.4	5.5	3.1
• folie	0	1.4	3.1
• hydrocolloid	14.8	16.2	35.4
• foam	0	6.6	1.5
• unitulle	1.9	4.1	1.5
• rest	5.6	12.4	9.2
• geen	46.3	14.6	0

kundige het voor het zeggen, dan wordt het een hydrocolloid.

**STADIUM 4 (FIG. 4)**

Bij de wondbehandeling van de stadium 4 is de twijfel toegeslagen in de thuiszorg want het is redelijk terughoudend in het wondbeleid door anti-bacteriële zalfgazen, necroseoplossers en vet-gazen te gebruiken. Het aantal patiënten dat een droge behandeling krijgt komt hier op zo'n 10%. Het gebruik van hydrocolloïden (10%) loopt terug en het alginaat (20%) wordt meer gebruikt. In het algemeen ziekenhuis blijft het gevarieerde beeld bestaan, waarbij ook nog weer in 20% van de gevallen geen wondbehandelingsbeleid is. In de academische ziekenhuizen neemt het gebruik van de hydrocolloïden toe bij de stadium 4 wonden, maar hier wordt in 45% van de gevallen geen wondbehandeling afgesproken en zelfs geen droog verband gegeven.

Wanneer de gegevens gecombineerd worden met de kwaliteitsindicatoren van het prevalentie onderzoek, blijkt een behandelprotocol in de academische instellingen voor 100% aanwezig, terwijl dit in de algemene ziekenhuizen voor 70% is en in de thuiszorg voor 80%.

Ook is er een verantwoordelijke persoon in de instellingen aanwezig die het protocol bijhoudt en onder de aandacht brengt (resp. 100%, 89%, 67%). Dit geeft dus stof tot nadenken.

Om het kort samen te vatten komt het er op neer dat nu wel overduidelijk blijkt dat we aan de slag moeten, willen we de resultaten van het prevalentie onderzoek verbeteren. Het grijze gebied wat wondbehandeling en -verzorging heet heeft nog weinig structuur. De inhoud is wel voorhanden, maar er zijn een aantal vragen die beantwoordt moeten worden. Hoe maken we wondbehandelingsbeleid, voor welke beroepsgroepen, voor welke patiëntencategorieën en hun instellingen, hoe brengen we het, wie brengt het, wie is waar verantwoordelijk voor.

Het kant en klare recept model waar we mee opgegroeid zijn lijkt niet

#### Stadium 4

##### • Prevalentie onderzoek Nederland:

	acad.zh	alg.zh	thuiszorg
• droog	0	12.9	11.1
• alginaat	0	18.1	22
• folie	0	0.9	0
• hydrocolloid	23.1	13.8	11.1
• foam	0	.9	0
• unitulle	7.7	3.4	2.2
• rest	15.4	12.9	11
• geen	46.2	6.0	0

meer te voldoen in deze tijd. Daarvoor is de diversiteit aan mogelijkheden te groot geworden.

#### VOCHTIGE WOND-BEHANDELING

Het ideale milieu voor epithelialisatie blijkt een vochtige, beschermde wond te zijn. In de jaren 60 toonde Winter in een studie bij varkens aan, dat een onder occlusief verband afgedekte wond, aanzienlijk sneller geneest dan een onafgedekte wond. Het principe van vochtige wondbehandeling komt erop neer dat in een vochtig wondmilieu de autolytische processen het meest tot z'n recht komen. Dat wil zeggen dat de macrofagen, fibroblasten, groeifactoren, hormonen en enzymen in de wond aanwezig blijven om het reinigingsproces en genezingsproces voort te kunnen zetten en dus niet 3x per dag bij een verbandwisseling verwijderd worden. Het risico op infectie vermindert, omdat een wond minder frequent verschoond wordt. Pijnsensaties worden tegengegaan vanwege het stootkussen effect wat met de bescherming en het vasthouden van vocht in de verbanden gecreeert wordt.

Het tijdperk van het droog verbinden is hiermee aan z'n eind gekomen. We moeten leren omgaan met verbanden die langer kunnen blijven zitten en een wond met rust laten. Dit lijkt een moeilijke opgave. Veel hulpverleners vinden het vervelend

om de wond niet regelmatig te inspecteren. Toch kan dit probleem met een goede verslaglegging met observatiepunten voor de wond opgelost worden. En dat is wat er veelal afwezig blijkt te zijn, er is geen goede inzichtelijke documentatie over wonden en de afspraken daarover. En dus blijft evaluatie vaak achterwege. En wordt de mogelijkheid om ervaring te vergaren onvolledig benut.

In de verslaglegging van wonden moeten een aantal wondbeoordelingsaspecten die wekelijks gecontroleerd worden opgenomen worden.

#### WONDBEOORDELINGSASPECTEN OF WONDBEELD

- Beschrijving van de wond:
  - oorzaak
  - plaats en tijd
  - vorm, grootte en diepte
  - wondclassificatie (zwart, geel of rood)
  - exsudaatvorming (veel, matig, weinig of droog)
  - geur (geen, weinig, veel)
  - wondpijn (geen, weinig, veel)
  - eventueel specifieke bacterie en infectie
  - vitaliteit wondranden (onderminning en doorbloeding)
  - analyseren van belemmerende factoren (diabetes, vaatklachten, etc.)
- De keuze voor een bepaald wondverband is afhankelijk van de wond die je ziet als hulpverlener en wat je weet van de situatie van de patiënt

en bloedonderzoek.

Het is van belang een wond te diagnosticeren. Het in kaart brengen van de wond met al z'n verschillende aspecten. Het classificatiemodel is een onderdeel van deze wondbeoordelingsaspecten.

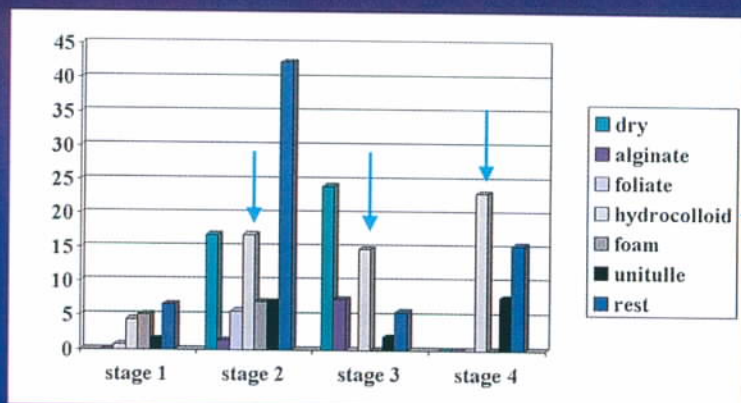
In het classificatiemodel is het aanwezig zijn van necrose, fibrinebeslag of granulatiweefsel een van de kenmerken om te komen tot een keuze in wondverbanden. Dit classificatiemodel is bedoeld als hulpmiddel bij het bepalen van het doel van de wondbehandeling. De kleur geeft een bepaling weer van de toestand van de wond en geeft met andere observatiepunten een richting aan voor het te kiezen scenario van de wondbehandeling.

Rapportage verhoogt het systematisch gebruiken van verbanden en toont aan welke effect het heeft. Wanneer vermeld wordt in een dossier dat er om de dag een hydrocolloid wordt aangebracht op bijvoorbeeld een ontvelde wond met weinig exsudaat dan kun je dit bijsturen. Is er niets bekend, dan kan na verloop blijken dat het stripeffect de wond verergert. Er wordt te vaak een verband verwisselt terwijl een hydrocolloid bedoeld is om vocht te kunnen opnemen en langer kan blijven zitten. Maar er is niet gerapporteerd dus er is niet goed te achterhalen wat er mis is gegaan.

#### EEN NIEUWE RICHTLIJN VOOR WONDBEHANDELING VAN DECUBITUSWONDEN

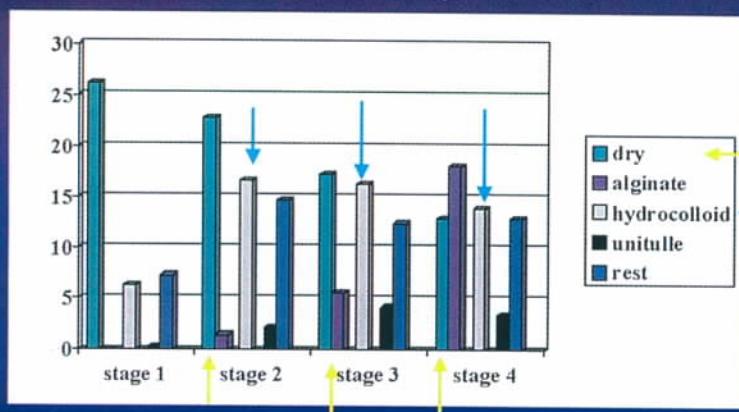
De Nederlandse Huisartsen Genootschap heeft een standaard uitgebracht voor decubitus. In samenwerking met de wijkverpleegkundige beroepsgroep is er een samenwerkingsrichtlijn decubitus in ontwikkeling. Het CBO is dit jaar de richtlijn aan het herzien. Er zijn nieuwe gezichtspunten in het behandelen van decubituswonden. In dit artikel wordt alvast een voorschot genomen op deze ontwikkeling. Discussie zal het zeker opleveren. Maar dat is niet verkeerd. Dit scherpt de zaken aan en maakt argumenten duidelijk. Het ontbreken van onderzoeksresultaten is nadelig. Het blijft een ervaringsverhaal met uit-

Weergave van gebruik van wondverbanden bij decubitusbehandeling



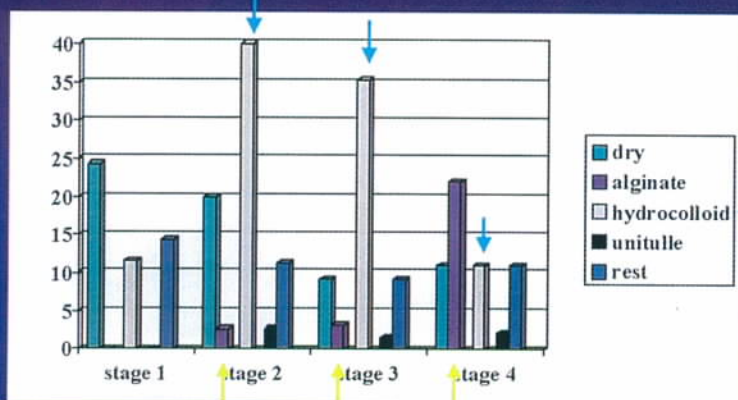
Acad. ziekenhuizen

Weergave van het gebruik van wondverbanden bij decubitusbehandeling



Alg. ziekenhuizen

Weergave van gebruik van wondverbanden bij decubituswonden



Thuiszorg

zondering van het creëren van een vochtig wondmilieu.

**STADIUM 1:  
NIET WEGDRUKBARE  
ROODHEID EN/OF  
CYANOSE.**

Doel: Minimaliseren van druk- en/of schuifkrachten:

- afwegen van de risicofactoren
- keuze maken in preventieve maatregelen
- huidverzorging m.b.v. lotion, crème of olie
- wisselgigging (30 graden houding, schema maken, kussens gebruiken)
- zitkussens en/of aangepast matras
- voedingstoestand optimaliseren
- hielwig

**STADIUM 2:  
BLAARVORMING EN/OF  
ONTVELLING.**

Doel: Bescherming.

- huidverzorging en preventie maatregelen (zie stadium 1)
- badstof sokken (kan voor sommigen discutabel zijn)
- geen wondverbanden (blaardak intact) of
- vetgas 1x per 2 dagen (ontvelling)
- dunne hydrocolloïd 1x, max. 2x per week (niet bij schuifkrachten)
- schuimverband (kapotte blaar hak met exsudaat)
- spray ter bescherming van inwerking van vocht
- zinkolie ter bescherming van inwerking van vocht

Blaren worden het meest gezien op hakken. Het stadium van de blaar op de stuit is in de meeste gevallen een ontvelling. Het gebruik van folie en hydrocolloïd op de stuit zijn niet altijd even positief. De decubituswond op de stuit is vanwege z'n plaats in combinatie tot schuifkrachten een moeilijke aangelegenheid als het gaat om het aanbrengen van hydrocolloïden. Dat zegt niets over het verband maar meer over de toepassing. Incontinentie kan ook in de toepassing van folie en hydrocolloïd een contra-indicatie zijn.

### STADIUM 3: OPPERVLAKKIGE DECUBI- TUS WAARBIJ HUID, DER- MIS EN SUB-CUTAAN VETWEEFSEL ZIJN BETROKKEN.

Doel: Reinigen en beschermen

- Inventariseren van risicofactoren en nemen van maatregelen
- hydrocolloïd (geel/rode fase met matig exsudaat)
- schuimverband (geel/rode fase met veel exsudaat)
- alginaat (geel/rode fase met matig exsudaat)
- hydrogel (geel/rode fase met weinig of matig exsudaatvorming)
- eusol-paraffine (zwarte fase; necrose en vervloeide necrose)
- enzymatisch debridement (zwart/gele fase; vervloeide necrose)
- mechanisch debridement (zwarte fase; necrose)

### STADIUM 4: DIEPE DECUBITUS WAAR- BIJ PEES- EN/OF SPIER- WEEFSEL EN EVENTUEEL BOTWEEFSEL ZIJN AAN- GETAST.

Doel: Reinigen en beschermen

- eusol-paraffine
- schuimverband
- alginaat
- hydrogel
- necrotomie

Met dit overzicht over de behandeling van stadia van decubitus blijkt dat er door de verpleegkundige keuzes moeten worden gemaakt. De richtlijn is een indicatie. Afhankelijk van de risicofactoren en wondbeoordelingsaspecten en het wel of niet kunnen beschikken over materiaal moet een keuze gemaakt worden. Een ultiem wondverband bestaat er niet wat bij elke patiënt voor een stadium 2, 3 of 4 gebruikt kan worden. Het controleren en evalueren van de juiste toepassing van een wondverband is van groot belang

### KOSTEN DECUBITUS

Haalboom heeft berekend dat preventie f 95,= kost per dag tegenover f 150,= voor behandeling van decubitus. De kosten opbouw laat zien dat 3% van het totaal aan wondbehandeling wordt besteed.

- 65% verlenging van de opname duur met 21 dagen
- 25% oplopende personeelskosten
- 3% medicatie, verbandmiddelen, fysiotherapie en dieetaanpassingen
- 7% gebruik speciale bedden

Kostenvergelijking van de conservatieve middelen met de moderne wondverbanden laat zien dat er een ander prijskaartje hangt aan de laatst genoemde groep. Een hydrocolloïd van 10x10 varieert van f 5,- tot f 7,50. Een schuimverband van 20x20 kost ongeveer f 15,- tot f 20,-. Maar of het werkelijk duurder is valt nog te bezien. Efficiënt gebruik, d.w.z. het kunnen laten zitten van verband en het minder besteden van werktijd aan verbandwisseling geven een ander kostenoverzicht dan alleen materialen vergelijken. De grootste kostenpost van decubitus is nog steeds de verlenging van de verpleegduur met 21 dagen. Dus het in praktijk brengen van preventie is het meest belangrijk. Wanneer decubitus dan toch ontstaat dan is het gebruik van moderne verbanden maar een klein onderdeel in de kosten. Maar verspilling van deze dure materialen moet voorkomen worden.

### TOT SLOT

Het wondbehandelingsbeleid van de CBO consensus moet herzien worden. Dat staat vast. Kijkend naar de toekomst waarbij de decubituszorg mogelijk ook regionaal wordt aangepakt zou het een uitdaging zijn huisartsen en wijkverpleegkundigen hier ook in te betrekken. De decubitusaanpak in eerste en tweede lijn hoeft niet veel van elkaar te verschillen. Het verschil zit alleen in de organisatie van het probleem. De patiënt heeft er baat bij wanneer de muren tussen de instellingen geslecht worden. De aanpak die nu zo vaak verandert omdat de patiënt in een andere situatie komt wordt dan voorkomen.

Verandering gaan nooit snel, zeker niet in de gezondheidszorg. Ik verwacht niet dat wondbehandeling van decubitus binnen een jaar meer eenduidig benaderd zal worden. Hier zullen waarschijnlijk jaren overheen gaan. Misschien dat we over 5 jaar nog eens de cijfers langs de lat kun-

nen leggen en kunnen zeggen, het gaat de goede kant op.

**Joan Piersma, decubitus consulent  
Medisch Centrum Leeuwarden,  
Zorggroep Noorderbreedte, april 2000**

### LITERATUUR

- Ann Aerts e.a. (1996); Basisboek wondzorg, Specifieke wondzorg 1 en 2.
- Beiersdorf; (1993); Wondbehandeling; Principes van wondgenezing
- C.B.O. (1992) Herziening consensus decubitus
- E.P.U.A.P. (1999) Guidelines Prevention and Treatment Pressure Ulcer
- Gezondheidsrapport VWS (2000)
- Haalboom, J.R.E. (1992); Kostenaspecten van decubitus.
- G. Bours, R. Halfens; Landelijk Prevalentie Onderzoek '99
- W.C.S. Wondenboek. Leiden 1999