

Lezenswaardigheden 1

Iets leuks vond ik in een boekje van de auteur dr. Vitus Bruinsma, waarin verhaald wordt over de werking van het menselijk lichaam en de beginselen der gezondheidsleer nml. — ons lichaam en onze gezondheid —.

Dit boekje dateert uit 1914 en de navolgende passage gaat over:

Bloedende wonden

Bij een kleine wonde, zooals een, welke niet door de huid is heengegaan, zijn vaak alleen eenige haarvaatjes getroffen en dan komt het bloed zeer langzaam sijpelend aan de oppervlakte te voorschijn. Is er een ader doorgesneden, dan stroomt het bloed ook nog niet met veel kracht uit en is het donkerrood van kleur. In beide gevallen houdt het bloeden meestal spoedig op, wanneer men door een verband de wonde zacht drukt, en vaak eindigt het bloeden ook wel uit zich zelf, doordat het bloed op de wonde stolt en de aderen afsluit. Men moet daarom zulk gestold bloed niet spoedig verwijderen, daar anders het bloeden opnieuw kan beginnen.



Is een slagader gewond, dan bemerkt men dit, doordat het bloed, dat dan helderrood is, met een straal stootsgewijs uit de wond spuit. Zulk een wonde kan zeer gevaarlijk zijn, want bloedverlies veroorzaakt verzwakking en, als het aanzienlijk is, den dood. Is er geen geneesheer bij de hand, dan moet men, vóór die is aangekomen, zelf trachten de bloeding te stelpen. Men kan dit eerst beproeven door een zindelijken doek stevig om de wond te binden. Bemerkt men, dat het bloeden, niettegenstaande dit verband, voortgaat, dan moet men beproeven, de slagader, die het bloed aanvoert, met de hand dicht te drukken. Dit moet natuurlijk geschieden ergens tusschen de plaats, waar de wonde zich bevindt, en het hart; het gelukt het beste daar, waar de slagader nog al dicht aan de oppervlakte ligt.

Bij een wonde aan het hoofd zoekt men dus, al naar het noodig is, de rechter- of de linker-halsslagader met den duim dicht te drukken, zooals is afgebeeld.

Bij een wonde aan de hand of den onderarm tracht men, de slagader in den bovenarm te sluiten, die daar aan de binnenzijde is gelegen. (zie fig. 32.) Hierbij houde men, zooveel mogelijk, het lichaamsdeel naar boven gericht, daar er dan minder bloedsaandrang is dan in een anderen stand.



Helpt dit niet, of kan men het drukken met de hand niet zoo lang volhouden tot de dokter komt, dan beproeve men het, door een doek stijf om het lid heen te wringen, zooals figuur 33 bij een wonde aan het been voorstelt. Kent men de plaats van de slagader, die bij de dij aan de voorzijde ongeveer in het midden is gelegen, dan brengt men op die plaats onder den doek een stukje hout, of kurk of steen aan, dat men eerst met een zindelijke lap heeft omwikkeld. Desnoods kan het ook zonder het gebruik van dit laatste hulpmiddel geschieden, maar dan is het goed, als men dien bij de hand heeft, een elastieken band te nemen, b.v. een elastieken draagband of bretel, en dien eenige malen, goed uitgerekt, om het lichaamsdeel te wikkelen. Hierdoor wordt, wel is waar, de bloedsomloop tot het lichaamsdeel bijna geheel opgeheven, maar gedurende enkele uren kan dit zonder nadeel gebeuren. Daarna kan de dokter, door de slagader op bijzondere wijze dicht te binden, afdoende helpen.



Bij de besproken behandeling van bloedende wonden en bij de later volgende genezing is de hoofdzaak, waarop gelet moet worden, dat er niets, wat eenigszins vuil is, bij de wonde komt.

Zoo mogelijk moet alles, wat men er mede in aanmerking brengt, ook de handen van den persoon, die helpt, vooraf met heet water en zeep zorgvuldig zijn schoon gemaakt.

Alleen het vuil in de omgeving van een wond mag met watten of een doekje en zuiver water verwijderd worden, doch de wond zelf moet men niet uitwassen; het bloed, dat misschien reeds begint te stollen op de wond, zou men dan weer opnieuw aan 't vloeien brengen. Ook bestaat er dan gevaar, dat vuile stoffen en ziektekiemen (bacteriën) naar binnen gewreven worden. En zoals reeds vroeger gezegd is, kan het kleinste wondje gevaarlijk worden, als er een geringe hoeveelheid vuil in komt. Het allerbeste is, de wonde met perubalsem te overgieten en daarna met zuivere watten af te sluiten.

Lezenswaardigheden 2

Tijdens de Essercursus op 21 september jl. in Rotterdam hield Barry Willemsteijn een lezing over het onderwerp "Preventie in het ziekenhuis".

Zijn verhaal werd gevolgd door een lezing van de revalidatie-arts H. J. Stam over "Preventie in verpleeghuisinrichting en thuis".

Een samenvatting van de lezing van Barry Willemsteijn werd gemaakt door Hans Goossens.



Prof. Tolhurst geeft Barry Willemsteijn het woord, door hem de microfoon om te hangen.

Ik moet zeggen dat ik blij ben met deze opzet van de organisatie door preventie op te splitsen in preventie in het ziekenhuis en preventie in het verpleegtehuis en thuis. Ik zal trachten verschillen c.q. overeenkomsten aan te geven tussen de verschillende instituten. Daarbij wil ik gebruik maken van enkele getallen.

I. Volgens de publikatie van Haalboom in het NTVG in 1978:

Percentage patiënten met tekenen van decubitus:	
- ziekenhuizen	5%
- verpleegtehuizen	15%
- ziekenafdelingen van bejaardentehuizen	> 15%
- A.Z. Utrecht	6,2%

(Haalboom, 1984)

II: Volgens een Schots onderzoek:

Bij opname van patiënten met decubitus in het verpleeghuis werden 74% opgenomen vanuit het ziekenhuis (van Kalmthout, 1977).

III: Volgens Kalmthout:

- behandeling vindt grotendeels plaats in de intramurale gezondheidszorg
- 19% vindt plaats d.m.v. thuisverpleging.

Tot zover enkele getallen

„Bij ons op de afdeling zien wij geen decubitus” was en is in het ziekenhuis een veel gehoorde kreet.

Met name de mensen uit de industrie zullen zeer zeker veelvuldig deze kreet moeten aanhoren. Wil men snel af van een opdringerige artsbezoeker dan kan het een nuttige opmerking zijn.

Maar behalve dat deze opmerking informatie geeft over mogelijke struisvogel politiek van de staf van de afdeling, geeft deze opmerking ook informatie over het type patiënt dat men verpleegt.

Als verpleegkundig consulent heb ik een afdeling als oogheekunde nog nooit van adviezen hoeven voorzien. Daarentegen kom ik regelmatig op de volgende afdelingen:

- chirurgie en O.K.'s
- dermatologie
- inwendige geneeskunde; o.a. infectieziekten /endocrinologie
- intensive care units; o.a. chirurgie / reanimatie
- neurologie
- reumatologie

De intramurale zorgverleners hebben t.o.v. de collega's in de wijk een aantal voordelen t.a.v. het preventie programma.

IV: Verpleegkundige voordelen van het ziekenhuis t.o.v. de thuisverpleging:

- sneller aanbod van nieuwe produkten
- gemakkelijker om arbeidsintensieve middelen toe te passen
- frequentere controle van risico-patiënten mogelijk
- frequentere preventieve verpleging mogelijk.
- Men kan over het algemeen sneller beschikken over nieuwe produkten.
- Men kan gemakkelijker ook arbeidsintensieve preventie middelen toepassen. Men kan deze middelen ook gemakkelijker controleren (b.v. op lekkage)
- Men is gemakkelijker in staat om de risico patiënten te controleren.
- Men kan de patiënt frequenter wrijven en wisselgigging aanbieden en de patiënt op de juiste wijze tillen.

Deze voordelen wordt men als intramurale zorgverlener gewaar als men eens geconfronteerd wordt met de problemen van een wijkverpleegkundige of een huisarts.

Wat betreft de patiëntengroep zullen de verschillen tussen de genoemde instituten en de thuissituatie kleiner worden. Dit wordt o.a. veroorzaakt door de kortere verpleegduur en door het stimuleren van de thuisverpleging.

Bovendien wordt zowel de intramurale als de extramurale zorgverlening geconfronteerd met een toename van de ouder wordende mens. Dit impliceert tevens dat we te maken hebben met een toename van de risicopatiënten. Als verpleegkundige werkzaam op een chirurgische intensive care is het geen uitzondering om een 80 jarige patiënt te verplegen.

Preventie van decubitus in het ziekenhuis heeft de laatste jaren meer en nadrukkelijker aandacht gekregen van de arts en de verpleegkundige.

Aanpak van decubitus dient een multidisciplinair karakter te hebben, waarbij ook aan de fysiotherapeut en de patiënt gedacht dient te worden.

Het kan van levensbelang zijn dat de genoemde disciplines snel en juist de risicopatiënten weet te onderkennen en daartoe maatregelen treft.

Belangrijke hulpmiddelen daartoe zijn:

- de klinische en verpleegkundige blik van de zorgverlener
- de verschillende risicoverhalen o.a. de Norton schaal
o.a. de AZU risico score
lijst

Wat betreft het aanbod van de preventieve hulpmiddelen zal het voor een ieder duidelijk zijn dat het aanbod gigantisch is.

Het is voor mij onaandoenlijk om over ieder middel een waarde oordeel uit te spreken.

Eén van de belangrijkste eisen waaraan het middel moet voldoen is dat het "patiënt vriendelijk" moet zijn.

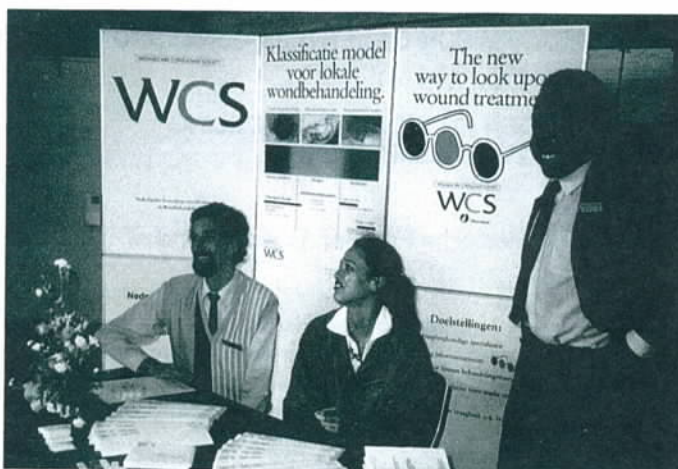
Een water-matras, waarop een patiënt zich dood ongelukkig voelt, voldoet niet.

De industrie stort de preventieve hulpmiddelen over de zorgverleners uit vergezeld van dikke pakken publicaties.

Het werd hoog tijd om het geheel te ordenen.

Samenwerking met alle betrokkenen is daarbij van belang, waarbij concurrentie tussen de verschillende disciplines achterwege moet blijven.

Oprichting van decubitus werkgroepen, samenwerking op regionaal niveau en tenslotte de consensus bijeenkomst zijn daarbij uitermate belangrijk.



De WCS-informatiestand op 21 september in Rotterdam tijdens de Essercursus.

V.l.n.r. Hans Goossens, Brigitte Asscher en Ed Amstelveen.