

## Tot slot.....

Voeding en voedingstoestand spelen een belangrijke rol bij preventie én behandeling van decubitus.

Al is eten en drinken voor een zieke vaak meer een must dan een lust, het blijven stimuleren en adviseren van de patiënt en zijn verzorgers is een belangrijke taak van alle hulpverleners.

Diëtisten kunnen daarbij zowel de patiënt als de hulpverlener adviseren en ondersteunen.

## Beleid en richtlijnen bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk

**A. Pool,** Hoofd Staf Zorgverlening

Ik ga in het kort een schets geven van het zorgbeleid van de SAK waarbinnen het ontwikkelen van protocollen en het werken met protocollen een plaats heeft.

In haar visie op de verpleging baseert de SAK zich op het Verpleegkundig Beroepsprofiel van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Het beroepsgebied van de verpleging richt zich op alle problemen bij de dagelijkse levensverrichtingen van mensen als gevolg van ziekte en behandeling en ontwikkelingsstoornissen, en is tevens gericht op het voorkomen van deze problemen. Om dit uitgangspunt te concretiseren hanteert de SAK het concept "Probleemgericht Verplegen" (PGV.).

PGV. is een praktijkmodel dat gericht is op de ontwikkeling van de verpleging in de thuiszorg. Het model dient als hulp bij de overgang van het traditionele model van wijkverpleging naar een model voor thuisverpleging. De jaren '90 vragen immers van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden dat zij – evenals andere gezondheidswerkers – hun traditionele beroepsopvatting herzien.

PGV. is gericht op de gezondheidsproblemen van de zorgvrager. Echter de mens is meer dan zijn problemen. Gezondheidsproblemen maken altijd deel uit van het leven van iemand en zullen afhankelijk van een aantal factoren meer of minder belangrijk worden gevonden. Naast het helpen bij het oplossen van problemen verwachten patiënten van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden een menselijke benadering die verder gaat dan een technische probleemoplossing. We kunnen

dan ook stellen dat het model PGV. rust op twee peilers: **doelgerichtheid** i.v.m. het oplossen van problemen en **betrekkingsgerichtheid** i.v.m. de aandacht voor de persoon en zijn situatie. Het verbindende element tussen doelgerichtheid en betrekkingsgerichtheid is **zorg**. En juist de verhoging van de doelgerichtheid vraagt om standaardisering en protocollering. Hierin ligt tevens de kracht en de zwakte van protocollen.

Met PGV. wil de SAK er voor instaan dat verpleegkundigen zowel thuis als vanuit een tussenvoorziening de patiënt/cliënt en de mantelzorgers zorg bieden als zij problemen (dreigen te) ondervinden in hun streven naar gezondheid.

Om de patiënt goed te kunnen verplegen spelen vier grootheden hierbij een belangrijke rol:

1. De problemen zoals deze door de patiënt zelf worden beleefd.
2. Medische diagnose en behandeling.
3. Verpleegkundige diagnose en verpleegproblemen.
4. Aan- c.q. afwezigheid van andere gezondheidswerkers.

Standaardisering en protocollering maken met een aantal andere ontwikkelingen deel uit van een totaal waarmee de SAK antwoord wil geven op een steeds veranderende zorgbehoefte en maatschappelijke ontwikkeling. Enkele ontwikkelingen wil ik hierbij nog noemen: Een op handen zijnde stelselwijziging vraagt van ons dat wij gaan werken vanuit een functiegerichte benadering. Wij staan voor de opgave een duidelijk aanbod te ontwikkelen zodat de zorgverzekeraar weet wat wij te bieden hebben als hij voor zijn verzekerde verpleging en verzorging bij ons wil inkopen.

De SAK rekt tot haar doelgroepen: acuut zieken, chronisch zieken, (a.s.) ouders met jonge kinderen en ouderen. Voor deze groepen worden zorgprogramma's ontwikkeld.

Juist vanwege deze functionele benadering hecht de SAK grote waarde aan het ontwikkelen van transmurale netwerken en transmurale verpleging, zoals het samen ontwikkelen van protocollen, modellen, spreekuren etc. De toekomst vraagt van ons dat wij naast de intra-murale en extra-murale voorzieningen nieuwe voorzieningen creëren.

De huisarts en de wijkverpleegkundige zijn naar onze mening de dragers van de gezondheidszorg in de thuissituatie. Op grond van hun beroep en op grond van hun verantwoordelijkheid voor de patiënt zijn huisarts en wijkverpleegkundige dan ook gehouden hun verantwoordelijkheid voor de behandel- en verpleegsituatie op zich te nemen. Dit vraagt dat zij elkaar verstaan en elkaar aanvullen daar waar dat nodig is. Naar onze mening bieden het ontwikkelen van gezamenlijke protocollen, het hiermee gaan werken en elkaar er op aan durven spreken dan ook nieuwe kansen.

De op handen zijnde wet B.I.G. stelt de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor haar beroepsuitoefening. De wijkverpleegkundige kan zich dan niet meer beroepen op haar hoofdwijkverpleegkundige of op de organisatie; naast een morele verantwoordelijkheid heeft zij dan ook een wettelijke verantwoordelijkheid. Ook in dit licht is protocollering een belangrijk gegeven.

Tot slot wil ik nog even stilstaan bij het ontwikkelen en werken met protocollen. Het ontwikkelen is een kostbare en tijdrovende zaak. Echter als protocollen goed zijn ontwikkeld zijn zij deze investering waard. We zullen echter moeten blijven bedenken dat protocollen hulpmiddelen zijn en nooit een bureaucratische rol mogen gaan vervullen. De individuele patiënt is het uitgangspunt. Als protocollen aan

hun doel willen beantwoorden dan moeten zij:

- door een grote groep worden geaccepteerd.
- creativiteit stimuleren en niet doden
- eenduidig zijn in beschrijving
- toetsbaar zijn
- regelmatig geëvalueerd worden op werking
- concreet en werkbaar zijn

De gebruikers van het protocol zijn dan geboden zich aan het protocol te houden. Dit vraagt dat de gebruikers de deskundigheid van anderen accepteren. Individuele bijstelling door bv. een basiseenheid of een groep of individu is niet toegestaan. Acceptatie van een protocol door SAK betekent dat alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hieraan zijn gebonden. Tot mijn spijt kan ik geen uitspraak hierover doen voor de huisartsen. Op deze wijze zal protocollering zeker een positieve bijdrage betekenen bij de ontwikkeling van probleemgericht verplegen; bij de verhoging van de doelgerichtheid en de kwaliteit van de zorgverlening.

## **Geschiedenis van de concensus 'Preventie en behandeling decubitus'**

**S. Zwarts**, vice-voorzitter Woundcare Consultant Society, AMC-Decubitus Consultant

Ter gelegenheid van de presentatie van het Decubitus Preventie- en Behandelingsprotocol van de Stichting Amsterdams Kruiswerk, wil ik vandaag meer vertellen over

1. De richtlijnen Decubitus Preventie en Behandeling van het CBO en
2. Wondbehandeling volgens het WCS classificatiemodel

1. De richtlijnen Decubitus Preventie (1985) en behandeling (1986) van de consensusbijeenkomsten, georganiseerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), die als basis dienen voor zowel het AZUA (AMC) als het SAK-protocol.

Deze richtlijnen zijn inmiddels al weer zeven jaar oud, maar hebben de verpleging duidelijkheid verschaft over het ontstaan van decubitus, wat te doen om dat te voorkomen en vooral, als er toch een wond ontstaan is, hoe die te behandelen. De verpleging gebruikt die richtlijnen om protocollen te maken, de patiënt meer bewust te maken van wat deze kan bijdragen ter voorkoming van decubitus en onderzoek te doen naar de toepasbaarheid van nieuwe preventie- en behandelingsmiddelen die op de markt komen.

De verpleging is zich nu ook bewust van de verkeerde methodes van vroeger, zoals het ijzen en föhnen en het stevig wrijven van de stuit.

De verpleging heeft altijd goed geobserveerd, maar nu weet zij dat decubitus ook ongezien in de diepte kan ontstaan en dat daarom de roodheid van de huid plotseling kan overgaan in een