

Standaardverpleegplannen decubitus

Deze standaardverpleegplannen dienen gezien te worden als een eerste aanzet tot het systematiseren van de zorg aan decubituspatiënten. De gegevens kunnen gebruikt worden voor zover van toepassing op de individuele patiënt, aangevuld met gegevens die verder relevant zijn voor de totale behandeling. De standaardverpleegplannen zijn bedoeld voor patiënten met verhoogd risico met betrekking tot decubitus en zij die reeds decubitus hebben.

De syllabus van de consensus-bijeenkomst Decubituspreventie (februari 1985) is het basisstuk aan de hand waarvan het standaardverpleegplan decubituspreventie is opgesteld.

B. Willemstein
A. Andriessen -
v.d. Vliet

* Voor stadiumindeling zie ook hoofdstuk 3 van de syllabus decubitusbehandeling.

De volgende verpleegplannen worden besproken:

1. standaardverpleegplan decubituspreventie
2. standaardverpleegplan decubitus stadium I*
3. standaardverpleegplan decubitus stadium II
4. standaardverpleegplan decubitus stadium III
5. standaardverpleegplan decubitus stadium IV



STANDAARDVERPLEEGPLAN DECUBITUSPREVENTIE

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
(behoeften, problemen)	(verpleegden, verpleegkundige/ verzorgende)	(interventies)	in tijd
onbekendheid van patiënt met risico's	patiënt kent risico's decubitus	vaststellen van decubitus risico score (zie consensustekst Preventie van decubitus)	na, opname, verder afhankelijk van conditie patiënt: minimaal: 1 keer/week
onbekendheid van patiënt met kwetsbare locaties op de huid, waar decubitus kan optreden	patiënt kent de kwetsbare locaties op de huid, waar decubitus kan optreden (gebruik voor instructie zg. "body chart" = kaart van het lichaam)	inspecteer en palpeer de huid, breng verslag uit over observatie, vermeld locatie decubitus (evt. "body chart" per status toevoegen met indicaties dec.)	minimaal: 1 keer/daags
ondanks fysiek intacte functies, onvoldoende mobiliteit	patiënt begrijpt en licht toe het belang van voldoende mobiliteit	activeren tot zelfredzaamheid met betrekking tot ADL. Aansporen tot mobilisatie door het geven van gerichte instructie, zonodig met daadwerkelijke ondersteuning. Indien gewenst, specifieke hulpmiddelen aanbieden (hoog-laag bed) Mobilisatieschema bijhouden	minimaal: 6 keer/daags
psychische conditie patiënt draagt bij tot verhoogd risico m.b.t. het optreden van decubitus	Minimaliseren van risico door het optimaliseren van de psychische conditie (1)	duidelijkheid proberen te verkrijgen inzake psychische conditie van de patiënt door: * observatie * luisteren * praten * verstrekken van informatie (2)	indien nodig, regulier contact wenselijk
patiënt heeft temperatuursverhoging boven 37,5	temperatuur terugbrengen tot beneden 37,5	zorgdragen voor afkoeling (verwarming laag, deken verwijderen) beleid in overleg met arts* bij extreem hoge temperaturen	naar behoefte, afhankelijk van * meting, * leeftijd, * conditie, enz. Minimaal: 4 keer/daags

STANDAARDVERPLEEGPLAN DECUBITUSPREVENTIE

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
patiënt heeft temperatuursverlaging onder 35,5	temperatuur terugbrengen tot boven 35,5 (tenminste 36,5)	warmte toevoegen d.m.v. extra dekens, kruik. Beleid in overleg met arts bij voortduren van ondertemperatuur	naar behoefte, afhankelijk van * meting, * leeftijd, * conditie, enz. Minimaal: 4 keer/daags
onvoldoende hygiëne	patiënt ziet relatie tussen hygiëne en het minimaliseren van risico's inzake decubitus	lichamelijke hygiëne met of zonder hulp extra aandacht huidconditie, overmatige transpiratie reguleren, frequente verschooning kleding, beddengoed.	minimaal: 3 keer/daags aandacht voor lichaamshygiëne
patiënt is deels of geheel incontinent voor urine (en faeces)	continentie bevorderen, droge onderlaag	bedreigde plaats vrij van kleding, ondersteek of urinaal frequent aanbieden, absorberende onderlegger gebruiken (3)	minimaal: om de 2 uur naar behoefte patiënt
gekreukelde (vochtige) nachtkleding	gladde, soepele, schone nachtkleding	de bedlegerige patiënt zo installeren, dat kleding glad zit. Wisseling kleding voor dag en nacht aanbevolen, korte nachtkleding verdient voorkeur in bed.	tijdens hygiënische zorg
niet gladde en ruwe onderlaag	gladde niet ruwe onderlaag	onderlaag glad trekken, bijv. molton of geruwd katoenen laken gebruiken	minimaal: 3 keer/daags
drukplaatsen door dubbel gestikte naden en/of knellend elastiek	opheffen van druk. Circulatie bevorderen	zware kleding vermijden, zo nodig patiënt half gekleed in bed verplegen. Waakzaamheid is geboden bij ouderen van wie de lichaamstemperatuur minder stabiel is (tocht, kou, kledingsgewoonten)	24 uur/dag
patiënt heeft weinig of geen eetlust	eetlust stimuleren	peilen van behoeften en wensen van patiënt m.b.t. voeding. Zorg dragen voor uitgebalanceerde voeding, in een prettige omgeving. Zonodig diëtiste inschakelen. Aspecten die mogelijk tot verbetering eetlust bijdragen: juiste temperatuur van de voeding, variaties, niet te grote porties, smaak, geur, kleur, voldoende tijd tussen de maaltijden	6 keer daags
onvoldoende opname van voeding en vocht	evenwichtige voedings- en vochtbalans	in overleg met arts en diëtiste afhankelijk van de conditie van de patiënt, kiezen uit de volgende alternatieven van sondevoeding: 's-nachts bijvoeden via drip, intermitterend voeden, continue drip	afhankelijk van conditie patiënt minimaal: 8 keer/daags 24 uur

* Voor alle standaardverpleegplannen geldt dat het medisch beleid in overleg met de behandelend arts wordt bepaald en dat indien nodig andere deskundigen als consulent worden ingeschakeld zoals: de fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werkende, medisch specialisten, pastor, enz. Vanwege de leesbaarheid zijn deze disciplines niet elke keer vernoemd.

STANDAARDVERPLEEGPLAN DECUBITUSPREVENTIE

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
uitwendige druk en vervorming bij een in bed verpleegde patiënt waardoor irreversibele weefselbeschadiging optreedt.	opheffen c.q. minimaliseren van druk	bedgalg monteren, wisselgigging geven aan de hand van vast schema, afgestemd op de individuele patiënt. Op dit schema vermelden: tijd, specificatie lichaamshouding, paraaf na actie. Huidlocaties die risico lopen m.b.t. decubitus insmeren met indifferente creme, dit geldt ook voor de huidlocatie waarop de patiënt gelegen heeft.	minimaal: om de 3 uur
schuifkrachten bij een in bed verpleegde patiënt in halfzittende houding (zie consensusstest Preventie van decubitus)	halfzittende houding waarbij geen sprake is van het optreden van schuifkrachten	patiënt indien mogelijk laten "liften" door gebruik van bedgalg. Patiënt goed ondersteunen in de kussens. Bij achterover kanteling van de rugkleuning moet een beenverhoging worden aangebracht om wegglijden te voorkomen. Zo nodig speciaal bed gebruiken, dat in deze stand gezet kan worden.	frequent, afhankelijk van conditie van de patiënt
uitwendige druk en vervorming bij niet bedgebonden patiënt	opheffen c.q. minimaliseren van druk	patiënt indien mogelijk laten liften uit de stoel of op andere wijze van houding veranderen, bijv. door gebruikmaking van verstelbare stoel.	minimaal: om de 3 uur
wisselgigging geven aan patiënt vereist mechanische kracht	wisselgigging geven met behulp van techniek	gebruik van bed met hulpmiddelen, opdat wisselgigging mogelijk is. Keuze van materiaal afhankelijk van conditie van de individuele patiënt zoals mechanische patiëntenlift, kantelbed	minimaal: om de 3 uur
algemene maatregelen ter preventie van decubitus bieden onvoldoende garantie	zo optimaal mogelijke preventie	gebruik maken van hulpmiddelen afhankelijk van de individuele patiënt zoals: schapevacht (wol), speciale matras (lucht-, water-, celmatrassen), speciale kussens, dekenboog, drukontlastend materiaal voor bedreigde plaatsen (zoals hielen) met klitteband gefixeerd, speciale bedden	24 uur/dag

STANDAARDVERPLEEGPLAN VOOR PATIËNTEN IN STADIUM I (roodheid of cyanose niet wegdrukbaar)

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
patiënt is onwetend over de mogelijke gevolgen van een voortschrijdende decubitus	patiënt is voorgelicht en begrijpt de gevolgen van een voortschrijdende decubitus. Is bekend met alternatieve vormen van behandeling	verpleegkundige licht de patiënt voor over de huidige toestand en de gevolgen van een voortschrijdende decubitus. Informatie wordt gegeven welke actieve rol de patiënt zelf kan vervullen in het minimaliseren van bijkomende problemen. Zie voor maatregelen ook verpleegplan decubituspreventie	naar behoefte informeren en stimuleren
pijn, ongemakkelijke houding	pijn minimaliseren, comfort voor patiënt optimaliseren. Onderscheid acute en chronische pijn.	aangepast aan patiënt gerichte maatregelen treffen pijn status* bijhouden Zie voor maatregelen ook verpleegplan decubituspreventie pas verder die maatregelen toe die van toepassing zijn op de individuele patiënt	afhankelijk van de situatie

STANDAARDVERPLEEGPLAN VOOR PATIËNTEN IN STADIUM II (blaarvorming)

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
		zie voor maatregelen ook verpleegplan decubituspreventie	
aanwezigheid van intacte blaar	blaardak intact houden, Secundaire infecties voorkomen	in overleg met arts, omgeving blaar beschermen tegen maceratie b.v. door middel van paraffine of vaselinegaas (optulle®)	minimaal: 2 keer daags afhankelijk van situatie
blaardak niet intact	voorkomen van secundaire infecties	in overleg met arts beleid bepalen en kiezen uit alternatieven Voorbeeld: lokale desinfectie b.v. betadine 10%, blaar drogen, blaar afdekken met voorgeschreven compres (b.v. hydro-actief verband Duoderm®) of met paraffine of vaseline geïmpregneerd gaas, omgeving blaar beschermen (zie maatregelen intacte blaar). Afdekken met permeable wondverband.	afhankelijk van situatie

STANDAARDVERPLEEGPLAN VOOR PATIËNTEN IN STADIUM III (Oppervlakkige decubitus met necrose (a), zonder necrose (b))

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
		zie voor maatregelen ook verpleegplan decubituspreventie en stadia I en II pas die maatregelen toe, die van toepassing zijn op de individuele patiënt	
aanwezigheid van necrose (3A), gevaar voor optreden van secundaire infecties, welke zich subcutaan kunnen uitbreiden	verwijderen van necrose, voorkomen van secundaire infecties. Wondbehandeling moet praktisch en goed toepasbaar zijn, zo mogelijk patiënt vriendelijk	necrose wordt verwijderd volgens medisch voorschrift zie Hoofdst. 8 Necrotomie kan in overleg met arts ook door de verpleegkundige worden gedaan. Verdere behandeling in overleg met arts b.v.: - bij oppervlakkige vervloeiende necrose kan men evt. enzymen toepassen tussen intervallen van gestagneerd mechanisch debridement (elase®) - bij droge necrose heeft toepassing van enzymen geen zin. Droge necrose kan men droog verbinden Bij natte geïnfecteerde wondbodem: in overleg met arts beleid vaststellen met betrekking tot wondbehandeling b.v. - wond spoelen door gebruik te maken van vloeistoffen zoals: fys. zoutoplossing, aqua dest. povidon jood opl. 1% in fys. zout chloorhexidine gluc. 0,1% in water - na wondspoeling wondafdekkende middelen gebruiken met als doel: bieden van bescherming. Handhaven van een optimaal microklimaat; voorkomen van uitdrogen van de wond, absorberen van wondvocht. B.v. door toepassing van dextranomeer (debrisan®) met tea-bag methode, onder occlusie.	afhankelijk van de situatie

* Een pijnstatus is een lijst waarop precies genoteerd wordt wanneer de patiënt signalen geeft van ongemak en pijn. Deze lijst wordt bijgehouden op basis van observatie van de patiënt en daarbij signalering van pijn door de patiënt. Wanneer de verpleegkundige zicht heeft gekregen op het pijngedrag/pijnpatroon van de patiënt, kan in overleg met de arts pijnstillende medicatie worden vastgesteld. Over het algemeen kan bij pijn met een lagere dosis geneesmiddelen (pijnstillers) worden volstaan wanneer deze worden toegediend voor de pijn optreedt, dus ook voor de angst voor weerkerende pijn zich manifesteert. Frequentie toediening van lage dosis pijnstillers kan de voorkeur verdienen boven het routinematig verstrekken van hogere doses tijdens de zg. medicijnrondes.

STANDAARDVERPLEEGPLAN VOOR PATIENTEN IN STADIUM IV (diepe decubitus met necrose (a) zonder necrose (b))

hulpvraag	doelstellingen	handelingen	fasering
		zie voor maatregelen ook verpleegplan decubituspreventie en stadia I, II, III pas die maatregelen toe, die van toepassing zijn op de individuele patiënt	
diepe decubitus met necrose (4a)	verwijderen necrose, voorkom secundaire infecties	zie behandeling stadium III	afhankelijk van de situatie
moeilijk bereikbare exsuderende geïnfecteerde wondbodem (4b)	verwijderen exsudaat, bestrijding infectie, voorkomen verdere infectie	<p>in overleg met arts beleid vaststellen b.v.: alvorens te verbinden, wondbodem spoelen door gebruik te maken van spoelvloeistoffen (zie stadium III)</p> <p>Vervolgens wond verbinden b.v.</p> <p>* Plan 1: met fys. zout 0,9% doordrenkte gazen achterlaten in de wond. Wond afdekken met permeable verband.</p> <p>* Plan 2: Met natriumhypochloriet, paraffine en witte was doordrenkte gazen achterlaten in de wond. Wond afdekken met permeabel verband.</p> <p>Plan 3: (Toepassen als wondbodem bedekt is met resten vervloeide necrose) Necrose bij voorkeur chirurgisch verwijderen. (Zie stadium IIIb blz.9) Wondbodem spoelen met fys. zout 0,9%. Daarna enzymatisch actieve stof op wondbodem aanbrengen. Afdekken met een vaseline of paraffinegas en permeabel verband.</p> <p>* Plan 4: (Toepassen bij natte geïnfecteerde wondbodem). Wondbodem spoelen met bethadine 1% opl. in fys. zout 0,9%. Daarna wondbodem bedekken met een uitgeknepen gaas, geïmpregneerd met fys. zout 0,9% of wondbodem bedekken met een uitgeknepen gaas, geïmpregneerd met natriumhypochloriet, paraffine en witte was. Wond afdekken met permeabel verband.</p>	

Literatuur

1. Eindhoven van A, Heymans H, Tijssen H. Standaarden van verpleegplannen. Verpleegkundige studies. Lochem, Gent, De Tijdstroom
2. Mayers M. Standaardverpleegplannen. Lochem, Gent, De Tijdstroom, 1986
3. Rutten J, Wiel van der. Opstellen standaardverpleegplannen. Stencil van referenceruimte verplegingsdienst. Nijmegen, St. Radboud Ziekenhuis, 1985.