

Decubitus bij psychiatrische

Decubitus in de psychiatrie? Het vraagteken spreekt boekdelen. Toch komt het voor. Marco Warbout, tot voor kort decubitusconsulent in psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel laat het zien aan de hand van een casus.

Decubitus binnen de psychiatrie is nauwelijks bekend en er wordt weinig tot niets over gepubliceerd. Kijken we naar de CBO-richtlijn over decubitus dan worden allerlei gezondheidszorginstellingen genoemd, maar de psychiatrie ontbreekt. Ook doet de psychiatrie niet mee in het landelijke prevalentieonderzoek van Maastricht en zelfs de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die decubitus als kwaliteitsindicator heeft aangemerkt, maakt in dit verband geen melding van psychiatrische ziekenhuizen. De Reinier van Arkel groep is voor zover bekend een van de weinige psychiatrische instellingen

die jaarlijks de prevalentie van decubitus meet.

BEPERKINGEN

In de psychiatrische instellingen werkt preventie en behandeling van decubitus vaak 'anders' dan in andere instellingen. Wij kennen veel meer beperkingen als het gaat om aanvullend onderzoek, anamnese en lichamelijk onderzoek en soms zelfs ook op het gebied van behandeling. Dit heeft te maken met de faciliteiten die we hebben (geen röntgen), de deskundigheid van de verpleegkundigen (niet A georiënteerd), de motivatie van de patiënt, de medewerking van de patiënt, de therapietrouw, het gezondheids-/ziekte-inzicht van de patiënt en het medicatiegebruik. Dit geldt in veel gevallen ook voor patiënten in verpleeghuizen met cognitieve problemen.

CASUS

In de casus gaat het om een 85-jarige dame, die permanent verblijft op een afdeling voor oudere patiënten met gedragsproblematiek. Het psychiatrisch ziektebeeld is gediagnosticeerd als schizofrenie. Mevrouw is niet meer mobiel en leeft in een eigen belevingswereld met een katatone houding. Zowel het eten als drinken doet mevrouw alleen als het haar wordt aangeboden en dan nog weigert ze regelmatig zowel voeding als drank in voldoende mate tot zich te nemen. Mevrouw heeft een wond op haar zitbeen. Ze is in staat om zelf aan te geven of ze pijn heeft en bij navraag blijkt dat ook zo te zijn. Ik maak gebruik van een pijnscore, waarbij ze zelf aan moet geven hoeveel pijn ze heeft door er een rapportcijfer aan te geven. Het is een 5. Tijdens mijn consult ligt mevrouw op bed. Ze ziet bleek en haar houding in bed is passief. Mevrouw is

niet in staat zelf van houding te veranderen. Ze ligt met opgetrokken knieën en lijkt enigszins in een foetushouding te liggen. Ik mag mevrouw op alle risicoplaatsen van haar lichaam bekijken en vind bij inspectie alleen de wond op haar linker zitbeen. Zij zit overdag de hele dag in een aangepaste stoel die in een 'Fowlerse'-houding staat. Ook hierin is zij niet in staat van houding te veranderen. Verder zie ik oedeem aan beide onderbenen: is het veneuze insufficiëntie of De-compensatio Cordis? Aan medicatie gebruikt mevrouw nogal wat anti-psychotica. Een van de voornaamste bijwerkingen van deze medicatie is een verminderde pijnsensatie.

AANVULLEND ONDERZOEK

Laboratoriumonderzoek

Albumine en hematologie Hb 8.1 – Leuco's 6.0 - albumine 30 - HbA1c 5.6.

Dit onderzoek is aangevraagd om inzicht te krijgen in de algehele toestand en de voedingstoestand van mevrouw.

Wondkeek

De wond bestaat al wat langere tijd en de verpleegkundigen van de afdeling hebben een consult aangevraagd, omdat de wond geen genezingsstendens vertoont. Verder aanvullend onderzoek laat ik achterwege omdat wij binnen de instelling geen mogelijkheden hebben. Als er aanvullend onderzoek nodig is, moet dat in een algemeen ziekenhuis gebeuren en dat zou voor mevrouw een enorme belasting zijn, zowel psychisch als fysiek.

DIAGNOSE

Waarschijnlijk decubitus categorie 3 (zie foto).

Differentiaal diagnose: schizofrenie, katatonie.

Vooraf deze laatste is de waarschijnlijke oorzaak van het ontstaan van de decubitus. Dit in combinatie met het medicijngebruik en de matige voedingstoestand/algehele toestand.

INTERVENTIES

- Toediening van medicatie om de angst te bestrijden.

PES – PROBLEEM, ETIOLOGIE (OORZAAK), SYMPTOMEN

Probleem: mevrouw heeft schizofrenie.

Etiologie: een verhoogde kwetsbaarheid voor stress of een chemische stoornis in de hersenen (vaak erfelijk bepaald) leidt tot psychosen.

Symptomen: in de war, angstig, hallucinaties en waandenkbeelden.

Resultaat: psychosen kunnen worden vermeden

Probleem: mevrouw is katatoon.

Etiologie: is een subtype van schizofrenie.

Symptomen: motorische onbeweeglijkheid die zich uit in katalepsie of stupor

Resultaat: verpleegkundigen van de afdeling zijn in staat om houding van mevrouw te veranderen.

Probleem: mevrouw heeft decubitus.

Etiologie: katatonie als gevolg van een psychiatrische stoornis; leidt tot onbeweeglijkheid, wat weer leidt tot weefselvervorming.

Symptomen: mevrouw geeft vooral pijn aan en reageert met afwijkend gedrag door te huilen en te roepen. Voedingsinname is ook matig (albumine 30). Mevrouw is niet in staat om van zithouding te veranderen.

Resultaat: de combinatie heeft waarschijnlijk geleid tot het ontstaan van een wond op haar zitbeen.

patiënt in foetushouding

- Een dag- en nachtstructuur voor mevrouw: mogelijke kwetsbaarheid wordt zo veilig mogelijk geborgd.
- Instellen van bedrust in combinatie met wisselgigging (voornaamste interventie).
- Pijn bestrijden: vier keer daags 1000 mg paracetamol.
- Diëtiste in consult vragen voor voedingsadviezen.
- De decubitusconsulent spreekt een behandel- en preventieplan af.
- Afdelingsverpleegkundigen geven extra aandacht aan inname van voedsel en evalueren dagelijks de genomen interventies.
- Verder zijn er mogelijkheden voor mevrouw om haar gedrag, angsten en wanen bespreekbaar te maken met de hulpverleners. De katatonie is niet reversibel, omdat het staken van de medicatie leidt tot het ontstaan van een psychose.

TIME- EN WCS-MODEL

Ik rapporteer in het elektronisch dossier de wond aan de hand van het TIME-model in combinatie met het WCS-model: wondgrootte is plusminus 1,5 x 1,5 cm, 50 procent geel en 50 procent rood; oppervlakkige wond en een rode wondomgeving (intacte huid). Er lijken geen tekenen van infectie, hoewel de wond langer bestaat en geen genezigstendens vertoont. (De uitslag van de wondkweek is er nog niet.) De wond produceert redelijk vocht. De wondranden zien rood en op sommige plaatsen is een blauwe verkleuring te zien.

BEHANDELING

De behandeling bestaat verder uit de volgende interventies. Voor de wond kies ik door de toch wel redelijke vochtproductie voor een verband dat in staat is veel vocht te absorberen en het wondmilieu vochtig houdt. Omdat ik tevens twijfel over het bestaan van een infectie en nog geen uitslag van de wondkweek heb, kies ik voor Aquacel Ag (hydrofiber) ter grootte van de wond dat wordt gefixeerd met een Duoderm extra thin. Het verband dient verwisseld te worden als het is verzadigd of loslaat (maxi-

maal vier dagen). Preventief leg ik mevrouw op een hoog systeem altemeerend matras en spreek ik bedrust af met wisselgigging. De ergotherapie wordt ingeschakeld om te kijken wat me met de zithouding van mevrouw kunnen doen als de huid weer intact is. Samen met het team formuleren we de doelstelling dat mevrouw binnen drie tot vier weken weer in haar stoel kan zitten.

BELEID

Het ingezette beleid wordt verder uitgevoerd door de afdelingsverpleegkundigen en ik spreek met hen af om het beleid twee keer per week te evalueren. Voor de evaluatie gebruik ik dezelfde methode

‘Als meetpunt van het genezingsproces kijken we ook naar het gedrag van mevrouw’

als hierboven beschreven en rapporteer die voortgang als ik op consult ben geweest in het elektronisch dossier. Het verloop gaat uitstekend en we zien de wond per week kleiner worden. Ondertussen heb ik de uitslag van de wondkweek en er blijkt geen sprake te



FOTO: MARCO WARBOU

zijn van een infectie. Ik stel het beleid bij van Aquacel Ag naar gewone Aquacel.

Als meetpunt van het genezingsproces kijken we tevens naar het gedrag van mevrouw en ook dit blijkt na twee weken goed te zijn verbeterd. Zij roept en huult niet meer en ook de medebewoners krijgen weer wat interesse in mevrouw.

De controle van de voedingstoestand blijft in handen van de diëtiste en zij zal mevrouw regelmatig scoren. De ergotherapie heeft ondertussen contact gehad met de leverancier van de stoel en we hebben besloten om de stoel te voorzien van een altemeerend zitkussen met instructies voor het verpleegkundig team om actief betrokken te zijn bij houdingsveranderingen in de stoel.

WOND GESLOTEN

Na vier weken is de wond gesloten en zit mevrouw weer in haar stoel. Ik besluit om eens per twee weken in consult te komen om te kijken of de preventieve maatregelen voldoende zijn of bijgesteld moeten worden.

INCIDENTIE

Er zijn nauwelijks gegevens bekend over de incidentie van decubitus binnen de psychiatrie. Er is één onderzoek van E.J. Mookhoek et al (een verslag van tien jaar systematische decubitusbehandeling, 1994, *Gerontologie Geratrie*) die een jaarlijkse incidentiemeting heeft verricht van 1983 tot 1993. Hij begon met een incidentie van 21 procent en eindigde in 1993 met een incidentie van 16 procent. Wat hierbij vooral opviel, was dat de ernst van de decubitus in de loop van de jaren afnam: 35 procent graad IV in 1983 versus 14 procent graad IV in 1992.