

# Decubitus symposium A.M.C.

## 12 november 1992

### **Doorliggen in het A.M.C. Preventie en behandeling**

**Koos van  
Rossum**  
W.C.S.

Door de decubitus commissie van het Academisch Medisch Centrum zijn de C.B.O. richtlijnen voor decubitus behandeling en preventie vertaald voor toepassing binnen het A.M.C.

Dit heeft geresulteerd in een "Protocol Decubitus-preventie", inclusief risico-score lijst en adviezen over goede zithouding en een "Protocol voor Decubitus Behandeling". Ter begeleiding van deze protocollen zijn drie Verpleegkundig Decubitus consulenten beschikbaar.

Het symposium werd georganiseerd naar aanleiding van vijf jaar ervaring met deze protocollen. Doel was een grondige evaluatie en het weergeven van de huidige stand van zaken omtrent decubitus.

Doelgroep waren alle disciplines die te maken hebben met decubitus in het A.M.C. en geïnteresseerden buiten het A.M.C. Toegang tot het symposium was gratis, mogelijk door sponsering door diverse firma's.

De dag stond onder leiding van Dr. Hulsebosch, dermatoloog, in zijn opening bracht hij de C.B.O. consensus weer eens onder ieders aandacht. Praktische tips over mobilisatie en het voorkomen van druk- en schuifkrachten kregen de aanwezigen van Dr. Hoeksma, revalidatie arts.

Na de theorie de praktijk. De verpleegkundigen kwamen aan het woord. Mw. Nielen verpleegkundige op de afdeling neurologie, gaf met een casus het nut aan van een risico-scorelijst. Uit haar lezing bleek ook hoe lastig het is om verpleegkundigen te motiveren tot het gebruik van de score-lijst, men vaart "liever" op een klinische blik dan op de informatie die een risico-scorelijst op levert. Haar collega Mw. Voigt

stelde daarom heel stellig dat de verpleegkundige niet "alleen" kan afgaan op zijn/haar klinische blik, **maar dat de moderne verpleegkundige noteert wat hij/zij ziet en daarna handelt.**

**Zodat ook de collega verpleegkundigen, iets aan zijn of haar informatie hebben.** Met deze opmerking kreeg zij van de aanwezigen een welgemeend applaus. De opmerking met een goed anti-decubitus protocol is decubitus een verpleegfout, schoot sommige van de aanwezigen in het verkeerde keelgat. Een leuke discussie over wiens verantwoordelijk is het dat de patiënt geen decubitus krijgt op een operatie- of röntgentafel was het resultaat van deze opmerking.

Mw. Maarleveld, hoofdverpleegkundige poli dermatologie vertelde hoe het decubitus-protocol samen met de Stichting Amsterdams Kruiswerk tot stand is gekomen. Ook liet ze met een aantal leuke dia's zien wat de verschillen zijn tussen "luxe" ziekenhuissituatie en de soms moeilijk 'geïmproviseerde' thuissituaties. Zij stelde dat de wijkverpleegkundigen vaak creatiever moeten zijn dan de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken. Vandaar dat er ook verschillen zitten in de behandelprotocollen voor thuis en in het ziekenhuis.

De internist vindt dat de hyperallimentatie die worden toegepast in de verschillende ziekenhuizen, niet meer van deze tijd is. Hij pleitte voor een nauwkeurige toediening van eiwitten, suikers en vetten om aanmaak en afbraak in balans te houden. Het ongecontroleerd geven van grote hoeveelheden eiwitten zou eerder een negatief effect hebben, dan iets bijdragen aan de wondgenezing. Chirurg Lubbers zei dat decubitus geen lokaal probleem is, maar een uiting van het algemeen ziekzijn. Hij gaf met name veel aandacht aan de circulatie en de hypoxie,

die hij belangrijker vindt dan druk, als oorzaak voor decubitus. Tot slot merkte hij op dat decubitus in de toekomst zal blijven voorkomen, alleen de frequente en de vorm waarin het voorkomt is te beïnvloeden met behulp van een goed protocol.

In het verhaal van Dr. Hulsebosch en apotheker Wiltink kwam naar voren, waarom men binnen de decubitus commissie heeft gekozen voor een beperkt aantal produkten. Voor de preventie heeft men gekozen voor decubituscrème 1, dit is een indifferente crème tegen uitdroging van de huid. Er bestaat volgens de heren geen middel dat op de huid aan te brengen is die de bloeddorststrooming stoornis kan voorkomen of opheffen. Het wrijven helpt alleen omdat er op dat moment sprake is van drukontlasting, er is een insmeeregime, dus inspectie. Decubituscrème 2 is een indifferente crème met zinkoxidepoeder, dit wordt gebruikt om de intacte huid te beschermen tegen de negatieve invloeden van urine en ontlasting. Verder wordt er als behandelmethode vaak een uitgeknepen gaas met fysiologisch zout gebruikt. Elk antisepticum belemmert de genezing volgens Dr. Hulsebosch.

Op de vraag waarom nog mercurochroom te gebruiken om een necrose te demarceren, konden beide heren de zaal niet echt overtuigen. Ze benadrukten beiden dat het zeer gevaarlijk was om mercurochroom te gebruiken en soms ook weer erg prettig om een necrose in te laten drogen. De vragenstellers dachten hier duidelijk anders over.

Op de Intensive care van het A.M.C. is een klein onderzoek gedaan naar het gebruik van hydrocolloïden bij stadium I en II van decubitus. Resultaten bij deze kleine groep waren eigenlijk niet eenduidig te interpreteren. Wel werd duidelijk dat het op een



juiste manier aanbrengen van een hydrocolloïd een zeer belangrijke bijdrage kan leveren in het verdere verloop van de genezing van de wond.

Dr. de Boer, plastisch chirurg had een goed verhaal en mooie dia's over de verschillende zwaailap technieken. Toch elke keer weer fascinerend te zien, wat er allemaal mogelijk is met het menselijk lichaam.

Of het zin heeft om nu bij elke patiënt een percutane of transcutane zuurstofspanning te meten van de met decubitus bedreigde plaatsen werd deze dag niet helemaal duidelijk. Deze ingewikkelde methode is een hulpmiddel, maar vervangt de verpleegkundige observatie toch niet.

Sara Swarts, decubitus consulente, leidinggevend verpleegkundige en WCS bestuurslid gaf aan wat de taken zijn van de decubitusconsulent in het A.M.C. De consulenten kunnen worden ingeschakeld bij alle decubitus problemen, maar de afdeling is verplicht een consulent in te schakelen bij decubitusstadium III en IV. Zij beslissen ook of de patiënt wel of niet op een "speciaal" bed komt. Verder zijn de decubitus consulenten betrokken geweest bij het samenstellen van het protocol, testen zij nieuwe preventie materialen en behandelmethoden. Daarbij geven zij scholing op de afdeling en in de opleiding voor verpleegkundigen. Sara gaf aan dat ze het belangrijk vindt dat er gedegen onderzoek komt naar de oorzaak en gevolgen van decubitus om zo decubitus te beheersen en zo patiëntenleed en kosten te besparen.

Hr. vd Wekken, hoofd inkoop, gaf aan wat de kosten van decubitus zijn in het A.M.C. Decubitus preventie kost per dag per patiënt f 95,-. Een patiënt met decubitus stadium I kost f 135,-, terwijl een patiënt met decubitus stadium III of IV ongeveer f 175,- per dag kost. De kosten bestaan voor 25% uit personeellasten, 7% voor speciale bedden, 65% ligprijs en 3% voor verbandmiddelen. Zo blijkt dat preventie inderdaad

kostenbesparend voor de gezondheidszorg kan werken.

Het symposium werd op een heel bijzondere wijze afgesloten.

Medisch studenten bezochten deze dag alle patiënten in het A.M.C. en controleerden samen met de verpleegkundigen de patiënten op decubitus. Totaal werden bijna 700 patiënten gezien en 6.4% van deze patiënten bleek decubitus te hebben. Goed te zien dat het preventie protocol niet alleen maar op papier werkt maar ook op de afdelingen zijn uitwerking heeft. Complimenten voor het werk van deze commissie en complimenten voor dit uitstekend georganiseerde symposium.