

Welke verpleegkundige interventies kunnen worden ingezet bij een delier tijdens de wondverzorging

C. Bochove *

Brandwondenpatiënten moeten pijnlijke wondverzorgingen ondergaan terwijl ze ook de verminkte staat van hun huid psychisch moeten verwerken. De wonden moeten gereinigd worden en de verbanden verwisseld. Dit is een stressvol proces dat veel van de patiënt vraagt (1). Verpleegkundigen gebruiken verschillende interventies (farmacologisch en niet-farmacologisch) om patiënten gerust te stellen en angst te verminderen. Als iemand plotseling gewond raakt en wordt opgenomen in een ziekenhuis met ernstige, mogelijk levensbedreigende verwondingen, overheersen gevoelens van hulpeloosheid en onveiligheid. Er is meestal pijn, angst en een gebrek aan overzicht en controle. De eerste behoeften van een patiënt met brandwonden zijn dan ook het herstellen van het gevoel van veiligheid en controle over de situatie (2). De verpleegkundigen stellen de patiënt gerust en geven de regie zo veel mogelijk terug in handen van de patiënt.

Casuïstiek

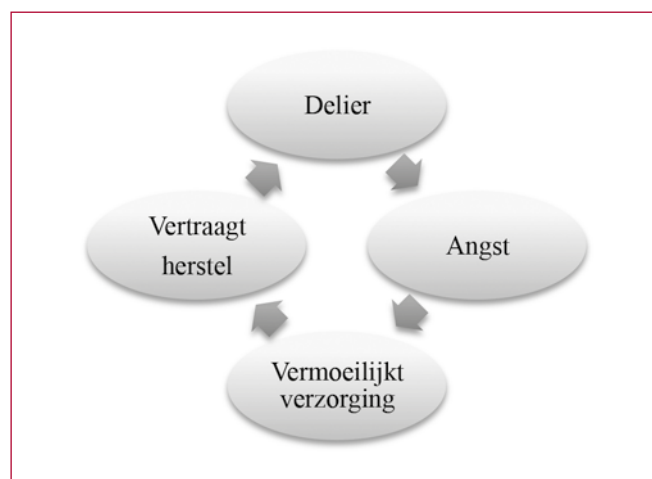
Een 39-jarige mevrouw komt ernstig verbrand binnen op de intensive care (IC) van het brandwondencentrum na een woningbrand. Zij heeft 21% totaal verbrand lichaamsoppervlakte (TVLO) aan beide armen, gelaat en benen opgelopen. Mevrouw is niet bij bewustzijn en wordt onder kunstmatige coma beademd. Na een aantal dagen wordt dit afgebouwd en kan mevrouw worden overgeplaatst naar de brandwondenafdeling.

Eenmaal op de afdeling is mevrouw verward en angstig. Er wordt gedacht aan een delier, een acute vorm van verwarring: de Delirium Observatie Screening Schaal (DOSS) bevestigt dit. Haar wonden moeten nog worden verzorgd, wat pijnlijk is en tot anderhalf uur kan duren. Mevrouw is verward, angstig en weigert bepaalde handelingen tijdens de wondverzorging. Door het delier zijn haar cognitieve vermogens beperkt, wat het voor de verpleegkundigen moeilijk maakt om haar dingen uit te leggen of haar af te leiden. Geruststellen tijdens de pijnlijke wondzorg is bijna niet mogelijk.

Vertraagd helingsproces

Het delier tast de cognitieve vermogens van de patiënt aan (zie kader). Daardoor is het voor verpleegkundigen lastig om de patiënt te ondersteunen bij de wondzorg en de procedurele pijn die daarmee gepaard gaat. De patiënt wordt hierdoor angstig en onrustig, wat de behandeling moeilijk maakt. Er is dan sprake van een vertraagd helingsproces (1) (figuur 1).

Veel is hier nog niet over bekend in de literatuur terwijl de



Figuur 1. Vicieuze cirkel: het delier veroorzaakt angst wat de verzorging bemoeijkt, waardoor herstel vertraagt en het delier in stand blijft.

verpleegkundigen deze patiënten regelmatig verzorgen. Daarom werd er in het kader van een afstudeertraject van de HBO-V onderzocht welke niet-farmacologische interventies verpleegkundigen kunnen gebruiken om brandwondenpatiënten met een delier tijdens procedurele pijn bij de wondverzorging te ondersteunen. In deze casestudie wordt gekeken naar de mate waarin verpleegkundigen ervaring hebben met patiënten met een delier en hoe zij hiermee omgaan. Tevens zijn de Richtlijn delier voor ouderen en volwassenen (RD) (4) en de Richtlijn Zorg voor patiënten met brandwonden (RBW) (5) met elkaar vergeleken.

De term delier wordt in dit artikel gebruikt om zowel

motorische onrust als stoornissen in bewustzijn, cognitie en waarneming samen te vatten. Hierbij wordt bedoeld op verwardheid die het gevolg is van de brandwonden, de procedurele pijn van de wondbehandeling of ander fysiek letsel (2). Wat niet bedoeld wordt met de term is verwardheid veroorzaakt door psychische of psychiatrische aandoeningen.

Methode

Het onderzoek was kwalitatief van opzet, wat betekent dat de mening en beleving van deelnemers gevraagd werd aan de hand van interviews. Het onderzoek is uitgevoerd in het brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam. Zes verpleegkundigen die directe zorg hebben verleend aan de patiënt uit de casus zijn geïnterviewd over hoe zij de wondzorg hebben ervaren en welke interventies zij gebruikten. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen, wat, naast het stellen van vooraf vastgestelde open vragen, ook ruimte gaf om verdiepende vragen te stellen. De vragen zijn ook gesteld aan acht verpleegkundigen waarmee de casus is besproken (een focusgroep). De

interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Hierna werd het uitgeschreven interview gecodeerd. Na het coderen en literatuuronderzoek zijn een aantal topics naar voren gekomen. De data die verzameld zijn uit achtergrondliteratuur, de interviews en de focusgroep zijn uitgeschreven in een thematische analyse aan de hand van de topiclijst.

Resultaten

Uit de interviews bleek dat de verpleegkundigen veel ervaring hebben met brandwondenpatiënten met een delier tijdens procedurele pijn bij de wondzorg.

Over de omgang met de patiënt met het delier, noemen drie verpleegkundigen de term ‘met respect benaderen’. Andere termen die zij noemen zijn ‘rustig benaderen’ en dat ‘een persoonlijke benadering’ belangrijk is. De overige verpleegkundigen gaven aan dat de continuïteit van zorg een belangrijke rol speelt voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Een interventie die ook werd genoemd, was het compromissen sluiten met de patiënt over de

Tabel 1: Interventies praktijk vergeleken met RD en RBW

Thema	Richtlijn	Praktijk tijdens wondzorg
Basiszorg-gesprekstechnieken	Niet betuttelend, niet overbezorgd, niet kritisch en straffend benaderen Zichtbare bewegwijzering Heroriënteren door (telkens weer) uit te leggen Familieparticipatie/rooming-in Veilige zorgomgeving, fixatie, sederen	Respect tonen, rustig benaderen Persoonlijk benaderen Herhalende mondelinge uitleg Familieparticipatie
Rustgevend	Slaappatroon: Hou een dag-nachtritme aan	Stem intonatie Regie geven
Afleiding	Virtual Reality Muziek Massage	Muziek/film Ademhalingsoefeningen Therapeutic Touch Aromatherapie
Bewustwording	Identificeer de oorzaak van delier Bijhouden van veranderingen (DOSS) Klinische oorzaken Cognitie en desoriëntatie Vertrouwde spullen	Identificeer de oorzaak van delier Terugbrengen naar realiteit Herhaling Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS)
Disciplines	Fysiotherapie Geriatr Multidisciplinair interventieprogramma HELP-programma, vrijwilligers vervangen Mantelzorg Psycholoog	Multidisciplinair Overleg Psychiater Geriatr Pijnteam
Medicatie	Observeren, rapporteren, pijnbehandeling starten Staken van uitlokkende medicatie	Adequate pijnstilling Pijnscore Sedatie
Overig	Voeding Let op bril, gehoorapparaat Mobilisatie	Juiste wondbedekker Zo kort mogelijk behandelen Continuïteit van zorg

Delier

Een delier is een bewustzijnsstoornis die vaak voorkomt in intensive care situaties. Ze wordt gekenmerkt door een verminderde helderheid van het besef van de omgeving. Mensen zijn gedesoriënteerd en hebben een verstoorde waarneming of een verminderd vermogen om de aandacht vast te houden. Een delier ontwikkelt zich snel, binnen enkele uren tot dagen, en het fluctueert over de tijd. Er zijn twee verschijningsvormen van delier. De hypoactieve of stille vorm wordt gekenmerkt door een afgevlakte emotionele toestand en verminderde responsiviteit. Dit type wordt gemakkelijk over het hoofd gezien. Dit in tegenstelling tot de hyperactieve vorm, met opvallende symptomen, zoals agitatie, rusteloosheid, pogingen om katheters te verwijderen en emotionele labiliteit. De oorzaken kunnen van verschillende aard zijn. Onderliggende metabole en cardiovasculaire stoornissen, maar ook bepaalde medicatie, zoals benzodiazepines, spelen een rol in het ontstaan. Slaapdeprivatie, of ernstige verstoring van de slaapcyclus, is een belangrijke oorzaak van delier. Op IC's is een overvloed aan prikkels die ervoor zorgt dat het slaappatroon verstoord raakt, zoals licht en geluid, IC-controles en andere zorgactiviteiten (2,3).

wondzorg. Zo boden verpleegkundigen bijvoorbeeld aan om wondverzorging in een douche of bad te doen, zodat verband niet pijnlijk blijft plakken aan de wonden. Verpleegkundigen zien anesthesie als laatste optie, omdat dit afgeraden wordt bij patiënten met een delier. Wanneer de pijn echter ondraaglijk wordt, wordt dit middel toch ingezet.

De interventies die de verpleegkundigen noemen komen grotendeels overeen met de interventies die genoemd worden in de RD en RBW. Echter, de RD is gericht op het verminderen van angst en verwardheid, terwijl de RBW zich vooral richt op het geruststellen van patiënten tijdens de pijnlijke behandelingen. Hierdoor sluit het RD sommige interventies uit, die in het RBW juist worden aanbevolen, zoals het gebruik van sederende medicatie, muziek en virtual reality, wat een patiënt met een delier juist onrustig maakt. In tabel 1 staan de interventies uit de interviews (kolom 'Praktijk') vergeleken met de RD en RBW (kolom 'Richtlijn.')

Discussie

Veel van de interventies die de verpleegkundigen gebruiken komen overeen met die in de richtlijnen. Er wordt in de RD benoemd dat een rustige benadering, respectvol omgaan met de patiënt en het versterken van de vertrouwensrelatie

belangrijk zijn om zorg te kunnen geven. Deze onderwerpen komen in de interviews naar voren. Het opstellen van een individueel zorgplan en een observatieschaal (DOSS) kunnen helpen om de juiste zorg te verlenen. Ook deze worden zowel in interviews als in het RD genoemd.

Bij patiënten met een delier tijdens de brandwondenverzorging zijn de richtlijnen in tegenspraak. Zo zijn interventies uit de RD gericht op het beperken van de zintuiglijke prikkels, terwijl sommige interventies uit de RBW juist prikkelverhogend zijn. Een ander voorbeeld is dat de RBW concentreert op het verminderen van pijn met sederende medicatie, terwijl de RD aanbeveelt om risicomedicatie die het bewustzijn verlagen te stoppen.

In de interviews wordt gesproken over een actieplan, wat de werknaam is voor het zorgplan op de afdeling. Hierin worden interventies niet gemeld. Het blijkt zelfs dat er veel interventies door elkaar worden gebruikt bij een patiënt met een delier en niemand precies weet waar de gebruikte interventies terug te vinden zijn. Niet alleen de standaard interventies die beschreven zijn in de RD worden toegepast, er wordt ook gecombineerd met het inzetten van interventies uit de RBW. Dit zijn afleidingstechnieken, zoals massage, Therapeutic Touch, aromatherapie en muziek en/of film. Dit komt weliswaar overeen met eerder onderzoek naar afleiding tijdens wondzorg waar een combinatie van interventies gebruikt wordt in de brandwondenzorg (6), maar is strijdig met het advies van de RD om patiënten met een delier minimaal te prikkelen.

Aanbevelingen

Tijdens dit onderzoek kwamen een aantal aandachtspunten naar voren en dit werd ondersteund door het onderzoek van Lončar et al. (7). Zij benadrukken de noodzaak van nauwkeurige, multidisciplinaire beoordeling en behandeling van pijn en psychische stoornissen bij patiënten met brandwonden. Deze behandelingen moeten sterk geïndividualiseerd zijn en vaak aangepast worden aan de specifieke behoeften van de patiënt.

- Om met verschillende verpleegkundigen geïndividualiseerde zorg op maat te kunnen geven, kan er een zorgplan gemaakt worden. Hierin moeten de ingezette interventies terug te vinden zijn.
- Continuïteit van de zorg. Dat betekent dat behandelingen en interventies consistent worden ingezet en dat dezelfde verpleegkundigen de patiënt blijven behandelen. Dit geeft meer duidelijkheid en houvast voor de verwarde patiënt (8).
- Het gebruiken van de DOSS helpt om een delier vroegtijdig te signaleren en de juiste interventies in te zetten. Maak duidelijke afspraken wanneer de DOSS wordt afgenomen. Zorg dat deze terug te vinden is

voor elke discipline om een volledig beeld van de situatie te creëren (9).

- **Familieparticipatie.** Het inzetten van de familie kan de verpleegkundige tijd besparen en de patiënt gerust stellen (10). Dit kan ook tijdens de wondzorg als de patiënt hier baat bij heeft en de familie dit aankan.
- **Wondzorg.** Het gebruik van wondbedekkers die meerdere dagen mogen blijven zitten zodat de patiënt zo min mogelijk belast wordt met wondverzorging. Houd de wondzorg zo kort mogelijk.
- **Onderzoek naar interventies om brandwondenpatiënten met een delier te ondersteunen tijdens de wondzorg zijn nodig.** Dit kan opgenomen worden in de RBW, waar het nu in ontbreekt.

9. Timmers J, Kalisvaart K, Schuurmans MJ, et al. **A review of delirium rating scales.** Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie. 2004;35(1):5-14.
10. Zwaag S, Winters AM, Voorhorst W, et al. **Rooming-in: bij kwetsbare ouderen met een delirium.** 2016, TvZ 5;49-51.

* *Claudia van Bochove, HBO-Verpleegkundige, brandwonden-centrum Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam*

Conclusie

De wondverzorging bij brandwondenpatiënten is pijnlijk. Bij een delier valt de mogelijkheid om met de patiënt te communiceren grotendeels weg, wat de behandeling in de weg staat en het herstel vertraagt. Uit dit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen grotendeels in staat zijn om de juiste interventies in te zetten in deze situaties. Echter, de Richtlijn Delier (RD) en Richtlijn Zorg voor patiënten met brandwonden (RBW) spreken elkaar op sommige interventies tegen, omdat de RBW geen rekening houdt met een delier. Daarom wordt aanbevolen om de richtlijnen aan te scherpen, zodat duidelijk wordt hoe verpleegkundigen brandwondenpatiënten met een delier het beste kunnen helpen.

Literatuur

1. Deniz S, & Arslan S. **Pain and Anxiety in Burn Patients.** International Journal, 2017; 10(3):1723.
2. de Jong A, van Komen R, Nieuwenhuis M. et al. (2015). **Brandwondenzorg.** Beverwijk, Nederland: Nederlandse Brandwonden Stichting. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van <https://brandwondenstichting.nl/brandwonden>
3. Brandwondenzorg Nederland http://handboek.brandwondenzorg.nl/deel_1/8-psycho sociale-en-psi chiatrische-problemen#8.2.4-Delir. Bezocht 2-4-2020.
4. Richtlijn delier Volwassen en ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2013.
5. Richtlijn Zorg voor patiënten met brandwonden. Beverwijk: Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland; 2017.
6. Kahar NABA, Kanageswari Tay Y B, Koh KX. **A pilot study of the effects of music listening for pain relief among burns patients.** Proceedings of Singapore Healthcare, 2011;20(3):162-173.
7. Lončar Z, Braš M, Mičković V. **The relationships between burn pain, anxiety and depression.** Collegium antropologicum, 2006;30(2):319-325.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Delirium: diagnosis, prevention and management.** Clinical guideline, 2010;103.