

Op zoek naar continuïteit in de decubituszorg

Auteur: R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 2001
Pagina: 6-7
Jaargang: 14
Nummer: 3
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: decubitus verpleeghuis
Literatuur:

Ron van der Most in gesprek met verpleeghuisarts dr. J.M.G.A. Schols

Wanneer een patient decubitus ontwikkelt, dan is veelal de eerste zorg het behandelen van de wond. Terecht, decubitus is vaak pijnlijk en een onbehandelde decubitus gaat makkelijk van kwaad tot erger. De essentie van de wondbehandeling is het op de juiste wijze stimuleren van de wondgenezing. Mits op de goede wijze toegepast, biedt een vochtige en occlusieve behandeling van decubituswonden niet alleen goede genezingstendensen, maar is deze bovendien kostenefficient. Er zijn echter nog andere factoren die zowel bij het ontstaan als bij de genezing van decubitus zijn betrokken. Factoren die wel worden gesignaleerd, maar waarmee niet altijd even adequaat wordt omgesprongen. Meestal is het zo dat naast wondverzorging, in ieder geval veel aandacht wordt besteed aan de preventie van druk- en schuifkrachten. Maar hoe pak je een hongerende patient aan die bovendien in een slechte conditie verkeert? Hierover praat ik met dr. Jos Schols, verpleeghuisarts, directeur patientenzorg van de Riethorst in Geertruidenberg en universitair docent aan de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het UMC St. Raboud te Nijmegen.

Kwetsbaar

Uit de landelijke prevalentiemetingen blijkt dat decubitus vooral veel voorkomt in verpleeghuizen, waarbij nog eens wordt aangetekend dat verpleeghuisartsen waarschijnlijk alleen de ernstige stadia te zien krijgen en het kennelijk met de alertheid voor vroegere stadia matig is gesteld.

"Verpleeghuizen hebben per definitie een groep kwetsbare mensen. Mensen die lichamelijk ziek zijn dan wel dementeren en die vaak in hoge mate geïnvalideerd zijn; die in een slechte lichamelijk toestand verkeren en vaak letterlijk ondervoed zijn en die derhalve een groot risico lopen op het ontwikkelen van decubitus. In principe worden hier veel mensen opgenomen die zijn uitbehandeld en dat betekent dat wij deze mensen in ieder geval niet meer helemaal kunnen genezen. Dat betekent ook dat wij primair moeten zorgen dat de kwaliteit

van hun leven op een zo hoog mogelijk niveau gebracht wordt. Decubitus is nu juist een complicerende factor die een evident ongunstige invloed heeft op de kwaliteit van leven en die zelfs kan leiden tot vervroegd overlijden. Wij zullen dus van meet af aan alert moeten zijn op het ontstaan van decubitus. Het is daarom goed dat die landelijke prevalentie metingen er zijn, want onze aandacht voor decubitus is er extra door vergroot. Ondanks het feit dat voor de hoge prevalentie van decubitus in verpleeghuizen een aantal logische verklaringen kan worden gegeven, zit er toch een uitdaging in om die cijfers naar beneden te brengen. In de praktijk worden artsen in verpleeghuizen vaak pas geconsulteerd als er al wonden zijn. Daar zit een leerpunt in. En dat betekent wat mij betreft dat de continue aandacht voor en de controle op het ontstaan van decubitus in het zorgprotocol moet worden opgenomen vanaf het moment dat de mensen zijn opgenomen.

Dat blijkt eigenlijk ook wel uit een andere groep die - weliswaar tijdelijk - in het verpleeghuis wordt opgenomen, namelijk de groep van orthopedische revalidanten. Vaak komen die met decubitus uit het ziekenhuis en dat betekent dat zij na hun operatie (veelal een nieuwe heup) in hun revalidatie gehinderd worden door de aanwezigheid van deze complicatie. Door de decubitus wordt hun verblijf hier bovendien verlengd; iets wat ze van te voren niet ingecalculereerd hadden. Ook dat is inboeten op de kwaliteit van leven."

Ondervoed?

De kwaliteit van leven in verpleeghuizen wordt ook bepaald door de voeding - lekker eten. Daarmee is het niet altijd goed gesteld. Bovendien vergroot een slechte voedingstoestand de kans op het ontstaan van decubitus.

"Wanneer je naar de prevalentie cijfers voor decubitus in het verpleeghuis kijkt en je kijkt vervolgens naar de prevalentie cijfers voor een slechte voedingstoestand, dan blijken die percentages nagenoeg synchroon te lopen. Van een slechte voedingstoestand weten we dat deze complicaties geeft en dat mensen daardoor zelfs eerder kunnen overlijden. Een slechte voedingstoestand verhoogt ook het risico op het ontstaan van complicaties, zoals decubitus. Maar of het verbeteren van de voedingstoestand en/of specifieke voedingsinterventies nu ook een direct bewezen gunstige invloed hebben op het wondgenezingsproces zelf, dat weten wij nog niet. Ik ben al lang naar dat bewijs op zoek. Het blijkt so wie so moeilijk te zijn om wat dat betreft verantwoord evidence based onderzoek in verpleeghuizen te doen. Vooralsnog zullen wij het moeten doen met onze eigen empirische ervaringen die meer berusten op eigen evidence based reality dan op evidence base medicine.

Intussen weten we dus in ieder geval wel (en dat is dus echt aangetoond!) dat het met de voedingstoestand van mensen in een verpleeghuis vaak slecht is gesteld.

Uit een tweetal onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is bovendien gebleken dat het voedingsbeleid en de vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen verbetering behoeven. Diverse hulpverleners in verpleeghuizen zullen in dezen duidelijker hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Het lijkt er immers op dat wij nu vaak vanzelfsprekend aannemen dat oude mensen slecht eten. Daarbij komt nog dat die mensen er zelden over klagen. Artsen beschouwen voeding bovendien vaak als niet behorend tot hun takenpakket.

Bovendien is er vaak wat mis met het leefritme en met de logistiek in verpleeghuizen.

Het komt voor dat patienten de maaltijden veel te snel achter elkaar aangeboden krijgen.

Laat uit bed, hebben ze net hun ontbijt gehad of het warme eten staat al weer klaar. Logisch dat ze daar dan niet veel van eten. Het eten ziet er soms ook niet aantrekkelijk uit.

Het komt ook voor dat iemand, waarvan bij opname geregistreerd is dat hij gemalen eten

moet hebben, de rest van zijn verblijf een Moulinexhap voorgeschoteld blijft krijgen, omdat niemand er ooit aan denkt om dit te veranderen. Ook wordt er niet altijd adequaat gekeken of de mensen ook inderdaad voldoende hebben gegeten. De tijd van tafel afruimen is eveneens vaak onverbiddelijk vastgelegd!

Een nijpend probleem is bovendien het gebrek aan voldoende personeel om de patienten te helpen bij het eten!!!

Men is op dit moment bezig een landelijk protocol op te stellen ter verbetering van de vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen. Hierin zal geadviseerd worden om de voedselvoorziening een vaste plek te geven in het zorgplan. Essentieel is dat medewerkers in verpleeghuizen van meet af aan de voedingstoestand van de patient in de gaten blijven houden en dat zij tijdig acties ondernemen bij problemen.

Restaurant

Impliceert dat zorgplan dan ook dat er bewust wordt gekeken of iemand zijn bord ook werkelijk heeft leeg gegeten?

"Dat zou een volgende stap moeten zijn.

Duidelijk moet in ieder geval zijn dat het er niet om gaat patienten nu maar ondoordacht allerlei drinkvoedingen te gaan geven om de zekerheid te hebben dat zij in ieder geval de benodigde calorie's en voedingsstoffen krijgen; nee, een en ander betekent primair dat je moet zorgen dat de mensen het eten op een gezellige manier en in een gezellige omgeving krijgen opgediend.

Er zijn inmiddels in den lande al succesvolle proeven gedaan, waarin een echt "patienten-restaurant" in verpleeghuizen is ingericht. Dit betekent dat je mensen uit hun kamers en van de afdeling haalt om in een andere en meer geschikte ambiance de maaltijd te nuttigen. Ze kunnen daarbij bovendien zelf kiezen wat zij lekker vinden en er mag zelfs een wijntje worden gedronken. Dat is heel wat anders dan een bord gemalen eten dat met een deksel erop voor je neus wordt neergezet.

Wij hanteren in ons verpleeghuis nu ook een ontbijtbuffet dat geruime tijd open is en je ziet dat mensen dan toch meer gaan eten.

Ook in onderzoek is aangetoond dat mensen met voedingsproblemen in gewicht toenemen wanneer je de ambiance verbetert waarin het eten wordt aangeboden. Dat is m.i. net zo belangrijk als het streven naar een bepaalde zelfstandigheid en mobiliteit."

Vochtige wondbehandeling

Wetende dat in de Riethorst al jaar en dag wordt gewerkt met hydrocolloidverbanden als DuoDERM en sinds enige tijd ook met Kaltostat en Aquacel en kennis hebbende genomen van een artikel in Patient Care geschreven door dr J.M.G.A Schols en drs. J.C.L. Neyens over de vochtige en occlusieve behandeling van decubituswonden, vraag ik waarom er een voorkeur is voor deze behandeling.

"Goede zorg wordt mogelijk gemaakt met behulp van multidisciplinaire protocollen.

Voorwaarde is dat die protocollen ook op de juiste wijze worden geïmplementeerd en up-to-date worden gehouden. Het gebeurt niet zelden dat er een prachtig protocol is, maar dat de

uitvoering daarvan alles te wensen overlaat. We hebben destijds een intramuraal protocol ontwikkeld voor de preventie en behandeling van decubitus. Inzake de behandeling vallen we daarbij terug op moderne wondverbanden zoals de hydrocolloïden en de hydrofibers.

Bij de implementatie is gebleken dat je moest voorkomen dat medewerkers de nieuwe verbanden op de oude, dus traditionele wijze bleven gebruiken. Als je DuoDERM elke dag van de wond gaat halen, dan wordt het immers een dure geschiedenis. Als je het langer laat zitten en het bijvoorbeeld pas verwijdert wanneer er lekkage dreigt, dan ontdek je dat dit niet alleen veel plezieriger voor de patient is, maar ook minder werkdruk geeft en derhalve toch kosteneffectief kan zijn. Ik moet eerlijk zeggen dat wij destijds heel goed door de mensen van ConvaTec zijn begeleid en dat wij zowel naar aanleiding van onze ervaringen bij de wondbehandeling als op basis van de overtuiging dat de implementatie van het gebruik van deze nieuwe wondbedekkers goed zou verlopen en begeleid zou worden, met vertrouwen zowel Kaltostat als Aquacel in ons protocol hebben opgenomen.

Ook in de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat een vochtige en occlusieve wondbehandeling tot een goede wondgenezing leiden. De autolytische processen komen veel meer tot hun recht in een vochtig wondmilieu en wanneer je het verband dan ook nog langer kan laten zitten, kunnen macrofagen, fibroblasten, groeifactoren en enzymen langer aanwezig zijn om het reinigende en genezende proces nog meer kans te geven. Bovendien vermindert minder frequente verwisseling de werkdruk en niet in de laatste plaats ook het ongemak voor de patient.

Onze ervaring is dat de moderne verbandmiddelen die wij in ons protocol hebben opgenomen, patientvriendelijk zijn, de genezing bevorderen, eenvoudig zijn toe te passen en kosteneffectief zijn. Dat laatste echter pas indien het gebruik van nieuwe wondbedekkers goed wordt geïmplementeerd. Adequate voorlichting en scholing zijn hierbij noodzakelijk!"

¥ de relatief hoge prevalentiecijfers van decubitus in het verpleeghuis vormen een uitdaging om die cijfers omlaag te brengen

¥ revalidanten die met decubitus in het verpleeghuis komen, zullen langer opgenomen moeten blijven en daardoor inboeten aan kwaliteit van leven

¥ een slechte voedingstoestand leidt tot complicaties, bijvoorbeeld tot een groter risico op het ontstaan van decubitus

¥ het is niet vanzelfsprekend dat oudere mensen slecht eten!

¥ een slechte voedingstoestand kan worden verbeterd door een ambiance te creëren die gezellig is en waarbij mensen zelf kunnen kiezen wat ze willen eten. Zñ ook voldoende tijd krijgen om te eten

¥ kwaliteit van zorg (in een verpleeghuis) valt en staat met continuïteit!

¥ een adequate vochtbalans in de wond bevordert de fysiologische processen die nodig zijn voor het herstel van de wond

¥ Een moderne decubitusbehandeling gebaseerd op een vochtige en occlusieve wondbehandeling heeft voordelen voor de patiënt, de hulpverlener en de instelling.

Ron van der Most