

# Detective met digitale camera

**Auteur:** S. Boerboom  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 2001  
**Pagina:** 10-11  
**Jaargang:** 14  
**Nummer:** 3  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** decubitus consulent rapportage  
**Literatuur:**

Stefan Boerboom in gesprek met Barbara den Boogert, decubitusverpleegkundige. Barbara den Boogert, van huis uit IC-verpleegkundige, werd drie jaar geleden decubitusverpleegkundige. Het adagium 'meten=weten' zit haar in het bloed; vorig jaar is ze gestart om met een digitale camera opnamen te maken van doorligwonden. "Met vragen, overleg met collega's, wekelijkse aantekeningen en met beelden maak ik de puzzel die decubituswond heet, compleet."

¥ Decubitus is een verschijnsel dat wel altijd zal blijven bestaan. Neem nu de ruggenprik. Door de komst van de ruggenprik kunnen mensen die hun heup hebben gebroken, sneller worden geopereerd, hetgeen gunstig is voor de kans op decubitus. Het nadeel ervan is echter is dat patiënten urenlang hun benen niet bewegen en zo weer meer risico hebben op decubitus.  
¥ Door relatief simpele vragen tijdens het intakegesprek, kom je veel te weten over de kans die deze patient zal lopen op decubitus. Voorbeelden daarvan zijn: 'Bent u de laatste tijd afgevallen?' of 'Heeft u al eerder doorligplekken gehad?'  
¥ Monitoring is belangrijk en de digitale camera is daarbij een laagdrempelig, snel en handig hulpmiddel dat bewijsmateriaal oplevert: zien is geloven.  
¥ Zorg voor een goede wondrapportage

"Ik ben bijna twintig jaar IC-verpleegkundige geweest in het Academisch ziekenhuis Dijkzigt. Door een interne cursus 'kwaliteit van zorg' ben ik nauwer in contact gekomen met het fenomeen decubitus. In die tijd, we spreken over 1998, had ik veel last van mijn knie en heb ik besloten van baan te veranderen. Zo ben ik hier ruim drie jaar geleden begonnen als decubitusverpleegkundige."

Het is bijzonder dat 1998 juist het jaar is waarin de belangstelling voor decubitus in een stroomversnelling raakte. Het eerste landelijke decubitusprevalentieonderzoek stamt uit die tijd, meen ik.

"Ja, het was ook de tijd dat de Gezondheidsraad met een belangrijk rapport over decubitus kwam. Decubitus is inderdaad een groot probleem dat waarschijnlijk nooit zal verdwijnen. Ik maak bijvoorbeeld regelmatig mee dat mensen thuis vallen en hun heup breken. Ze liggen al een tijdje op de grond, daar begint het proces al.

Vervolgens komen ze het ziekenhuis binnen, is er niet a la minute plaats voor een foto of moeten ze wachten tot de operatiekamer vrij is en liggen ze nog een aantal uren... Al die uurtjes bij elkaar opgeteld, levert een groot risico op.

Door de komst van de ruggenprik kunnen deze patienten nu weliswaar sneller worden geopereerd, maar het nadeel daarvan is dat ze geen gevoel in hun benen hebben, en urenlang hun benen niet bewegen. Zo neemt de kans op decubitus weer toe."

## **Van technicus naar consulent**

Het valt me op dat je overstapt van de IC, een afdeling die doorgaat voor technisch en hectisch, naar decubituszorg.

Als het goed is, ben je multidisciplinair en multifunctioneel bezig, iets wat ik terugzie in het thema van het volgende WCS-congres: 'Voor elke wond een teamverband'. Het is juist een afwisselende en zelfstandige baan: overleg, advies, bedden bestellen, beleid maken en beslissen wat er op de wond komt."

In hoeverre heb je als decubitusverpleegkundige gemak van twintig jaar intensive care-ervaring?

"Typisch voor de IC is dat veel zorg via parameters verloopt. Als decubitusverpleegkundige loop ik minimaal een keer per week langs alle patienten. Ik observeer de decubituswonden: kleur, geur, grootte en diepte. Ik maak vaak malletjes waarmee ik de contouren van de wond vastleg. Vervolgens schrijf ik het wondbeleid, leg ik voor ruim een week producten neer en spreek ik af wanneer ik terugkom. De verpleegkundigen op de afdeling moeten rapporteren als de wond verandert. Helaas blijft het voor veel verpleegkundigen moeilijk om een wond goed te beschrijven. En dat is cruciaal, want een natte wond kan opdrogen of een wond kan geïnfecteerd raken waardoor een ander type verband nodig is. Je moet dus kijken en meetinstrumenten hebben. Want een wond is - als het goed is - in ontwikkeling."

## **En daar komt de digitale camera in beeld.**

"Jawel. Iemand die een gele wond ziet, kan dat gele beslag ten onrechte als exsudaat beoordelen, terwijl het in werkelijkheid om necrose gaat. Het is voor de verpleegkundigen op de afdeling soms wel sneu dat op het moment dat je zo'n wond gaat behandelen, de gaten er in vallen. Dit is het bekende ijsbergfenomeen: negentig procent van de wond is onzichtbaar. Hetzelfde zie je vaak bij reinigen; de wond wordt eerst dieper voordat hij kan dichtgranuleren. Met digitale fotografie kun je dit proces volgen. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg, en heeft een scholingsfunctie. En het levert objectief materiaal ."

## **Zien is geloven**

Objectief materiaal voor wie?

"Voor zowel de decubitusverpleegkundige, de afdelingsverpleegkundige, de patient als de beleidsbepalers. We willen resultaat zien van onze inspanningen en dat richting onszelf en de beleidsbepalers inzichtelijk maken. Het is ook een geldkwestie: we willen aantonen dat dure

wondverbanden wel degelijk voordelen bieden, bijvoorbeeld in termen van genezingsnelheid en hoeveelheid verbandwisselingen. Ik mail ook regelmatig foto's naar artsen of naar thuiszorgmedewerkers. Op die manier hoeven mensen niet ter plekke te zijn om toch op de hoogte te blijven. Het leuke van foto's is dat wanneer je ze bij het dossier voegt, verpleegkundigen en patienten met eigen ogen de ontwikkelingen van een wond kunnen zien. Dit werkt enorm stimulerend. Zien is geloven. Inmiddels kunnen in dit ziekenhuis alle specialistisch verpleegkundigen gebruikmaken van de digitale camera. Zo kan een diabetesverpleegkundige een prikaccident vastleggen, of aantonen dat je niet altijd op dezelfde plaats moet prikken omdat je dan een infiltraat kunt krijgen. En kan de ergotherapeute in een reeks foto's vastleggen hoe ze met een bandage de arm van een patient fixeert, zodat iedereen dat thuis kan nadoen."

Hoe is het met de rapportage rond decubituswonden gesteld?

"Die zou beter kunnen. Ik denk dat als je patientgericht verpleegt en zorgplannen schrijft, aandacht voor zaken zoals wisselgigging, voeding en decubitus daarbij horen. Als mensen 's nachts onrustig zijn, zou ik dat graag willen weten. Hetzelfde geldt voor pijn. Waarom? In het ene geval treden er extra schuifkrachten op; in het andere geval ligt de patient doodstil en treden extra drukkrachten op."

## Puzzel

Ik neem aan dat je in dit ziekenhuis met een decubitusprotocol werkt. Hoe zijn je ervaringen daarmee?

"We werken in dit ziekenhuis met een decubitus protocol waarin de risicoscorelijst van het CBO verwerkt is. Die is zeer uitgebreid en enigszins ingewikkeld omdat je ook voor medicijnen zoals antibiotica en prednison extra moet scoren. Door het invullen ervan ga je wel met andere ogen naar een patient kijken. Ik zie het als een kapstok waar je zorgacties aan hangt. Het hoeft trouwens niet altijd ingewikkeld: door relatief simpele vragen tijdens het intakegesprek kom je al veel te weten. Bijvoorbeeld: 'Bent u de laatste tijd afgevallen?' of 'Heeft u al eerder doorligplekken gehad?' Het is detective spelen, je moet de feiten combineren en deduceren en daaruit conclusies trekken. Met vragen, kijken, wekelijkse aantekeningen en met beelden maak ik de puzzel die decubituswond heet, compleet."

Stefan Boerboom