

LIGT U LEKKER? GOED OPGEMAAKT BED VOORKOMT DECUBITUS

J. Zeilstra

Ligt u lekker? Hoe vaak vraag je dat niet aan je patiënten? Want een goede ligging kan decubitus voorkomen, zeker met behulp van de vele anti-decubitusmaterialen die er op de markt zijn. Maar dan moet je wel goed weten hoe je ze moet gebruiken.

Een goede houding in bed of in de stoel is erg belangrijk bij preventie van decubitus. In de praktijk gaat het echter nog wel eens fout, ook als we anti-decubitusmaterialen gebruiken. Waar kun je als verpleegkundige nog extra op letten?

VOORKOM SCHUIF-, FRICTIE- EN DRUKKRACHTEN.

Mevrouw van Dijk is 89 jaar oud, alleenstaand en woont in het centrum van de stad in een bovenwoning. Ze heeft weinig contact met de burens. Mevrouw is onwel geworden en heeft drie dagen achter elkaar stil op haar buik in haar woning gelegen voordat de burens haar vonden. Ze wordt in het ziekenhuis opgenomen op een interne afdeling. Door het lange stil liggen zijn diverse decubituswonden graad 4 ontstaan (uitgebreide aantasting aan het weefsel waarbij spieren, botweefsel en omringend weefsel betrokken zijn) op haar rechter wang, haar voorhoofd, haar knieën en op haar buik. Doordat ze ziek en verzwakt is, komt ze op een hoog-risico antidecubitusmatras te liggen (de Duomatras of de Nimbusmatras, maar er zijn natuurlijk veel meer goede hoog-risico anti-decubitusmatrassen). De decubituswonden worden nu goed ontlast omdat deze wonden zich allemaal aan de voorzijde van haar lichaam bevinden en mevrouw daar uiteraard niet op steunt. Bij rugligging/halfzitten in bed doet zich echter het probleem voor dat mevrouw steeds onderuit glijdt, ondanks de knieknik. Bij haar bed kan de Fowlerstand (=knieknikstand om onderuit zakken/schuifkrachten te voorkomen) worden ingesteld. De anti-decubitusmatras is adequaat, maar omdat mevrouw erg klein is, zakt ze toch onderuit. Uit oogpunt van reactivering was afgesproken haar zoveel mogelijk halfzittend te verplegen, zodat ze actiever bij haar omgeving betrokken zou zijn. Maar door de schuifkrachten van het onderuit zak-

ken ontstaat er op haar stuit nog een decubituswond graad 3 (huiddefect met schade of necrose van epidermis [opperhuid], dermis [lederhuid] en subcutis [onderhuids vetweefsel]). Mevrouw krijgt wissellicging en extra voedingssupplementen en door creatief te werken met kussens kan mevrouw niet meer onderuit zakken. De decubituswonden aan de voorzijde van haar lichaam zijn bij haar ontslag (na ongeveer zes maanden opname) vrijwel dicht. De stuitwond is aan de beterende hand maar nog wel aanwezig.

ZORG VOOR EEN SCHONE, GLADDE EN DROGE ONDERLAAG, NIET TE STRAK GESPANNEN.

Een jonge patiënt die als gevolg van een meningokokkensepsis in ons ziekenhuis is opgenomen, ligt in verband met de ernst van zijn ziektebeeld en het feit dat hij tijdens opname een decubituswond heeft ontwikkeld, op een hoog-risico anti-decubitusmatras. De patiënt is door zijn lengte van twee meter te lang voor het matras; zijn voeten steken over het uiteinde. Daarom wordt er een voetendeel bijgeplaatst. Maar het standaardlaken dat over de anti-decubitusmatras ligt, is te kort. Hierdoor ligt de patiënt - die ook nog eens zeer onrustig is - op een kreukelige onderlaag. Dit geeft druk- en schuifkrachten. Ook al zou het laken lang genoeg zijn, dan nog mag het niet te strak om de anti-decubitusmatras gespannen worden, want dan zou er een hangmat-effect (frictie) kunnen optreden waardoor het drukverdelende effect van de anti-decubitusmatras wordt opgeheven.

NIET-BEDGEBONDEN PATIËNTEN KUNNEN OOK DECUBITUS ONTWIKKELEN.

Mevrouw de Ridder heeft decubitus op haar stuit. Bij analyse komen de volgende gegevens naar voren: mevrouw heeft acht jaar geleden een dwarslaesie opgelopen en zit sindsdien in een rolstoel. Omdat mevrouw psychische problemen heeft, is zij opgenomen op de afdeling psychiatrie. Het is de eerste keer sinds het ontstaan van de dwarslaesie dat er zich een decubituswond ontwikkelt. Mevrouw geeft aan dat zij om de dertig minuten 'lift' in de rolstoel (zichzelf omhoog drukt) en drie keer per dag op haar zij in bed ligt om de stuit te ontlasten. Ze ligt op een anti-decubitusmatras. 's Nachts slaapt mevrouw altijd op haar zij.

In de rolstoel heeft mevrouw een Jay-Xtreme zitkussen met daaroverheen nog een heel dun gel-kussentje. Haar eetlust is goed. De diëtiste is geconsulteerd en de voedingstoestand van mevrouw is goed. Bij lokale inspectie is er inderdaad een decubitus graad 1 (=niet-weg-drukbare roodheid) en graad 2 (=ontvelling) te zien op de stuit, het gebied is ongeveer 3 bij 5 cm groot en flink geïndureerd (=verhard). Omdat mevrouw zich goed aan de leefregels houdt, is het onduidelijk waarom er zich nu decubitus ontwikkelt en in de acht jaar daarvoor niet. Een reden zou haar verslechterde psychische toestand kunnen zijn. Mevrouw geeft wel aan dat het kussen in haar rolstoel niet lekker zit. De constructie van het kussen is als volgt: een traag-schuim omlijsting met daarin een gel-kussen dat zich

vormt naar de contouren van het lichaam. Daaromheen zit een hoes dat met een rits afsluitbaar is. Bij controle van het kussen blijkt er precies ter hoogte van de plek waar de decubitus zich manifesteert, een boek te zitten om te voorkomen dat mevrouw scheef zakt in de stoel. De werking van het kussen wordt daardoor echter voor een groot deel teniet gedaan. Omdat een goede zithouding essentieel is voor een optimale drukverdeling, wordt in overleg met mevrouw de ergotherapeute ingeschakeld, die het boek uit het kussen verwijdert. Na een week vindt er weer een inspectie plaats. De decubitus is voor meer dan de helft verdwenen. Er rest nog slechts een graad 1 decubitus (op z'n retour) van ongeveer 2 bij 2 cm.

Jintiene Zeilstra is decubitusconsulent in het Academisch Ziekenhuis te Groningen, algemeen bestuurslid van de Woundcare Consultant Society en voorzitter van de commissie Ulcus Cruris van de Woundcare Consultant Society

Met toestemming overgenomen uit Verpleegkunde Nieuws 2001; 12:18-19.

LITERATUUR:

1. Academisch Ziekenhuis Groningen. Harms P.W., Zeilstra J.T. Procedure decubituspreventie (2000).
2. CBO, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (1992). Herziening Consensus Decubituspreventie en -behandeling. Utrecht.
3. Haalboom J.R.E.. Richtlijnen van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) voor de behandeling van decubitus. WCS nieuws, 2000 (16) 2: 107 – 109.