

# Voorkomen en behandelen van decubitus; Hoe is het met de Nederlandse situatie gesteld? Een voorbeeld van hoe verpleegkundigen verzuimen onderzoeksresultaten toe te passen in de praktijk. Commentaar redactie WCS

**Auteur:** A. Andriessen

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1987

**Pagina:** 14-16

**Jaargang:** 3

**Nummer:** 3

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:**

**Kernwoorden:** decubitus preventie wondbehandeling onderzoek

**Literatuur:** 1. Syllabus consensusbijeenkomst decubituspreventie C.B.O. 2.  
Syllabus consensusbijeenkomst decubitusbehandeling C.B.O.

Onderzoek Klinisch verpleegkundig onderzoek, met name naar decubituspreventie en behandeling, betaalt zichzelf terug, aldus Roper in voorgaand artikel. Met deze uitspraak ben ik het volmondig eens. Kijken we naar de situatie in Nederland, dan treffen we het volgende aan: jarenlang zijn er onuitputtelijke discussies gevoerd over preventie, behandelingsmiddelen en methoden. Conclusies, al werden die al getrokken, waren verre van gestructureerd. In preventie en behandeling van decubitus, worden kennis en mythe regelmatig verward. Met name wondbehandeling schijnt deze reactie bij de zorgverlener te ontlokken.

Resultaten van de C.B.O. –consensus- bijeenkomst decubituspreventie<sup>1</sup> in 1985, laten zien dat er ondanks het grote aantal decubituspatiënten in Nederland (+ 10.000 per jaar) slechts weinig wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is gedaan.

In 1986, bij de C.B.O. –consensus- bijeenkomst decubitusbehandeling<sup>2</sup> kon voor wat dit betreft helaas weinig verandering gemeld worden. Dit geldt zowel voor onderzoek door medici en/of verpleegkundigen. Een trieste zaak, zeker als je er net zoals ik vanuit gaat, dat dergelijk onderzoek zeer goed door verpleegkundigen gedaan kan worden.

In de praktijk zijn er veel verpleegkundigen met een geoefende klinische blik als het gaat om observatie van wonden. Het ontbreekt hen echter vaak aan kennis m.b.t. de methodiek van onderzoek. Een gebied waaraan binnen de opleiding nog geen of onvoldoende aandacht wordt besteed.

# **Verpleegkundigen begrijpen de resultaten van decubitusonderzoek niet, of hechten er geen geloof aan.**

In voorgaand artikel wordt gesteld dat er in Engeland, de U.S.A. en Australië volop artikelen bestaan, waarin de schadelijke effecten van lokaal toegepaste middelen worden beschreven. Echter de elementaire kennis m.b.t. het proces van wondgenezing, evenals farmacologische kennis, is bij de verpleegkundigen in eerder genoemde landen in onvoldoende mate aanwezig, zoals uit onderzoek blijkt.

Mede daardoor en de verwarring bij vergelijking van onderzoeksresultaten blijkt de constructieve invloed op toepassing van juist gebruik van middelen bij de behandeling van decubitus onvoldoende.

De stelling dat verpleegkundigen kampen met een schuldgevoel t.a.v. het ontstaan van decubitus, wat een rationele manier van reageren op het probleem in de weg staat, schildert nog een bijkomend probleem.

In Nederland is de situatie voor wat dit betreft naar ik meen al niet veel anders. De verwarring rond toepassing van middelen en methoden is groot. Het aanbod van middelen gigantisch, onderzoek naar toepassing van middelen o.a. bij decubitusbehandeling daarentegen schaars en anekdotisch te noemen en op een enkele uitzondering na, zeer slecht onderbouwd.

Het classificatiemodel van de W.C.S. voor lokale wondbehandeling kan een goed hulpmiddel zijn bij de indeling van o.a. decubituswonden.

Aan de hand van reacties van o.a. verpleegkundigen op dit model, constateren we als W.C.S. dat het in een behoefte voorziet.

Voor wat betreft de kennis van verpleegkundigen m.b.t. elementaire kennis van wondgenezing en farmacologie, wil ik opmerken, dat wij als W.C.S. merken dat een stijgende vraag is vanuit verpleegkundigen naar verantwoorde informatie op dit gebied.

De kennis is dan misschien nog onvoldoende aanwezig, de interesse is er zeker wel volop.....

Met name opleidingen voor verpleegkundigen maken frequent gebruik van ons scholingspakket.

Echter al er nog hard gewerkt moeten worden om het kennisniveau bij verpleegkundigen voor wat dit betreft daar te krijgen waar het moet zijn.

Om over een deugdelijk en m.i. werkbaar instrument te kunnen beschikken bij het vergelijken van onderzoeksresultaten m.b.t. decubituspreventie en behandeling, is het zeer aan te raden gebruik te maken van de indeling in vormen, zoals gepubliceerd in de consensustekst behandeling decubitus C.B.O.2 mei 1987.

Resultaat van onderzoek met o.a. dit instrument uitgevoerd, stimuleert mogelijk de Nederlandse verpleegkundige tot het constructief aanpassen van behandelingsmethodiek en middel.

In voorgenoemde consensustekst vindt u ook standaardverpleegplannen.

De verpleegplannen moeten gezien worden als een eerste aanzet tot het systematiseren van de zorg voor decubituspatiënten.

De gegevens kunnen gebruikt worden voor zover van toepassing op de individuele patiënt, aangevuld met gegevens die relevant zijn voort de totale behandeling.

Een juiste toepassing van de verpleegplannen kan een waardevolle bijdrage leveren aan een verantwoorde verpleging van risicopatiënten of zij die al decubitus hebben.

In de toekomst kunt u via W.C.S. –Nieuws nog meer informatie verwachten over de toepassing van o.a. verpleegplannen bij wondbehandeling.

# Het wordt verpleegkundigen niet toegestaan de resultaten van decubitusonderzoek te gebruiken.

De verpleegkundige beroepsgroep in genoemde landen in het artikel staan bekend om hun traditionele en hiërarchische inslag.

Verpleegkundigen in hogere functies, die invloed kunnen uitoefenen op toepassing van onderzoeksresultaten hebben zelf nog opvattingen die niet stroken met nieuwe ontwikkelingen.

Onderzoeksresultaten tasten wat dit betreft heel wat heilige huisjes aan os gooien ze zelfs omver.

De situatie zoals in voorgaand artikel geschetst is, volgens mij, in Nederland maar ten dele van toepassing.

Ik denk echter dat er ook andere factoren zijn, die de verpleegkundigen belemmeren de onderzoeksresultaten constructief te gebruiken.

De erkenning van de deskundige verpleegkundige aan het bed van de patiënt met veel ervaring en inzicht is in Nederland nog ver te zoeken.

Wil je in Nederland carrière maken in de verpleging, moet je weg bij de patiënt en je heil zoeken in het management.

Mondjesmaat zie je hier en daar deskundige (gespecialiseerde) verpleegkundigen aangesteld worden met een specifieke taak/functie-inhoud.

Ze kunnen geconsulteerd worden door collega's en andere disciplines bij gewenste deskundigheid. Ik denk bijv. aan de stomaverpleegkundige. Dit geeft binnen de verpleegkundige beroepsgroep dadelijk aanleiding tot heftige discussie, dat dat o zo gevaarlijk is. Men is bang voor uitholling van de taakinhoud van verpleegkundigen, die gebruik maken van de consulten van deze gespecialiseerde verpleegkundigen. Als er binnen de verpleegkundige beroepsgroep over dit onderwerp al zoveel discussie is, hoe moet de politiek er dan wel niet tegenaan kijken?

Om niet teveel af te dwalen van het onderwerp wil ik deze zijstraat niet verder bewandelen.

Naast negatieve zaken zijn er in verpleegkundig Nederland in een aantal instellingen en extramuraal ook positieve ontwikkelingen te melden.

Kwaliteitsmeting heeft zijn intrede gedaan, dit kan positieve effecten opleveren.

Verpleegkundigen gaan zelf meer 'de markt' op om uit te zoeken wat er zoal is op dit gebied en dragen deze kennis meer en meer uit in het werkveld.

Het beheren van het afdelingsbudget door de hoofdverpleegkundige kan op den duur ook positieve effecten opleveren. Om goede kwaliteit te kunnen leveren met de beschikbare mogelijkheden is het noodzakelijk je te verdiepen in wat er zoal op de markt is. Relevante kennis is daarvoor vereist.

De hier en daar gesignaleerde toenemende verbetering in samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen ook op dit gebied kan in de toekomst mogelijk een nuttige bijdrage zijn. Of dit alles direct iets oplevert voor decubituspreventie en behandeling moet nog worden afgewacht.

Tenslotte hierover nog dit: in diverse ziekenhuizen zie je verpleegafdelingen overstappen op een ander systeem van verplegen. Primary nursing, teamverpleging etc. Al deze systemen moeten een gemeenschappelijk streven hebben, nl. meer patiëntgericht werken.

De verpleegkundige, die binnen zo'n systeem werkt zal veel meer betrokken zijn bij de patiënten die ze verzorgt. Ze kent ze beter, kan beter inspelen op zorgvragen van de patiënt. Binnen een dergelijk systeem mag je verwachten dat de belangstelling voor een goede

preventie en behandeling m.b.t. decubitus zeker zal toenemen. Verpleegkundigen zullen vanuit, hun betrokkenheid meer zelf initiatief nemen. De mogelijkheid het probleem te ontvluchten wordt veel kleiner.

## **Samenvattend**

De situatie in Nederland m.b.t. onderzoek op het gebied van decubituspreventie en behandeling is niet veel rooskleuriger dan in Engeland, de U.S.A. en Australië.

De laatste jaren is er echter veel aandacht besteed aan decubituspreventie en behandeling, met name middels de door het C.B.O. georganiseerde consensusbijeenkomsten.

Naar aanleiding o.a. van dezer bijeenkomsten is men in instellingen en extra muraal gestart met actie om de situatie te verbeteren.

Afhankelijk van de soort instelling, grootte etc., zullen er verschillen zijn.

De arts, zowel als de verpleegkundige en andere paramedici hebben meer aandacht gekregen voor de problematiek.

Positieve effecten van het toepassen van een meer patiëntgericht verpleegsysteem, goede toepassing van budgettering, multidisciplinair overleg, samenspraak met medici, zal naar ik wil aannemen de situatie in Nederland kunnen verbeteren.

A. Andriessen, bestuurslid WCS