

## **Thema-avond decubitus Ten Valcke 26-02-1987. Decubitus, daar valt toch niets nieuws over te vertellen of wel?**

**Auteur:** J.T.H. Bosman, J. de Wit, I. Zaanstra

**Vertaald/bijgewerkt:**

**Nieuwsbrief:** 1987

**Pagina:** 20-25

**Jaargang:** 3

**Nummer:** 3

**Toestemming:**

**Illustraties:**

**Bijzonderheden:**

**Kernwoorden:** decubitus congresverslag wondbehandeling risicoscore preventie

**Literatuur:**

Wanneer u alle tijdschriften bijhoudt en uw afdeling inkoop vraagt dan blijft er over decubitus altijd wel iets nieuws te vertellen. Wat verstaan we bijv. onder decubitus? - roodheid tot blauw worden toe? - Doorliggen? - Drukbelasting van het weefsel? Afhankelijk van het leerjaar van de collega die u het vraagt of diens ervaring krijgt u één van deze antwoorden. U kunt ook horen: - het ontstaat bij lang liggen - het is een huiddefect - oudere mensen krijgen het gewoon, het is niet tegen te gaan.

Vanavond wil ik met u feiten en fabels bespreken.

Onder decubitus verstaan we elke degeneratieve verandering van weefsel die tot stand komt onder invloed van hierop inwerkende druk en/of schuifkrachten.

Kortdurende hoge belasting kan een zelfde effect hebben als een langdurige lage belasting.

Dit is de officiële tekst van het consensus rapport over decubitus Centraal Begeleidingsorgaan in Utrecht.

Een fabel is dus dat iemand altijd lang moet liggen, een feit is dat iedereen in de gevarenzone kan komen.

Fabel is:

Decubitus komt gelukkig niet bij ons in huis voor. Gefeliciteerd, u bevindt zich in een bevoorrechte positie want uit verschillende onderzoeken blijkt dat er bijv. in Denemarken 43 per 100.000 inwoners decubitus hebben, in Schotland rond de 80.

In Nederland betekent dit dat we praten over de getallen 6.000 tot 11.000 decubitus patiënten.

Feit is ook dat in Nederland decubitus soms een opname-indicatie is of een verlenging van opname betekent. De werklust speciaal van verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, - de kwaliteit van het leven wat aangetast wordt – soms leidend tot vergaande sociale en vitale consequenties - geeft aan hoe groot het probleem is.

Het woord kostbaar stond op uw uitnodiging, wist u dat er per jaar 200 miljoen tot 400 miljoen gulden geraamde kosten zijn op dit gebied? (Opnames en verlengde opnames.)

Realiseert u zich hoeveel preventieve zaken aangeschaft kunnen worden voor een fractie van dit bedrag, om niet te spreken over hoeveel collegae we zouden kunnen hebben voor een fractie van dit bedrag. Maar zó werkt het niet, dus terug naar de realiteit. Hoe kunnen we

binnen ons werkpatroon preventie invoegen?

- A. Zijn er maatregelen die zinvol zijn?
- B. Zijn er persoonsgerichte maatregelen die zinvol kunnen zijn?
- C. Zijn er niet zinvolle maatregelen?

## **A. Zinvol voor iedereen**

1. Houdt regelmatig huidcontrole – inspecteer en palpeer de huid dagelijks.
  2. Pas wisselrigging toe – minimaal 1x per 3 uur, schrijf houding op en vergeet buikligging niet.
  3. Geef een goede huidverzorging.
  4. Zorg voor een glatte onderlaag en een goede houding in bed.
  5. Let op de voeding – schakel diëtiste in.
  6. Laat rolstoel gebonden patiënten regelmatig ‘liften’ of van houding veranderen.
  7. Werk niet mee aan oneigenlijke maatregelen bijv. katheters bij de deur van de opnamekamer (bij wijze van spreken).
- Houdt altijd voor ogen dat het niet over uw decubitus gaat maar over die van uw patiënt, betrek hem/haar dan ook volledig in uw maatregelen.

## **B. Persoonsgericht kan zinvol zijn (dus niet altijd bij iedereen)**

- Geven van een schapenvacht (helpen om druk te verdelen).
- Speciale ondersteunende materialen, zoals lucht, water, korrels, schuim- en geleikussens (regelmatig druk geven).
- Dekenboog geven.
- Drukontlastend materiaal (wel huidcontrole mogelijk maken).
- Insmeren met lokale middelen, niet om de door druk veroorzaakte doorbloedingsstoornis te voorkomen of op te heffen, wel zinvol als bescherming tegen uitdroging en andere exogene factoren.
- Paramedisch handelen. Handelingen van paramedici kunnen geïndiceerd zijn bij mobilisering en reactivering. Denk aan goede lichaamshouding: in bed, lopend, in rolstoel. Denk aan goed materiaal, rollator e.d. Denk aan goede til-techniek, waardoor schuifverwondingen voorkomen kunnen worden.

## **C. Niet zinvolle maatregelen zijn:**

- Inpakken van hielen en/of ellebogen met vette watten en zwachtels gedurende een langere tijd – nadeel: er vindt geen huidinspectie plaats. Door schuiven van verband kunnen drukverschillen op de huid ontstaan.
- IJzen en föhnen, Nadelen zijn: verwondingen door scherpe ijsblokjes, thermisch effect op de huid gevaar voor verbrandingen en verhoogde kans op ‘verstrooien’ van bacteriën.
- Windring. Nadeel: qua druk die op bepaalde plaats wordt uitgeoefend – ‘doorzakken’ van weefsel in de ring daardoor doorbloeding stop naar het weefsel toe.

Dit wat betreft de bereikte consensus over decubituspreventie. Jos de Wit en Ingrid Zaanstra praten ook nog over het begrip. Heeft u al iets nieuws gehoord? Dan heb ik al voldaan aan mijn opdracht anders vraag ik u, blijf nog even zitten. Ik wil verder met u praten over de decubitusbehandeling aan de hand van gemaakte afspraken door opnieuw het Centraal Beleidsorgaan en het classificatiemodel voor lokale wondbehandeling gemaakt in samenwerking met de W.C.S. of wel e Wound Care consultant Society. In goed Nederlands de Nederlandse vereniging voor deskundigen in wondbehandeling.

Welke stadia van decubitus zien we:

1. Roodheid, niet wegdrukbaar.
2. Blaarvorming.
3. Oppervlakkige decubitus:
  - a. met necrose
  - b. zonder necrose (niet aanwezig geweest of na verwijdering).
4. Diepe decubitus:
  - a. met necrose.
  - b. Zonder necrose (niet aanwezig geweest of na verwijdering).

Zinvolle behandeling:

Stadium 1. Alle preventieve maatregelen met aandacht voor w.l. in aangepaste houding; rekening houdend met de lokalisatie van de wond en de conditie van de patiënt.

Stadium 2. Gesloten blaar, permeabel wondbedekkend verband. Open blaar; vaseline of paraffine gaas.

Stadium 3. En 4. Necrose verwijderen door arts, wondranden behandelen met zinkolie – F.N.A. Uitspoelen met desinfectans (bij natte geïnfecteerde wonden). Opvullen van de wond met vochtig gemaakt gaas of paraffine of vaseline gaasverband. Classificatiemodel W.C.S. Ik tover niet het groen en geel voor de ogen, maar wel het zwart-geel-rood schema.

- Zwart stadium – stadium 3A-4A necrose verwijderen, chirurgische therapie, necrose oplossen bijv. elase, trypure, varidase e.d.

- Geel stadium – pus 3B-4B reinigen bijv. door debrisan pasta (onder occlusie), eusol kompressen e.d.

- Rood stadium – 1-2 granulatie, beschermen: natte wonden: bijv. duoderm – eusol kompressen droge wonden: bijv. betadine, fiofase, opsite, tegaderm, unitielle enz. enz.

Belangrijk van dit schema is de duidelijkheid, daardoor alle mogelijkheden aanwezig om een eenduidig beleid te maken. Adviezen naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden toe:

- Binnen het verpleegkundig handboek, protocol opstellen.

- Beleid afspreken voor AD materiaal.

- Voorlichtingsfolder maken voor patiënten.

- Binnen opleidingen landelijke tendensen volgen over eenduidigheid in termen en kreten.

- Bij risicoscore maatregelen nemen.

- In overdracht duidelijk zijn over het stadium van de decubitus.

- Zo mogelijk, afhankelijk van de patiënt, laten zien hoe de wond vooruit gaat (bijv. door gebruik van spiegel).

- Decubitus is gelokaliseerd maar de zorg dient gericht te zijn op de hele patiënt:

- aandacht voor doorbloeding

- aandacht voor een goed hb

- aandacht voor een goede tensie

- aandacht voor een goede lichaamstemperatuur

- aandacht voor goede nierfunctie (hoog ureumextra dreiging)
- aandacht voor goede voeding.

Voorbeeld eiwitenergie behoefte bij een patiënt met een wond.

Normale z.h. patiënt: 45–75 gr. eiwit / 1500 – 2000 kcal.  
 Dreigende decubitus: 75–125 gr. eiwit / 2000 – 3000 kcal.  
 Decubitus: 90–150 gr. eiwit / 2500 – 3000 kcal.  
 Ernstige decubitus: 150–200 gr. eiwit / 3000 – 6000 kcal.

U zult met mij eens zijn dat hier de deskundigheid van de diëtiste niet gemist kan worden.

Praktische wenken – opmerkingen tot slot:

- Waarom liever niet ijzen en föhnen?

Door het ijzen treedt plotselinge inkrimping van de bloedvaten op. Door het föhnen verwijderen de oppervlakkige bloedvaten wel, maar de capillaire niet of heel moeizaam. Vaak blijven ze als het ware dichtgeklapt. Zo bereik je dus geen doorbloeding maar eerder versterf. Dat we er toch jaren in geloofd hebben heeft waarschijnlijk te maken met het feit doordat de behandeling nogal lang duurde, er al die tijd geen druk uitgeoefend werd op de wond zodat het leek of effect hebben.

- Het overdreven steriel werken bij sterke geïnfecteerde wonden is overbodig.
- Het is zaak de toestand van de patiënt zo goed mogelijk prognostisch in te schatten. Iemand op de intensive-care met een goede prognose mag geen decubitus krijgen. Iemand in de laatste levensfase hoeft geen belastende behandeling te krijgen mijns inziens.

1. Denkt aler gij doende zijt en doende denkt dan nog.
2. Decubituspreventie en behandeling vergt een deskundigheid van verzorgende en verpleegkundige maar ook een loyale samenwerking met anderen! Zoals bijv:
  - ergotherapeuten
  - arts
  - fysiotherapeute
  - diëtiste.

Daarom geef ik nu graag het woord aan Jos de Wit die met u praat over hoe wij dit hier in huis vorm hebben gegeven.

Decubituspreventie noodzaakt tot multidisciplinaire samenwerking hebben we zojuist gehoord.

Hoe hebben wij dit nu aangepakt?

Aan mij is gevraagd u iets te vertellen over ons Anti-Decubitus team – het AD-team.

Ik wil dan beginnen met een stukje geschiedenis over het ontstaan van het AD-team, de samenstelling ervan en waarom gekozen is voor deze samenstelling.

Vervolgens de doelstelling en de werkwijze en tot slot het resultaat van dit alles.

Toen wij, ik denk toch weer al een tiental jaar geleden, te kampen hadden met behoorlijk wat decubitus in ons huis waar echt probleemgevallen bij waren, hebben we ‘de hoofden’ letterlijk en figuurlijk in de vorm van de verpleegkundige afdelingshoofden bij elkaar gestoken. Ervan uitgaande dat wanneer je kennis en ervaring bij elkaar brengt en deze kan delen met elkaar je daar wijzer van wordt. De arts werd ook uitgenodigd en later is ook de fysiotherapeut aan deze groep toegevoegd, zodat het een multidisciplinair gebeuren werd. Het AD-team was geboren. In opzet was de doelstelling dus, het uitwisselen van kennis en ervaring en het samen

uitdenken van behandelingsmogelijkheden. Met elkaar is men toen ook gekomen tot het opstellen van een scorelijst, de zogenaamde decubitus-risico meter, die ik straks met u nog uitgebreider wil doornemen.

D.m.v. deze scorelijst werden en worden de patiënten gescoord en zo de personen met een verhoogd risico gesignaleerd. Die dan weer preventief behandeld worden met AD-materiaal ook als er geen decubitus aanwezig is. In de loop van de jaren waarin we ons AD-materiaal uitgebreid hadden met o.a. een aantal waterbedden, bleek dat er steeds minder decubitus ontstond. De doelstelling van het AD-team is dan ook gewijzigd. Terwijl in de beginperiode de nadruk lag op behandeling, veranderde dit automatisch in steeds meeraandacht voor de preventie. De fysiotherapeut, die meebehandelde, heeft zijn plaats toen ingeruild voor de ergotherapeut omdat ook zij betrokken is bij e preventie.

1x per 2 weken komen we ongeveer een half uur bij elkaar. Wat doen we dan? Hoe werkt nu zo'n team?

Als ik de taken van het AD-team op een rijtje zet kom ik tot de volgende punten die ik één voor één nader wil toelichten.

1. D.m.v. scoren signaleren van verhoogd risico.
2. Interpreteren en materialen toewijzen.
3. Het uitdenken van preventieve mogelijkheden.
4. Toetsing van de effecten van preventie, behandeling en beleid voor AD-materiaal.

## **1. D.m.v. scoren signaleren van verhoogd risico.**

Daarbij gebruiken we de al eerder genoemde decubitus-risicometer. De huidige lijst is een combinatie van onze eigen lijst met de decubitus-scorelijst volgens Norton. Destijds gepubliceerd in het themanummer van T.v.Z. over decubitus.

Zo u ziet wordt er gescoord op vijf gebieden:

- Algemene lichamelijke toestand
- Geestelijke toestand
- Activiteit
- Mobiliteit
- Incontinentie

Bij een totaalscore van 14 of minder is er een indicatie voor een grotere kans op decubitus. Het is zaak frequent te scoren. Zeker wanneer er complicaties optreden, bijv. als een patiënt griep krijgt en op bed komt te liggen, al is het maar 1 of 2 dagen, het is belangrijk dat juist deze groep er niet doorheen schiet.

Natuurlijk is zo'n scorelijst geen zaligmakend iets. Als je een alert verzorgende/verpleegkundige bent weet je dat als de patiënt op bed moet blijven liggen hij/zij een verhoogd risico heeft en je dus maatregelen moet nemen. Maar het is een goede extra controle en als zodanig nuttig.

Bij ons is deze scorelijst dan ook een onderdeel van ons rapportagesysteem. Zo ook een aparte lijst voor wondbehandeling waarop genoteerd wordt de soort wond, de grootte van de wond en is de wond geïnfecteerd, schoon of necrotisch en wat wordt eraan gedaan. Ook het AD-materiaal wat voor de patiënt wordt gebruikt is terug te vinden in het rapportagesysteem. Als er een behandeling wordt gestopt of gewijzigd wordt ook de reden waarom erbij geschreven

Zo voorkom je dat een behandeling die geen resultaat opleverde, herhaald wordt. Eenmaal per week wordt op de afdeling decubitusronde gelopen, waarbij de arts met de verpleegkundige alle wonden inspecteren en nieuwe afspraken maken waarna het rapportagesysteem wordt bijgewerkt.

## **2. Interpreteren en materialen toewijzen.**

Tijdens het AD-team worden nieuwe scores genoemd en genoteerd. Van bewoners die decubitus hebben worden huidbeschadigingen genoteerd. Eventuele probleemgevallen besproken, ervaringen uitgewisseld, adviezen en tips gegeven naar elkaar toe. Het AD-materiaal wordt geïnventariseerd – we houden op papier bij wie welke hulpmiddelen gebruikt en de eventuele urgentie zodat we precies kunnen zien waar de materialen worden gebruikt, en of het ook echt nodig is. Ook voor de avond/nacht- en weekendhoofden heel overzichtelijk. Ze hoeven niet te zoeken, weten waar ze eventueel iets weg kunnen halen als dit nodig blijkt. Eén van de verpleegkundigen uit het AD-team heeft de eindverantwoordelijkheid voor de materialen en is daar ook aanspreekbaar op.

## **3. Het uitdenken van preventieve mogelijkheden.**

Daar komt heel wat creativiteit bij te pas.

Maar ik wil Ingrid niet 't gras voor de voeten wegmaaien, dus dit punt laat ik rustig aan haar over.

## **4. Toetsing van de effecten van preventie en behandeling en beleid AD-materiaal.**

De toetsing is bedoeld om over de toegepaste en nieuwe methodes te overleggen. Tevens wordt de behoefte aan extra hulpmiddelen geïnventariseerd en wordt geadviseerd over uitbreiding van het bestaande arsenaal hulpmiddelen of het op proef aanschaffen van nieuw AD-materiaal.

Als resultaat van dit alles is gebleken dat bij goede verpleegkundige zorg mét wisselgeving, tijdig signaleren van drukplekken affectief AD-materiaal, zoals waterbedden, druk wegnemen op wat voor wijze dan ook, je decubitus kan voorkomen.

Helaas kunnen wij ook niet zeggen dat er geen decubitus voorkomt bij ons, wél dat het steeds minder ontstaat. Maar er blijven altijd mensen in terminaal stadium met zeer slechte lichamelijke toestand, slechte voedingstoestand en als er dan ook bijv. nog Cardiale problemen zijn zodat je slechts moeizaam wat wisselgeving kunt geven dan wordt het wel héél moeilijk. En, wij nemen zeer regelmatig patiënten op met een decubitus. Binnen het AD-team hebben we daar ook onderzoek naar gedaan en ik kan u over het 1e halfjaar 1985 en het 1e halfjaar 1986 wat feiten geven.

Opvallend is dat de decubitus aan de hielen naar verhouding meer voorkomt in 1986 dan decubitus aan de stuit bijv.

Opvallend is ook dat de meeste van deze patiënten opgenomen zijn na een columnfractuur. Wij hebben de indruk dat zeker meer aandacht is voor decubituspreventie, maar dat daarbij de hielen nóg meer aandacht vragen.

Maar, denkt u, dat is nou allemaal wel aardig zo'n AD-team in een verpleeghuis, maar wat kan ik ermee in mijn situatie? Uiteraard is dat afhankelijk van de plaats waar u werkt. Ik weet



dat er binnen het algemeen ziekenhuis gewerkt wordt met een vorm van AD-team. Maar wij zijn hier ook met mensen uit de verzorgingstehuizen en uit de wijk. Wat u in elk geval kan doen is voorlichting geven aan alle medewerkers over decubituspreventie en informatie over AD-materialen. Binnen het verzorgingshuis zou je bijv. per afdeling, per gang, per vleugel of wooneenheid iemand van het personeel decubituspreventie als aandachtsgebied kunnen geven. Wat de extramurale zorg betreft, creativiteit is zeker aanwezig bij u, thuis moet u immers zo vaak improviseren?

Maar werkt u met een ‘wondrapportage systeem’?

Waarom niet eventueel?

Wanneer u als team bij elkaar komt zou decubitus en preventie een onderdeel van uw vergadering kunnen zijn.

Wanneer u vragen heeft zou u zich kunnen wenden tot collega-verpleegkundigen binnen de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. Zij zien vaak meer vertegenwoordigers, weten veel adressen enz.

Schaf bijv. per werkeenheid het boek ‘decubitus info’ aan zodat u gegevens over materialen ter beschikking hebt. En vooral laten we met elkaar ons realiseren dat decubituspreventie en bestrijding een intensieve zorg vraagt, maar dat uw patiënt daar recht op heeft.

Bij de behandeling van decubitus staat de preventie eigenlijk op de allereerste plaats.

Decubitus voorkomen lijkt ondankbaar werk, als het goed gaat zie je namelijk geen resultaat en als het ondanks goede zorg niet lukt is de prognose vaak slecht. Toch is het voorkomen van decubitus zeer belangrijk omdat in veel gevallen veel leed bespaard kan worden.

De taal van de ergotherapeut in het anti-decubitussteam van Ter Valcke, bestaat uit het adviseren en ook vervaardigen van anti-decubitusmaterialen. Dit in samenspraak met de verplegingsverzorgingsdienst, de fysiotherapeuten en de artsen.

Samenvattend is dit vooral een preventieve taak. Aan de hand van de scorelijsten die we in Ter Valcke gebruiken, kunnen we zien welke patiënten een verhoogd risico hebben om decubitus te krijgen en daardoor in aanmerking komen voor decubituspreventie.

In de handel kan men tegenwoordig vele soorten anti-decubitusmaterialen kopen. Het is vanavond niet mijn bedoeling om tijdens dit betoog de beste materialen van bepaalde firma’s te noemen, maar om u eens te laten zien welke materialen wij hier in Ter Valcke gebruiken en hoe deze materialen bevallen.

Allereerst wil ik zeggen dat anti-decubitusmaterialen zeer wisselend ervaren worden. Wat voor de ene persoon een prima kussen is, kan door een ander als zeer vervelend ervaren worden. Ik kan u vanavond dan ook geen standaardoplossingen geven, maar misschien wel wat ideeën aan de hand doen. Omdat er geen standaardoplossingen zijn, is het zeer belangrijk om welke persoon die in aanmerking komt voor anti-decubitusmaterialen, individueel te bekijken. Het kan voorkomen dat iemand gebaat is bij anti-decubitus hulpmiddelen die niet in de handel verkrijgbaar zijn. Door ons zal dan altijd geprobeerd worden dit hulpmiddel zelf te vervaardigen.

## **Overzicht van materialen te gebruiken voor decubituspreventie en behandeling van decubitus getoond aan de hand van dia’s.**

### **Het luchtbed**

Ribbels of vakken in dit matras worden op volgorde gevuld met lucht. Het is zeer belangrijk

dat men de druk goed afstelt ten aanzien van het gewicht van de persoon die op het matras ligt. Nadeel van dit bed is dat het systeem vrij kwetsbaar is en er dus regelmatige controle moet zijn.

### **Het kantelbed**

Het kantelbed kantelt heel langzaam om zijn horizontale lengteas, waardoor de druk op het lichaam steeds wisselt. Hierdoor wordt als het ware permanente wisselliging gegeven.

### **Het waterbed**

Een waterbed kan bestaan uit drie waterbeddelen. Deze waterbeddelen zijn ook afzonderlijk te gebruiken (bijv. alleen voor de stuit en waterbeddeel). De overige matrasdelen moeten dan wel aangevuld worden met schuimrubber of dekens. Doordat het water zich aanpast aan het lichaam ontstaat er een constante druk op het gehele lichaam. Een waterbed geeft dus een betere drukverdeling dan een normaal matras. Verder ziet u op deze dia een waterkussen. Hiervoor geldt hetzelfde als voor het waterbed. Het water in het waterbed wordt op temperatuur gehouden d.m.v. een verwarmingselement, dat ingesteld wordt.

### **Eigengemaakte schuimrubber hoefijzerkussen**

Dit schuimrubberkussen bestaat uit allemaal kleine blokjes die zoveel mogelijk de druk over het lichaamsoppervlak verdelen. Deze blokjes zijn erin gesneden om een zogeheten 'hangmat effect' uit te sluiten. Er mogen over dergelijke kussens nooit kussenslopen gelegd worden omdat deze het effect wegnemen.

### **Kussen op slappe zitting**

Met deze dia wil ik aantonen dat het zeer onverstandig is om een kussen op een slappe rolstoelzitting te leggen, dit brengt namelijk een 'dubbel hangmat effect' te wege, dat wil zeggen 'extra verhoogde druk' in het middengedeelte van het kussen.

### **Kniebeschermers in de rolstoel**

Deze kussentjes aan de beensteunen van de rolstoel beschermen de knieën tegen drukplekken.

### **Hielbeschermers**

Nog steeds hebben wij geen echt effectieve hielbeschermers kunnen vinden. Vaak gaan de materialen namelijk schuiven als de mensen in bed liggen. Ook hebben wij al vaker individuele hielbakjes en dergelijke vervaardigd, maar een ideale oplossing is nog steeds niet gevonden. Een enkele keer in zeer ernstige gevallen hebben we een been aan een dekenboog opgehangen zodat de hiel vrij hing. Dit bleek effectief maar een zeer strenge controle is dan geboden in verband met kans op trombose! Verder is het verstandig om de dekens niet te strak in te stoppen omdat dit extra druk op de hielen geeft.

### **Goede houding in zit**

Door de benen, voeten en armen tijdens de zit goed te ondersteunen wordt de totale lichaamsdruk beter over het lichaam verdeeld. Dat wil zeggen dat de stuit beter ontlast wordt. Ook is het belangrijk dat de afstelling van de voetsteunen goed is. Te lage voetsteunen geven



een te hoge druk op de bovenbenen en te hoge voetsteunen geven een te hoge druk op de stuit en zitbeenknobbels.

### **Het ‘liften’**

Als iemand zichzelf niet meer goed kan bewegen moet men een dergelijke persoon regelmatig liften. Verder is het verstandig om geen artikelen op schoot te vervoeren. Dit is namelijk een overbodig risico vanwege de daardoor verhoogde druk op het zitvlak. Een werkblad op de rolstoel zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Ook kunnen plooiën in kleding, artikelen in de achterzak of te ruime kussenslopen lokaal de kritische druk snel overschrijden.

### **Slechte zithouding in de rolstoel**

De rugleuning van deze rolstoel staat te ver naar achteren, waardoor er schuifkrachten ontstaan – decubitusgevaar. Oplossing: rugleuning rechter zetten of de rolstoelzitting in wigstand plaatsen.

### **Slechte zit in bed**

Voor deze dia geldt hetzelfde als de vorige dia. Door te weinig ondersteuning van de benen ontstaan er schuifkrachten.

Oplossing: knieën iets buigen en de onder- en bovenbenen en voeten ondersteunen met een driedelig matras.

### **De statafel**

In gebruik als onderdeel van de decubitusbehandeling – betere bloeddorstrooming – betere genezing.

### **Ander soort statafel**

Bij deze tafel krijgt men geen druk op de stuit en is het doen van een activiteit mogelijk.

### **Een goede lighouding**

De lighouding die men gebruikt bij C.V.A. – patiënten is ook prima te gebruiken als lighouding bij decubituspatiënten. Deze houding geeft een goede ondersteuning en laat de stuit en heup vrij.

**Een verkeerde manier** om iemand met een verhoogd decubitusrisico tot zit te plaatsen. Dit in verband met schuifkrachten die door deze manier ontstaan.

**Een goede manier** om iemand met een verhoogd decubitusrisico tot zit te plaatsen. Deze manier vergt tevens minder kracht van de helper.

Knieën optrekken in ruglig.

Met opgetrokken knieën op een zijde kantelen.

Benen uit bed plaatsen.

Opdrukken tot zit.

Tot zover mijn inbreng bij de preventie van decubitus.

Nu wil ik in het kort nog even de vier mogelijkheden van de fysiotherapie binnen de decubitusbehandeling weergeven.

Ten eerste, waarschuw de fysiotherapeuten direct wanneer er sprake is van drukplekken zodat zij zo snel mogelijk tot handelen over kunnen gaan.

De vier mogelijkheden bij decubitus zijn:

1. Goed gedoseerde huidmassage.
2. Ultrageluid bij ontvellingen – dit stimuleert de doorlaatbaarheid van de weefsels. D.w.z. de aanvoer van voedingsstoffen en de afvoer van schadelijke stoffen.
3. Ultraviolet – werkt bacteriedodend bij vieze wonden en droogt wat uit.
4. Iontoforese: d.w.z. met galvanische stroom medicatie inbrengen, bijv. complamine – lokale vaatverwijder.

Iontoforese is alleen te gebruiken bij schone wonden.

Als afsluiting van mijn verhaal wil ik u er nog op wijzen dat het van essentieel belang is om de mensen zolang mogelijk mobiel te houden (bijv. in de vorm van het stimuleren van het zelf verrichten van ADL-functies).

Dit is om de kans op decubitus te minimaliseren.

J.T.H. Bosman, J. de Wit, I. Zaanstra