

Gedeelte uit de consensustekst behandeling decubitus

Auteur:	Anonimus
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1988
Pagina:	16-17
Jaargang:	4
Nummer:	1
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	Voor tabellen/schema's wordt verwezen naar desbetreffende WCS Nieuwsbrief
Kernwoorden:	decubitus CBO preventie thuiszorg wondbehandeling protocollen
Literatuur:	

Op 21 november 1986 vond in Utrecht de consensusbijeenkomst over decubitus behandeling plaats, die een logisch vervolg vormde op de consensusbijeenkomst over de preventie van decubitus van 1 februari 1985. Voor u ligt een deel van de consensustekst, zoals die aan de hand van geaccepteerde stellingen is opgesteld. Deze consensustekst geeft alleen de grote lijnen aan, indien u meer achtergrondinformatie wilt hebben kunt u de syllabus raadplegen die bij de CBO verkrijgbaar is. De prevalentie van decubitus in Nederland wordt geschat op 10.000 patiënten per jaar. Ondanks dit grote aantal patiënten blijkt er over de preventie en behandeling van decubitus slechts weinig wetenschappelijk onderzoek te zijn gedaan. Het weinige dat zeker is – voor zover het de therapie betreft – aangevuld met een aantal maatregelen die logisch en niet schadelijk lijken, vindt u in onderstaande consensustekst. De werkgroep, die de consensusbijeenkomst heeft voorbereid, is van mening dat onderzoek naar het nut van andere behandelingsmethoden, die op het oog zinnig lijken maar waarover thans onvoldoende gegevens beschikbaar zijn, dringend gewenst is. Een eerste stap op de weg naar goed en bruikbaar onderzoek in Nederland aangaande decubitusbehandelingsmethoden is de hantering van een uniforme indeling en voor het structureren van de behandeling in verschijningsvormen van decubitus. Ook voor een goede discussie is een dergelijke uniforme indeling onontbeerlijk. Op de consensusbijeenkomst is de volgende indeling aanvaard.

Indeling in vormen

Decubitus kan zich op verschillende wijzen manifesteren; er zijn ernstige en minder ernstige vormen, terwijl overgangen van de ene in de ander vorm mogelijk zijn. Een in de praktijk bruikbare indeling dient zo eenvoudig mogelijk te zijn. Op de consensusbijeenkomst is na een uitgebreide discussie een indeling aanvaard, zoals weergegeven in tabel 1.

Deze indeling is niet gebaseerd op een chronologische volgorde van stadia die een patiënt met decubitus doorloopt, maar op een gradering in ernst, omdat die directe consequenties hebben voor het therapeutisch handelen.

Enkele minder vaak voorkomende vormen en complicaties van de decubitus zijn in deze indeling niet expliciet genoemd, zoals diepe decubitus met intacte huid (bursa) , botaantasting, cysten en fistels. Voorgesteld wordt om deze eveneens als IVb aan te duiden met de symptomen die hierachter zijn vermeld, zoals bijvoorbeeld IVb-fistel of IVb-bursa.

Organisatie

Het decubitusteam in een instelling

Het is wenselijk dat het beleid ten aanzien van decubitus in de praktijk door verpleegkundigen en artsen tezamen gemaakt wordt; beiden dragen de verantwoording op hun eigen deskundigheidsgebied.

Het is aan te raden per instelling een decubituswerkgroep op te richten.

Hoewel in de meeste instellingen de preventieve maatregelen door verpleegkundigen getroffen worden, is het efficiënt de werkgroep van meet af aan multidisciplinair op te zetten. Met de landelijke consensustekst decubituspreventie als blauwdruk, kan deze werkgroep eerst het decubitus preventie beleid ten aanzien van middelen, materialen en werkwijze eenduidig regelen en een risicoscorelijst invoeren. Vervolgens kan de werkgroep tot afspraken komen met betrekking tot de behandeling van decubitus in de gehele instelling.

Essentieel voor het functioneren van zo'n werkgroep is het gebruik van een (gecodeerde) archivering van het verpleegkundig dossier, of in ieder geval een overzichtelijke archivering van de risicoscorelijsten.

Hierbij dient het gebruik van hulpmiddelen en materialen vermeld te worden evenals de tijdsduur en het resultaat. Zo wordt vergelijkend onderzoek op dit gebied mogelijk naast directe evaluatie van de toegepaste behandeling.

Behandeling in de thuissituatie

In de thuissituatie heeft de huisarts de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt met decubitus. De behandeling geschiedt in samenwerking met de wijkverpleegkundige en met de reeds aanwezige hulp uit de omgeving.

Paramedici kunnen in de thuissituatie eventueel op voorschrift van de (huis)arts bij de behandeling worden ingeschakeld. De fysiotherapeut kan, afhankelijk van andere aandoeningen van de patiënt die naast de decubitus optreden ook adviseren inzake reactiveringsprogramma's en oefentherapieën.

De diëtiste kan geraadpleegd worden voor het voorschrijven van speciale diëten.

Ergotherapie in de thuissituatie is momenteel nog slechts in enkele proefgebieden mogelijk.

Voorzieningen

De huidige sociale wetgeving inzake verstrekking van middelen en voorzieningen, die noodzakelijk worden geacht bij de behandeling van decubitus, is gebaseerd op een ingewikkeld systeem. Bovendien ontbreekt het aan eenduidige normen voor het verstrekken van hulpmiddelen en/of het uitkeren van vergoedingen. Het blijkt dat de verschillende vergoedingssystemen niet op elkaar aansluiten.

Voor een optimale verzorging en behandeling van de decubituspatiënt in de thuissituatie dient het voorzieningssysteem vereenvoudigd te worden en voor alle patiënten bereikbaar te zijn.

Meer nog dan bij de preventie van decubitus dient tijdens de behandelings- en herstelfase van decubitus gelet te worden op adequate ondersteuningsmiddelen en het aanleren van preventief handelen door de patiënt. De ergotherapeut zou met zijn kennis en ervaring een belangrijke rol kunnen spelen bij het adviseren over de benodigde voorzieningen.

Vaak worden bijvoorbeeld rolstoelen en kussens verstrekt die voor de patiënt ongeschikt zijn. Een zorgvuldige individuele verstrekking van rolstoelen en kussens dient te worden gemaakt. Door een ergotherapeutisch advies kunnen problemen hiermee worden voorkomen.

De werkgroep hoopt dat de adviezen, die in deze consensustekst zijn samengevat, in de dagelijkse praktijk zullen worden opgevolgd.

Hiervoor zal het nodig zijn dat per instelling een decubitus preventie- en behandelingsbeleid wordt geformuleerd en dat de uitvoering van dit beleid wordt getoetst.

Immers zonder toetsing kan men geen oordeel geven over het eigen handelen. Vragen als “doen wij het goed, hebben wij niet te veel complicaties? e.d.” kunnen pas beantwoord worden indien men beschikt over gegevens, die aan tevoren geformuleerde criteria getoetst kunnen worden.

Indien men weet dat bij een bepaalde patiëntencategorie het afspreken van een beleid en het uitvoeren daarvan geregeld tot problemen aanleiding geeft, is het aan te bevelen om in het behandelplan en –proces structureel een aantal bewaking- en signaleringsmomenten in te bouwen.

Wanneer deze extra belasting (tijdsbeslag, rompslomp met papier) leidt tot een beter resultaat en dus uiteindelijk tot een geringere werkbelasting, kan het behandelingsplan definitief worden aangepast.

Het verdient aanbeveling om structurele registratie van gegevens te integreren in het normale behandel- en verpleegplan.

Preventieve of therapeutische maatregelen hebben vaak een algemeen karakter. Dit kan tot gevolg hebben dat per individuele patiënt handelingen worden verricht die overbodig zijn. Gericht en met verstand de geadviseerde hulpmiddelen en procedures (scorelijsten, e.d.) gebruiken, stimuleert een goede gang van zaken zonder tot bureaucratie en blinde routine te leiden.