BEWEGEN, COMMUNICEREN EN KLEUREN; DE KRACHT VAN EEN MODEL

J. Piersma*

In de periode van juni 2000 tot juni 2002 hebben vertegenwoordigers van verschillende beroepsverenigingen zich beziggehouden met het herzien van de richtlijn decubitus van het CBO. De eerste richtlijn kwam uit in 1986 en werd voor een deel herzien in 1992. In deze richtlijn was op basis van consensus onder beroepsbeoefenaren een aantal omschrijvingen en afspraken gedaan over hoe verpleegkundigen en artsen met preventie en behandeling van decubitus moesten omgaan. Op basis van de medische wetenschap, logische inzichten en ervaringen met interventies werd aangegeven op welke wijze o.a. met wisselligging moest worden omgegaan en wat een zinvolle behandeling van decubituswonden was.
In 2000 werd de eis waaraan de richtlijn moest voldoen aangescherpt. De werkgroep die gestart was ging vooral op zoek naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek bij decubitus. Aan de werkgroep namen vertegenwoordigers van verschillende beroepsverenigingen deel die op enigerlei wijze bij decubituspreventie en behandeling betrokken waren. Naast artsen en paramedici waren ook verpleegkundigen vertegenwoordigt vanuit de verpleegkundige wetenschap en praktijkvoering zowel intra- als extramuraal.

RESULTAAT

Inmiddels zijn er in Nederland een aantal onderzoeksresultaten op het gebied van decubitus bekend:

- Het landelijk onderzoek naar de prevalentie van decubitus heeft de afgelopen 4 jaar een duidelijk beeld gegeven van de omvangrijke problematiek van decubitus.
- Ander onderzoek naar de interventies bij preventie van decubitus leverde nieuwe uitgangspunten op omtrent zinvolle en niet zinvolle handelingen.
- Op het gebied van de decubitusbehandeling waren weinig wetenschappelijke resultaten voorhanden.

Nadat de nieuwe conceptrichtlijn 2002 na 2 jaar hard werken in grote lijnen geschreven was is er in februari van dit jaar een consensus bijeenkomst gehouden voor de leden van de deelnemende beroepsverenigingen en overige belangstellenden. Tijdens deze bijeenkomst was er de mogelijkheid om commentaar op de concept richtlijn te geven, maar om ook discutabele items of keuzes te bespreken.

GEBRUIK

De richtlijn is te gebruiken als een uitgebreid naslagwerk. Voor de verschillende disciplines die zich bezighouden met preventie en behandeling is er veel informatie terug te vinden. Het gebruik van een goede onderbouwing en argumentatie voor de aanbevelingen maakt dat niet snel iets opgezocht kan worden in de richtlijn. Het is aan te raden om aan de hand van de CBO richtlijn een instellingspecifieke richtlijn of protocol te maken.

PREVENTIE

Wisselligging blijft onverminderd belangrijk in de reeks van preventieve maatregelen om decubitus te voorkomen. Door het geven van wisselligging wordt de tijd waarin weefsels tekort hebben aan bloedtoevoer beperkt en treedt er geen weefselschade op. De druk in zijligging is het laagst wanneer de patiënt in 30° zijligging wordt neergelegd. Hoe vaak de wisselligging gegeven moet worden is niet geheel duidelijk. Naar aanleiding van een Belgisch onderzoek wordt eens per 4 uur aangegeven in combinatie met een viscoelastische matras (druk-reducerend). Aangeraden wordt om patiënten in rugligging vooral in 30° semi-fowler houding te plaatsen. Deze houding wordt door patiënten als prettig ervaren doordat de longen zich beter kunnen ontplooien, en voorkomt het onderuitschuiven in bed doordat de benen en de heupen en knieën licht worden gebogen.

BEHANDELING

De tijd heelt alle wonden. Voor decubitus geldt dat ook, mits er aan een aantal voorwaarden is voldaan. Wondgenezing kan alleen dan plaats vinden indien er gunstige omstandigheden worden gecreëerd voor wondgenezing. Dat betekent dat bij wonden een vochtig wondmilieu wordt nagestreefd, necrose wordt verwijderd (met uitzondering van droge necrose op de hiel) en dat infectie met klinische verschijnselen wordt bestreden.
In wonden bevinden zich altijd bacteriën die er niet in thuishoren. Zolang deze nog niet de overhand hebben gekregen op wat de weefselcellen aankunnen in hun strijd heeft het geen zin om routinematig wondkweken af te nemen. Voorop staat dat de wond gereinigd wordt door necrose te verwijderen en het reinigingsproces van de weefsels te ondersteunen door het gebruik van specifieke wondverbanden. De meeste moderne verbanden komen tegemoet aan het creëren van een vochtig wondmilieu. Bij de enzymatische necrose oplossers bleek het wetenschappelijk resultaat over het effect bij wondbehandeling laag. Dit betekent dat er nog niet overtuigend bewijs is van de werking van deze zalf.
De desinfecterende oplossingen blijken alle een schadelijke werking te hebben op de weefsels. Waterstofperoxide, azijnzuur en povidon jodium doden naast de micro-organismen ook de weefselcellen die genezing in gang zetten. Eusol-paraffine oplossing (natrium-hypochlo-

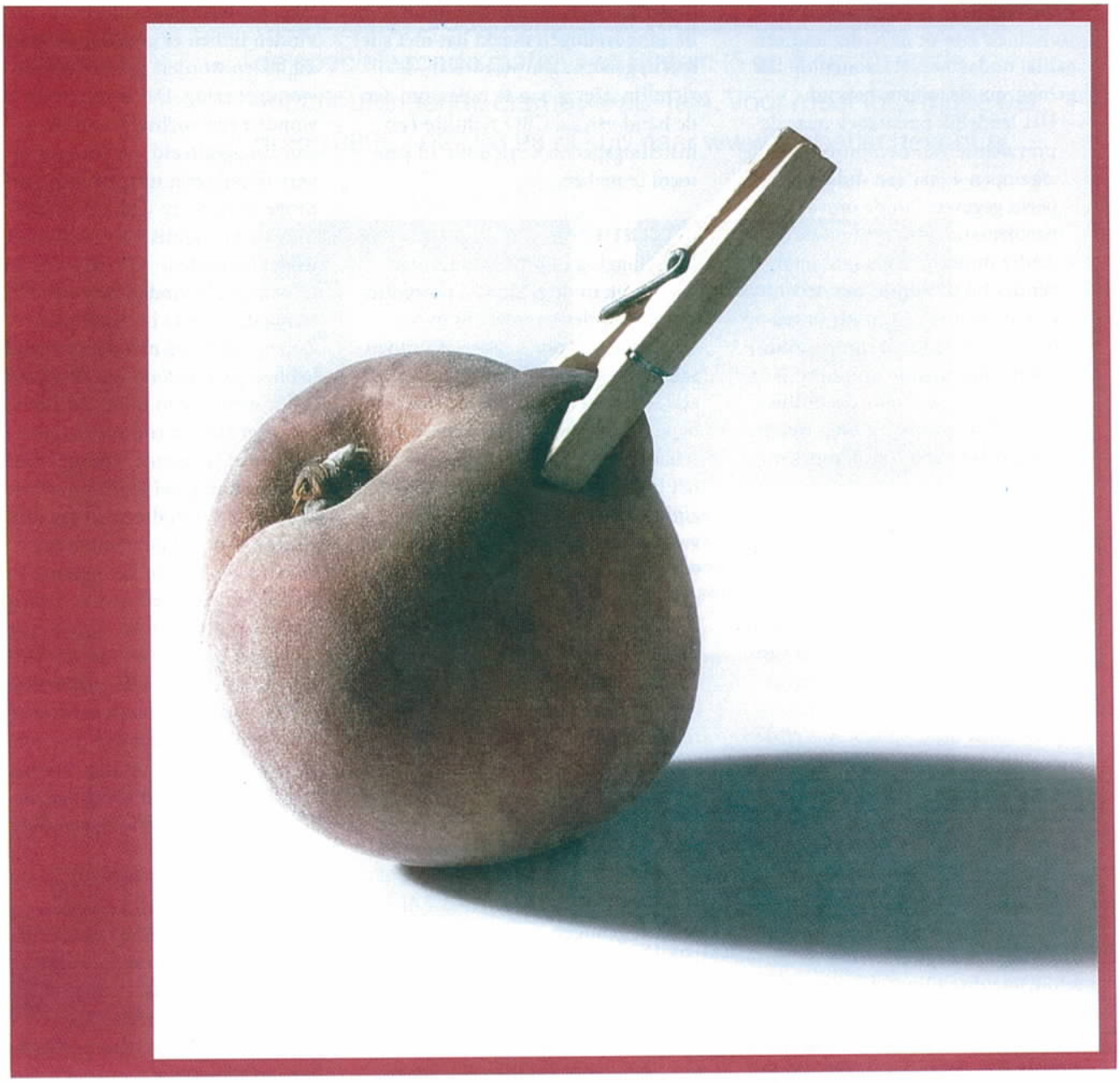
riet of dakinsvloeistof) behoort ook tot deze groep. Wetenschappelijk onderzoek over het effect van deze oplossing is niet bekend. Toch wordt op basis van best practice aangeraden deze oplossing te gebruiken voor sterk necrotische en riekende wonden, zij het in een beperkte tijd (2-3 weken).

CLASSIFICATIE MODEL

Een ander onderwerp van discussie was of het WCS-classificatie model een plaats had bij wondbehandeling. Tijdens de consensus bijeenkomst werd het classificatie model door het ontbreken van wetenschappelijke basis een punt van bespreking.
Het WCS-classificatiemodel is ontwikkeld in 1984 en door de jaren heen steeds meer gebruikt door verpleegkundigen, artsen, verzorgenden en paramedici bij de wondbehandeling van decubituswonden. Het is ontwikkelt als een praktisch hulpmiddel om 3 fasen (de aanwezigheid van necrose, fibrineus beslag en granulatie van het wondbed) tijdens de wondgenezing te herkennen. De classificatie sluit aan bij de inzichten op vochtige wondbehandeling en geeft een richting aan in de keuze en toepassing van wondverbanden. De mate waarin gekozen wordt voor reiniging of bescherming van de wond hangt samen met o.a. het classificatie model. Deze inzichten zijn niet via een wetenschappelijke weg tot stand gekomen, maar vooral door de ervaring die verpleegkundigen en artsen hadden met het zien en behandelen van wonden.
Moest dit model wel worden opgenomen in de richtlijn waarin vooral die inzichten werden opgenomen vanuit wetenschappelijk perspectief of mocht toch in deze ook het praktisch bewezen nut prevaleren? Bij stemming werd al gauw duidelijk dat een meerderheid van de aanwezigen (600) hun voorkeur uitspraken om juist wel het WCS-classificatie model als handvat te blijven hanteren bij de wondbehandeling van decubitus.

HISTORIE

In 1984 was het classificatiemodel



vooral een antwoord op de snelle opkomst van een groot aanbod van moderne wondverbanden.
Wondbehandeling was een basaal onderdeel van de verpleegkundige beroepsuitoefening, maar door een gebrek aan kennis en structuur in de aanpak van de wondbehandeling ontstond er een kloof tussen vernieuwde inzichten over wondgenezing en gebruik van wondverbanden in de dagelijkse praktijk. De wondbehandeling als specialisatie kreeg nauwelijks aandacht van artsen. Verpleegkundigen signaleerden door de ontwikkelingen vanuit de industrie dat wondverbanden niet doelmatig en effectief werden gebruikt. Het classificatiemodel, ontwikkeld in samenwerking met de Scandinavische arts Hellgren, werd dan ook vooral ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden die wondbehandeling op een meer methodische manier wilden aanpakken.

HET CLASSIFICATIEMODEL EN WONDZORG

In 2002 lijkt de wondbehandeling zich vanuit de basiszorg te ontwikkelen tot een specialisatie die ertoe leidt dat verpleegkundigen zich dit aandachtsgebied toe eigenen. Maar ook artsen benaderen meer en meer de wondbehandeling op een serieuze manier waarbij wel degelijk naar methodiek, doelmatigheid en effectiviteit wordt gezocht. Het WCS classificatiemodel is en blijkt een goede basis van de kennis omtrent wondbehandeling. Inmiddels heeft het model ook internationaal zijn weg gevonden.
Het model is hanteerbaar voor verpleegkundigen en verzorgenden die zich vooral bezig houden met wonden in de basiszorg, verpleegkundigen in opleiding, artsen en verpleegkundige wondconsulenten. Daarin ligt ook de kracht van het model. Eenvoudig en doeltreffend.
Het feit dat het classificatiemodel na discussie tijdens de consensusbijeenkomst toch opgenomen wordt in de richtlijn is een erkenning van dit gegeven. Ook dit behoort tot weer een stap voorwaarts naar een eenduidige aanpak van de behandeling van decubituswonden.
Het betekent dat het classificatiemodel een onderdeel is geworden van een landelijk geaccepteerde wondbehandeling, waarbij het niet om een geïsoleerd item gaat, maar veeleer een goede aanvulling blijkt bij de inventarisatie van wondbeoordelingsaspecten. Naast het classificatiemodel geven de mate van exsudaat, de oorzaak van de wond, de gradatie van de wond, ondermijning en infectie om maar wat te noemen veel informatie over de prognose van de wondgenezing en de aanpak van de wondverzorging.

RICHTLIJNONTWIKKELING

In 2003 wordt het hoofdstuk decubitus geheel herzien uitgebracht. Voor deze herziening wordt vanzelfsprekend de vernieuwde richtlijn decubitus van het CBO het uitgangspunt. Zo zullen er verschillende richtlijnen ontwikkeld worden op basis van de CBO richtlijn. Voor verschillende organisaties, regionale netwerken en instellingen. We ontkomen er niet aan dat een ieder vertalingen maakt voor eigen werksituaties. En dat hoeft niet verkeerd te zijn. Inmiddels is er door de vereniging van verpleeghuisartsen het initiatief genomen om met verschillende partners (Arcares, Patiëntenplatform LP/CF en verzorgenden en verpleegkundigen) een richtlijn te maken voor verpleeghuizen. Deze richtlijn is vooral bedoeld om duidelijk te maken waarin samenwerking moet plaats vinden om het decubitusprobleem en logistieke problemen daaromtrent in de verpleeghuizen eenduidig aan te pakken. Ook bij deze richtlijn is de vernieuwde richtlijn decubitus de basis van keuzes voor de richtlijn van de NVVA.

Belangrijk blijft dat bronnen en keuzen goed onderbouwd worden. Wanneer dit herleidbaar is, zullen er niet veel grote verschillen van inzicht bestaan en ontstaan. De discussie om best practice en de wetenschappelijke basis van inzichten zal op het gebied van decubitus niet verstommen. Mogelijk leidt het tot nieuwe ideeën, onderzoeken en eenduidige resultaten. Daar hebben we wat aan!

*** Joan Piersma, bestuurslid WCS, voorzitter WCS decubituscommissie.**

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

AANBIEDING:
NU 7,- I.P.V. 12,-

DECUBITUS THEMANUMMER WCS NIEUWS

Een uitgebreide state of the art over het onderwerp decubitus. Een speciale uitgave van WCS Nieuuws.

Deze uitgave kost slechts € 7,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN:
TEL. 0252-223392
FAX 0252-223394
E-MAIL: INFO@WCS-NEDERLAND.NL

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

DE WCS POSTER "CLASSIFICATIEMODEL"
NIEUWE VERSIE
ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL ZICHTBAAR OP UW AFDELING.

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts € 1,- per stuk (exlusief verpakkings- en verzendingskosten)
en kan besteld worden via:
DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.

VOOR INFORMATIE:
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; tel.: 030-2843900, e-mail: mwr@cbo.nl
De nieuwe richtlijn decubitus wordt in september 2002 uitgegeven.

LITERATUUR

1. Spindler, J.K.H en Jonkman, dr. M.F., (1998) Het WCS classificatiesysteem voor lokale wondbehandeling. WCS nieuws 14-3, pag. 3-7.
2. Spindler, J.K.H en Baljon, R.M. (2000) WCS classificatie zwart-geel-rood. De driekleur als basis voor een éénduidig wondbeleid. WCS nieuwsbrief 16-3, pag. 26-27.
3. Tweede herziening richtlijn decubitus. (2002) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
4. Piersma, J.(2002) Wondconsult: Druk met decubitus. Verpleegkunde Nieuws 13, 20-21

VOOR U GELEZEN: DEEP DERMAL BURN DUE TO CONTACT WITH STOMACH CONTENTS

R.Alvi, P.Walmsley, M.James

In dit case report wordt een patiënt beschreven die diepe dermale brandwonden opliep ten gevolge van maaginhoud.

Patiënt was een 82 jarige man die na een CVA een PEG catheter kreeg. Deze catheter (een abdominale catheter rechtstreeks naar de maag) werd gebruikt als alternatief van de maagsonde. Na 6 maanden at de man weer gewoon, echter bleef de PEG catheter op zijn plaats.

Patiënt werd gevonden in een plas maaginhoud. De dop van de PEG catheter was losgeraakt en de maaginhoud bleef , mede door het gebruik van een plastic onderlaken liggen. Patiënt kon zich door zijn onderliggend lijden niet verplaatsen en de maaginhoud heeft ongeveer 4 uur ingewerkt op de huid.Het TVLO bedroeg 6 % waarvan 1% diep op rechter arm en rechter been. De wonden werden conservatief behandeld en patiënt was uiteindelijk na 4 weken geheel genezen.

PEG catheters wordt steeds meer gebruikt doordat die niet operatief hoeft te worden ingebracht en gebruikersvriendelijk is. Patiënten zijn ook bevrijd van de nasale of orale maagsonde. Nadelen beschreven in de literatuur zijn wondinfectie, necrotiserende fasciitis, het ontstaan van fistula, lekkage intraperitonaal maar het oplopen van chemische brandwonden was nog niet eerder beschreven.

Aangeraden wordt de fabrikant op dit probleem te wijzen en een PEG catheter te verwijderen als deze niet meer gebruikt wordt.

In: Burns 2001 vol 27 pag 509 – 511

Vertaling en samenvatting:
Helma Hofland

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

HET WCS CLASSIFICATIE KAARTJE
NIEUWE VERSIE
ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL OP ZAK.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts € 0,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:
DE WCS BESTELLIJN: 0252-230026.