



DECUBITUS

DOOR DE JAREN HEEN

Helene Kramer, Jody 't Lam en Mathilde de Leeuw
VVV2N



Hogeschool Via
1^e beoordelaar: Annemiek Schep
2^e Beoordelaar: René van Leeuwen

In opdracht van:
Het Florence Nightingale Instituut
Nannie Wiegman

05-03-2015

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van het onderzoek 'Decubitus door de jaren heen'. Door middel van dit onderzoek is gekeken naar de ontwikkelingen van een aantal handelingen die betrekking hebben op de decubituszorg en hoe verpleegkundigen in de praktijk de veranderingen binnen de decubituszorg hebben ervaren.

Dit onderzoek is uitgevoerd ten behoeve van ons afstuderen in opdracht van het Florence Nightingale Instituut en hogeschool Viaa te Zwolle.

Wij hopen met dit onderzoek meer inzicht te kunnen bieden in de geschiedenis van de decubituszorg en van de kennis uit het verleden mee te nemen de toekomst in.

Een dankwoord is verschuldigd aan Nannie Wiegman, directeur van het Florence Nightingale Instituut, voor haar hulp en begeleiding en voor het beschikbaar stellen van de boeken en tijdschriften die aanwezig zijn binnen de bibliotheek van het Florence Nightingale Instituut. Daarnaast willen wij ook Aris bedanken voor zijn hulp bij het wegwijs maken tussen de vele boeken die beschikbaar zijn binnen het Florence Nightingale Instituut. Tot slot willen wij ook Annemiek Schep, begeleidend docent vanuit hogeschool Viaa, bedanken voor de begeleiding.

De periode waarin wij dit onderzoek hebben uitgevoerd was leerzaam en heeft ons in staat gesteld om onze opleiding af te ronden. Wij zijn tevreden over de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Wij hopen dat u dit verslag met interesse en plezier zult lezen.

Met vriendelijke groet,

Helene Kramer
Jody 't Lam
Mathilde de Leeuw

Bij decubitus denk ik vaak aan gebrek aan kennis van materialen. Zo kwam ik laatst een vrouw tegen die nog steeds gebruik maakt van een schapenvacht. 'Uhm.. Is dat nog zinvol?', dacht ik.

Mathilde de Leeuw

Ik denk bij de preventie van decubitus aan de slechte uitvoering ervan. Decubituswonden worden nog steeds niet opgelost. Terwijl in andere landen decubituspreventie veel beter wordt uitgevoerd.

Helene Kramer

Binnen mijn werk in de thuiszorg kom ik regelmatig beginnende decubitus tegen. De kennis over recente ontwikkelingen binnen de decubituszorg ontbreekt vaak bij mijn collega's. Ook zijn cliënten vaak erg gehecht aan dat heerlijke schapenvel in hun fauteuil.

Jody 't Lam

Samenvatting

In 2008 kwam het onderzoeksrapport van Plas uit met de titel *'Doorbreek de rituelen'*. In dit rapport stonden 18 handelingen beschreven die door de jaren heen verouderd waren en niet meer gebruikt mochten worden binnen de verpleegkunde. De 18 handelingen bestonden uit de preventie en behandeling van decubitus, fixeren, perioperatieve handelingen, handelingen bij smetten en overige rituelen. In dit onderzoek wordt ingegaan op de rituelen die men vroeger uitvoerde rondom de preventie en behandeling van decubitus. Namelijk de handelingen:

1. Gebruik van een schapenvacht ter preventie van decubitus.
2. Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels.
3. Massage ter preventie van decubitus.
4. Het gebruik van hielringen en met water gevulde operatiehandschoenen.
5. IJzen en föhnen.
6. Het gebruik van een windring.
7. Katheter bij incontinentie ter preventie van decubitus.

Het doel van het onderzoek was om deze handelingen te onderzoeken binnen de literatuur. De historie van de handeling werd omschreven in een deskresearch. Ook werd er in het onderzoek een enquête afgenomen onder verschillende verpleegkundigen. De enquête had als doel de eventuele dilemma's die ontstaan onder verpleegkundigen, bij de uitvoering van de 'oude' en 'nieuwe' handelingen, in kaart te brengen. De doelstelling luidde dan ook als volgt:

'Na een onderzoek van 4 maanden zijn de historische ontwikkelingen rondom de zeven 'rituelen' van de decubituszorg beschreven in een deskresearch. Deze resultaten zullen inzicht bieden in de historie van de verpleegkunde en dragen bij aan een educatieve module die zal worden ontwikkeld voor het virtueel museum van het Florence Nightingale Instituut. Het fieldresearch, een enquête, zal inzicht bieden in de ervaringen van verpleegkundigen omtrent de veranderingen van de decubituszorg en eventuele dilemma's die zij kunnen ervaren op de werkvloer wanneer één van de zeven genoemde 'rituelen' van decubituszorg wordt toegepast.'

In de resultaten van het deskresearch kwam naar voren hoe de 'rituelen' zich hebben ontwikkeld door de jaren heen en wanneer en waarom de 'rituelen' werden afgeschaft. In het deskresearch kwam naar voren dat de 'rituelen' nog steeds een rol spelen in verschillende dilemma's die ontstaan. In de enquête werden dan ook verschillende voorbeelden gegeven door verpleegkundigen, die een dilemma hadden ondervonden.

Dit onderzoek is uitgevoerd voor het Florence Nightingale instituut. De aanbevelingen die vanuit het onderzoek zijn voortgekomen bestaan uit het doen van vervolgonderzoek naar de rituelen die voorkomen in het rapport *'Doorbreek de Rituelen'* (Plas 2008) en eventueel zou het Florence Nightingale instituut dit onderzoek kunnen plaatsen op de site www.fni.nl. Dan zou de informatie die is voortgekomen uit het onderzoek gebruikt kunnen worden voor de leermodule die het Florence Nightingale instituut beschikbaar heeft gesteld.

Summary

In 2008 the report of Plas came out, titled 'Doorbreek de Rituelen'. In this report were 18 actions described that were outdated over the years and could not be used in nursing. These 18 actions included the prevention and treatment of pressure ulcers, restraint, perioperative actions, actions by blemishes and other rituals. This research examines the rituals that they used to perform around the prevention and treatment of pressure ulcers. These actions will be examined:

1. Using a sheepskin for the prevention of pressure ulcers.
2. Packing of heels and elbows with oily cotton and bandages.
3. Massage for prevention of pressure ulcers.
4. The use of bead rings and surgical gloves filled with water.
5. Shudder and blow dry.
6. Using a wind ring.
7. Prevention of pressure ulcers by using a catheter.

The aim of the study was to investigate these acts within the literature. The history of the act was described in a desk research. In this study there's also been a survey of several nurses. The survey was intended to search and map the dilemmas that arise among nurses with the implementation of the 'old' and 'new' actions. The goal, therefore, was as follows:

"After examining four months, the historical developments around the seven 'rituals' of pressure ulcer care, are described in a desk research. These results will provide insight into the history of nursing and contribute to an educational module, this will be developed for the virtual museum of the Florence Nightingale Institute. The field research, a survey, will provide insight into the experiences of nurses about the changes of pressure ulcer care and any dilemmas that they may experience at work, when one of the seven mentioned 'rituals' pressure ulcer care is applied. "

The results of the desk research emerged when and why the 'rituals' were abolished and how the 'rituals' have evolved over the years. The desk research showed that the 'rituals' still play a role in various dilemmas that arise. In the survey were also several examples given by nurses who had encountered a dilemma.

This research was conducted for the Florence Nightingale Institute. The recommendation from the study occurred consist of doing further investigation and possibly the Florence Nightingale Institute could put this investigation on the site www.fni.nl. Then the information that's found during the research, can be used for the learning module that Florence Nightingale Institute has made available.

Inhoud

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	4
Summary.....	5
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Doelstelling	9
1.3 Verpleegkundige relevantie.....	10
1.4 Vraagstelling	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Historie opleidingen tot verpleegkundige.....	11
2.2 Verpleegkundige handeling	11
2.3 Decubitus.....	12
2.4 Doorbreek de rituelen	12
2.5 Dilemma's.....	13
3. Methode	14
3.1 Deskresearch	15
3.1.1 Inclusiecriteria.....	15
3.1.2 Zoekcriteria.....	155
3.1.3 Analyse.....	16
3.1.4 Betrouwbaarheid en validiteit	17
3.2 Fieldresearch	18
3.2.1 Populatie/Steekproef.....	18
3.2.2 Enquête.....	19
3.2.4 Analyse.....	20
3.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit	21
3.3 Ethische verantwoording	21
4. Resultaten.....	22

4.1 Deskresearch	22
4.1.1 Decubitus door de jaren heen	22
4.1.2 Schapenvacht.....	25
4.1.3 Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels	30
4.1.4 Massage.....	34
4.1.5 Hielringen.....	38
4.1.6 Met water gevulde operatiehandschoen.....	44
4.1.7 IJzen en föhnen.....	46
4.1.8 Windringen	51
4.1.9 Katheter bij incontinentie	55
4.2 Resultaten fieldresearch	61
5. Conclusie.....	68
5.1 Deelvraag 1 - Kennis decubitus	68
5.2 Deelvraag 2 – Ontwikkelingen rituelen	68
5.3 Deelvraag 3 - Consequenties	70
5.4 Hoofdvraag	70
6. Discussie en aanbevelingen	71
6.1 Inhoudelijke discussie	71
6.2 Methodische discussie	73
6.3 Aanbevelingen	74
7. Bibliografie	76
7.1 Bibliografie projectrapportage.....	76
7.2 Bibliografie deskresearch.....	78
8. Bijlage	92
8.1 Enquête.....	92
8.2 Begeleidende brief bij enquête.....	95
8.3 Benaderde instellingen	96

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

'Hoewel veel verpleegkundige en verzorgende interventies ontstaan zijn vanuit ervaring en tradities, zijn steeds meer handelingen wetenschappelijk onderbouwd. Deze 'evidence-based' handelingen worden echter niet altijd toegepast. Eén van de redenen hiervan is dat de resultaten van onderzoek de praktijk van de verpleegkundigen en verzorgenden onvoldoende bereiken. Een andere reden is dat men te zeer gewend is geraakt aan bepaalde handelingen waardoor het rituelen zijn geworden: algemeen aanvaarde routinematige handelingen die niet onderbouwd zijn met wetenschappelijke inzichten maar gebaseerd zijn op gewoonte en traditie.'

(Plas, 2008)

Dit citaat komt uit het onderzoeksrapport 'Doorbreek de Rituelen'. In dit rapport gaat Plas (2008) in op 18 verpleegkundige handelingen die door wetenschappelijk onderzoek achterhaald zijn. De handelingen worden in dit rapport 'zinloze rituelen' genoemd. Rituelen kunnen zowel zinvolle functies hebben als zinloze. Positieve functies van rituelen zijn dat ze houvast bieden, orde scheppen en onderlinge verbondenheid creëren. De negatieve kanten van rituelen zijn echter dat het vaak om onnodige handelingen gaat, dat ze vooruitgang in de weg staan en dat ze soms zelfs schadelijk zijn.

De negatieve effecten van zinloze rituelen behoren zwaarder te wegen dan de positieve effecten. Zinloze rituelen kunnen pas worden doorbroken wanneer deze aan het licht worden gebracht. Dit onderzoek zal een aantal zinloze rituelen aan bod brengen, om zo verpleegkundigen bewust te maken van het feit dat handelingen zich blijven ontwikkelen.

Binnen het rapport 'Doorbreek de Rituelen' gaat het om de volgende 18 'rituelen':

'Rituelen' ter preventie en behandeling van decubitus:

1. Gebruik van een schapenvacht ter preventie van decubitus.
2. Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels.
3. Massage ter preventie van decubitus.
4. Het gebruik van hielringen en met water gevulde operatiehandschoenen.
5. IJzen en föhnen.
6. Het gebruik van een windring.
7. Katheter bij incontinentie ter preventie van decubitus.

Fixeren

8. Routinematig cliënten fixeren in het kader van valpreventie.
9. Fixeren en separeren in de geestelijke gezondheidszorg en in de verstandelijke gehandicaptenzorg.

Perioperatieve 'rituelen'

10. Preventief laxeren middels Lactulose na cardiothoracale operaties.
11. Patiënt vanaf 24.00 uur nuchter houden voor OK.
12. Standaard preoperatief scheren.
13. Routinematig gebruik van neusmaagsonde na een buikoperatie.
14. Routinematig tempen van postoperatieve patiënten.

'Rituelen' ter preventie en behandeling van smetten

15. Föhnen bij smetten.
16. Gebruik van pasta's of poeders.

Overige 'rituelen'

17. Desinfecteren van de huid voor injecties.
18. Standaard bijhouden van een vochtbalans bij patiënten met een zware cytostaticakuur.

Binnen dit onderzoek is verder in gegaan op een aantal van de boven genoemde 'rituelen'. Hierbij gaat het om de 'rituelen' ter preventie en behandeling van decubitus (Nr. 1 t/m 7 uit de bovenstaande lijst). Op verzoek van N. Wiegman is er voor gekozen om deze zeven van de 18 'rituelen' uit te werken, omdat het uitwerken van alle 18 'rituelen' te omvattend zou zijn voor dit onderzoek. Door de zeven 'rituelen' van decubituszorg uit te werken, kan het onderwerp decubituszorg goed worden uitgediept. De overige 11 'rituelen' hebben niet zoveel samenhang als de 'rituelen' die over decubitus gaan. Om een goede samenhang te krijgen tussen het tijdsbestek van het onderzoek en de te onderzoeken informatie is er voor gekozen om de zeven 'rituelen' van decubitus uit te werken.

Dit onderzoek is opgezet in samenwerking met de opdracht gevende instelling, het Florence Nightingale Instituut (hierna te noemen FNI). Het rapport 'Doorbreek de rituelen' van Plas (2008), werd als aanleiding voor dit afstudeeronderzoek aangedragen door de directeur van het FNI, mw. N. Wiegman.

1.2 Doelstelling

De directeur van het FNI, mw. N. Wiegman (2005), zegt het volgende over historisch onderzoek: *“Wat uiteindelijk het nut van historisch onderzoek van de verpleging en verzorging voor de beroepen nu is, moet niet worden overdreven. Historici zijn geen waarzeggers die op basis van het verleden uitspraken over de toekomst kunnen doen. Wel biedt kennis van het verleden van de verpleging meer begrip voor de huidige stand van zaken en kunnen we de context beter begrijpen. Die kennis betekent dat je, heel voorzichtig, soms een bescheiden aanbeveling kunt doen voor de toekomst.”* (Wiegman, Verpleegkundig-historisch onderzoek in Nederland, 2005)

Door te kijken naar de historie van de zeven genoemde 'rituelen' omtrent de decubituszorg, en te verklaren hoe deze zorg zich heeft ontwikkeld, kan meer begrip worden opgebracht voor de huidige situatie en kan de context van veranderingen beter worden begrepen. Door middel van dit deskresearch¹ wil het FNI meer historische verdieping krijgen in de zeven 'rituelen' van decubituszorg². Daarnaast wil het FNI doormiddel van fieldresearch³ te weten komen wat de ervaringen van verpleegkundigen zijn omtrent de veranderingen binnen de decubituszorg. De resultaten van het deskresearch en fieldresearch zullen samen bijdragen aan een online educatiemodule van het FNI.

De verpleegkundige relevantie van dit onderzoek is vooral de kennisvermeerdering door middel van historisch onderzoek naar de eerder genoemde zeven 'rituelen' rondom de decubituszorg.

‘De kennisvermeerdering door theoretisch relevant onderzoek biedt meer begrip voor de huidige stand van zaken en helpt bij het begrijpen van de context door middel van onderzoek in de literatuur’ (Wiegman, Gewina-TGGNWT, 1996).

Dit historisch onderzoek moet bijdragen aan kennis en inzichten van de historie van de verpleegkunde. Daarnaast moet zij inzicht geven in eventuele dilemma's, die vandaag de dag kunnen ontstaan op de werkvloer doordat handelingen en protocollen worden gewijzigd.

Bijvoorbeeld door te kijken naar de historie van de zeven genoemde 'rituelen' omtrent de decubituszorg en te verklaren hoe deze zorg zich heeft ontwikkeld. Hierdoor kan meer begrip worden

¹ Deskresearch: het verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens die dienstbaar zijn aan de onderzoeksopdracht, maar die reeds eerder door anderen zijn verzameld.

² Decubituszorg: hiermee wordt bedoeld de preventieve zorg om decubitus te voorkomen, en de behandelmethoden die worden toegepast om decubitus te genezen.

³ Fieldresearch: het verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens waarvoor men zelf onderzoek moet verrichten. Deze gegevens zijn niet door middel van Desk-research te achterhalen.

opgebracht voor de huidige situatie en de context van veranderingen beter worden begrepen. Dit zal ook het doel zijn van dit onderzoek.

1.3 Verpleegkundige relevantie

Verpleegkundigen vormen de grootste beroepsgroep in ziekenhuizen. Zij staan daarnaast ook het dichtst bij de patiënten. De manier waarop zij hun beroep uitoefenen, is in sterke mate bepalend voor de kwaliteit van de zorg. Om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, is het belangrijk dat het handelen van verpleegkundigen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd is. Op dit moment verrichten verpleegkundigen een aantal interventies waarvan inmiddels wetenschappelijk is aangetoond dat deze niet zinvol zijn. Een van de redenen dat verpleegkundigen deze handelingen nog uitvoeren is dat de resultaten van onderzoek de praktijk van de verpleegkundigen onvoldoende bereiken. Een andere reden is dat men te vertrouwd is geraakt met bepaalde handelingen waardoor het rituelen zijn geworden (Hunink, 2008). Volgens Stella Henquet, stafmedewerker van Bureau Opleidingen en Verpleegkundige Ontwikkelingen (BOVO) zijn rituelen niet alleen maar nadelig, er zijn ook een aantal voordelen van rituelen waardoor deze rituelen in stand worden gehouden. Bij rituelen hoeft men niet na te denken en de kans dat men iets vergeet of verkeerd doet wordt kleiner. Ook bespaart het ritueel soms tijd, en op een afdeling bestaat het voordeel dat men zeker weet wat men van de collega's kan verwachten (Castelijn, 1994).

Het uitgangspunt bij het doorbreken van rituelen is de implementatie van Evidence Based Practice (EBP). Dit is een combinatie van kennis van wetenschappelijk onderzoek, ervaringen en voorkeuren van patiënten en kennis en ervaring van professionals. Evidence based werken is echter nog lang niet vanzelfsprekend voor verpleegkundigen (Achterberg, 2006).

1.4 Vraagstelling

Binnen dit gehele onderzoek gaat het om de veranderingen binnen de decubituszorg en de gevolgen van deze veranderingen voor verpleegkundigen.

Binnen het deskresearch wordt gekeken naar de historie en ontwikkelingen van de zeven 'rituelen' omtrent de decubituszorg. Hierbij zal voornamelijk gekeken worden naar hoe, wanneer en waarom de handelingen veranderen. Voor het fieldresearch zal een enquête worden opgesteld. Door middel van de enquête zal worden gekeken naar de ervaringen van verpleegkundigen met de ontwikkelingen van de decubituszorg op de werkvloer.

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt:

Welke historische ontwikkeling heeft decubituszorg doorgemaakt, waarom werden decubitusbehandelingen aangepast en welke effecten hebben de veranderingen, met betrekking tot decubituszorg, voor verpleegkundigen op de werkvloer?

Om tot goede beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek te komen, zal eerst antwoord gegeven worden op de volgende deelvragen:

1. Hoe is de kennis over decubitus door de jaren heen veranderd?
2. Welke ontwikkelingen hebben de zeven eerder genoemde 'rituelen' omtrent decubituszorg doorgemaakt?
3. Hebben de veranderingen rondom de zeven 'rituelen' van de decubituszorg consequenties voor de verpleegkundigen van nu en heeft dit voor dilemma's gezorgd?

2. Theoretisch kader

Binnen de gezondheidszorg vinden continue veranderingen plaats (Werwe, 2007). Zo veranderen ook de verpleegkundige handelingen door de jaren heen. Nieuwe wetenschappelijke inzichten maakten dat de verpleegkundige handelingen werden aangepast.

Veranderingen kunnen weerstand oproepen, omdat verandering van handelingen in verband staat met het veranderen van het eigen handelen (Donkers, 2012). Hiermee wordt bedoeld dat de persoon zelf zijn handelen moet veranderen, een ander kan dit niet voor hem/haar doen. De persoon moet zelf die de gewenste wijziging in de omgeving aanbrengen, wat vraagt om zelfactiviteit⁴ (Donkers, 2012).

Om binnen dit onderzoek naar de historie en ontwikkelingen van een aantal verpleegkundige handelingen te kijken is als eerst gekeken naar de historie van de opleidingen tot verpleegkundige. Daarnaast gaat dit onderzoek over verpleegkundige handelingen met betrekking tot decubituszorg. In dit theoretisch kader zijn kort de termen 'verpleegkundige handeling' en 'decubitus' toegelicht. Het onderzoek is, zoals eerder aangegeven, gebaseerd op het rapport 'Doorbreek de Rituelen' (Plas, 2008). Ook hierover wordt een toelichting gegeven in dit theoretisch kader. Als laatst wordt er ingegaan op 'dilemma's' om een duidelijke omschrijving te kunnen geven van deze term.

2.1 Historie opleidingen tot verpleegkundige

Het verplegen van zieken is pas in de negentiende en twintigste eeuw een beroep geworden. Florence Nightingale, boegbeeld van verpleegkundigen, brengt verandering in de gezondheidszorg in de 19e eeuw. In 1878 richtten artsen, vanwege besmettelijke ziekten, de eerste verpleegster opleiding in Nederland op (Dane, 1991). Pas vanaf 1880 is er sprake van een echt beroep met een salaris, een opleiding en een uniform.

In 1952 werd te Nijmegen de Katholieke Hogere School voor Verplegenden opgericht en bekostigd door de overheid. De opleiding bleef echter wel in-service en duurde 3,5 jaar. In 1997 is een samenhangend opleidingsstelsel voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen van start gegaan (Jong, 2003). Dit hield in dat in 1997 een einde kwam aan de inservice opleidingen. In 1972 zijn in Nijmegen en Utrecht de eerste hbo-verpleegkunde opleidingen nieuwe stijl van start gegaan. Deze HBO-V opleidingen waren (en zijn) dagopleidingen van vier jaar met als ingangsniveau minimaal havo. Vanaf 1989 is er ook een deeltijdvariant. In 2004-2005 zijn twee masteropleidingen gestart: nurse practitioner en physician assistant (PA, 2012).

In 1984 werd ook de MBO-verpleegkunde opleiding ingeluid. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid komt in 1988 met het Nationale beroepsprofiel. Daarin wordt het verschil in MBO- en HBO- verpleegkundigen omschreven. In dit profiel staat bijvoorbeeld dat alleen de HBO-verpleegkundigen mogen afwijken van protocollen en deze eventueel mogen veranderen. (Bakker, 1988)

2.2 Verpleegkundige handeling

Een verpleegkundige handeling is een handeling waar risico's aan verbonden zijn. Dit houdt in dat deze handelingen kunnen leiden tot letsel of schade bij zowel de zorgvrager als de verpleegkundige. Om deze reden worden verpleegkundige handelingen vaak vastgelegd in protocollen en procedures. De meeste verpleegkundige handelingen zijn opgenomen binnen de huidige opleiding tot verpleegkundige. Er zijn ook een aantal handelingen die alleen uitgevoerd mogen worden door een verpleegkundige wanneer deze bekwaam is, wat inhoudt dat er een aanvullende scholing wordt

⁴ Zelfactiviteit: zichzelf actief veranderen.

gegeven en onder begeleiding de handeling in de praktijk wordt aangeleerd. Specialistische verpleegkundigen worden ingeschakeld bij (dreigende) complicaties (zoals een stomaverpleegkundige bij complexe stomazorg). De verrichtingen, risicovolle handelingen en voorbehouden handelingen zijn verpleegkundige handelingen (Bulecheck, 2010).

2.3 Decubitus

Voordat er gestart kan worden met het onderzoek is het van belang enige kennis over decubitus te hebben. Decubitus komt al eeuwen lang voor. Zo zag men decubitus in de Middeleeuwen als een teken van het stervensproces bij een zieke patiënt. Het woord decubitus komt van het Latijnse woord 'decumbere'. 'Decumbere' betekende in de middeleeuwen dat de zieke "zich er bij neerlegde". In 1777 introduceerde de arts Wohlleben het nieuwe begrip 'gangraena per decubitum'. Hij omschreef dit als het ontstaan van weefselversterf door (langdurig) liggen (Boekel, 2007).

Decubitus kan verschillende oorzaken hebben. De drie belangrijkste oorzaken zijn druk, tractie (trekken) en frictie (wrijving). Druk vermindert de bloedtoevoer naar de huid. Normaal gesproken krijgen mensen geen decubitus, omdat ze onbewust voortdurend van houding veranderen, ook als ze slapen. Sommige mensen kunnen zich echter niet normaal bewegen en zij hebben dan ook een groot risico op decubitus. Tot deze groep behoren mensen die verlamd of erg verzwakt zijn, in coma liggen of een beperkte bewegingsvrijheid hebben. Vaak ontstaat decubitus bij uitstekende botten die veel druk moeten verwerken, zoals de stuit, hielen, ellebogen en heupen. Decubitus kan ook ontstaan op plaatsen waar de huid in contact komt met een bed, rolstoel, gipsverband, spalk of ander hard voorwerp dat druk op de huid uitoefent.

Ook tractie vermindert de bloedtoevoer naar de huid met decubitus tot gevolg. Dit gebeurt als de huid ergens aan vast kleeft, vaak het beddengoed. Trekken aan de huid geeft een soortgelijk effect als druk. Frictie (schuren) kan ook tot decubitus leiden. Door herhaaldelijke irritatie kunnen de bovenste huidlagen wegslijten. Dit kan gebeuren als de hielen, ellebogen of knieën steeds over iets heen schrapen of als slecht passende schoenen worden gedragen. Dit begint dan vaak als blaar. Ook slechte voeding vergroot de kans op decubitus en vertraagt het genezingsproces. Ondervoede mensen beschikken niet over de beschermende vetlaag die voorkomt dat bloedvaten worden afgeknelld. Mensen die te weinig eiwitten, vitamine C of zink binnen krijgen, lopen ook een verhoogd risico op decubitus. Deze stoffen zijn onmisbaar voor een normaal herstel van de huid. Decubitus kan pijnlijk en levensbedreigend zijn (Boekel, 2007).

Normaal gesproken heeft de huid een goede bloeddorstrooming die alle huidlagen van zuurstof voorziet. Wanneer de bloedtoevoer gedurende meer dan twee of drie uur wordt afgesneden, sterft de huid af, beginnend bij de bovenste laag (de opperhuid). Het afgestorven huidweefsel wordt afgebroken en vormt een open wond of zweer. Als de huid eenmaal open is, kunnen bacteriën zich in de opening nestelen en een infectie veroorzaken (Boekel, 2007).

Bij de meeste mensen veroorzaakt decubitus pijn en jeuk, maar bij mensen met een verminderde pijnzintuig kunnen zelfs diepe wonden pijnloos zijn.

Decubitus wordt naar ernst ingedeeld in vier stadia: roodheid en ontsteking (stadium 1), blaren en oppervlakkige zweren (stadium 2), diepe zweren (stadium 3) en kapotgaan van het spier-, vet- en botweefsel (stadium 4) (Beers, 2005).

2.4 Doorbreek de rituelen

Onder het motto 'Durf te laten' presenteerde het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) op 1 februari 2008 tijdens het jaarcongres een overzicht van achttien zinloze rituelen in de zorg (Hunink, 2008).

Het LEVV zet zich in voor het uitvoeren van patiëntenzorg op basis van professionele richtlijnen, om daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het doorbreken van bewezen zinloze rituelen in de zorg past daarbij. Het LEVV biedt ondersteuning bij het inventariseren van rituelen. Zij helpen verpleegkundigen bij het ontwikkelen van kennis en vaardigheden om zinloze rituelen systematisch en zelfstandig te kunnen de-implementeren (Hunink, 2008).

Vanuit de media kwamen felle reacties op het rapport 'Doorbreek de rituelen' van het LEVV. Zo schreef de Volkskrant op 1 februari 2008: *'Verpleegkundigen verrichten dagelijks handelingen die niet nuttig en soms zelfs schadelijk zijn. De verpleging maakt onvoldoende gebruik van nieuwe wetenschappelijke inzichten.'* (Vermeulen, 2008)

Ook gaf de Elsevier een felle reactie. Deze schreef op 1 februari 2008 het volgende:

'De zorg aan patiënten kan efficiënter en effectiever, omdat verpleegkundigen en verzorgers veel zinloze handelingen uit automatisme verrichten.' (Willems, 2008).

Naar aanleiding van de provocerende krantenkoppen, zou men felle reacties van verpleegkundigen verwachten, maar deze bleven echter uit. De verpleegkundigen reageerden niet via de media op de krantenartikelen over dit rapport. Ook zou men kunnen verwachten dat er dilemma's aan het bed ontstaan door het gebruik van de genoemde 'rituelen' uit het rapport. Uit de onderzochte literatuur is geen aanleiding gevonden om te kunnen bevestigen dat er daadwerkelijk dilemma's aan het bed zijn ontstaan.

2.5 Dilemma's

Bij het afwijken van protocollen kunnen er dilemma's ontstaan tussen collega's. Het woord 'dilemma' is een samenstelling van het woord 'di', dat 'dubbel' betekent en het woord 'lemma', dat in het Latijn 'thema' en in het Grieks 'veronderstelling' betekent (Hogewoning, 2006). Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal omschrijft een dilemma als 'toestand waarin tussen twee wegen die beide grote bezwaren opleveren een keuze moet worden gemaakt'.

Peters en Wezels (2004) geven de volgende omschrijving:

'Een dilemma is een netelig vraagstuk dat aan de oppervlakte verschijnt in de vorm van een complex probleem, een ambigue⁵ situatie, die maar moeilijk op te lossen lijkt. Wanneer er werkelijk sprake is van een dilemma, dan is met de keuze voor een van de twee alternatieven niets opgelost. Er gaat vaak een strijd tussen verschillende waarden onder een dilemma schuil. Als dilemma's niet worden herkend, blijven we steeds heen en weer zwabberen tussen de negatieve kanten van beide uitersten. Door het onderscheiden van de polen in de dilemma's neemt de kans toe dat we uit de slingerbeweging stappen en ons bewust worden hoe we het beste uit beide polen kunnen halen.'

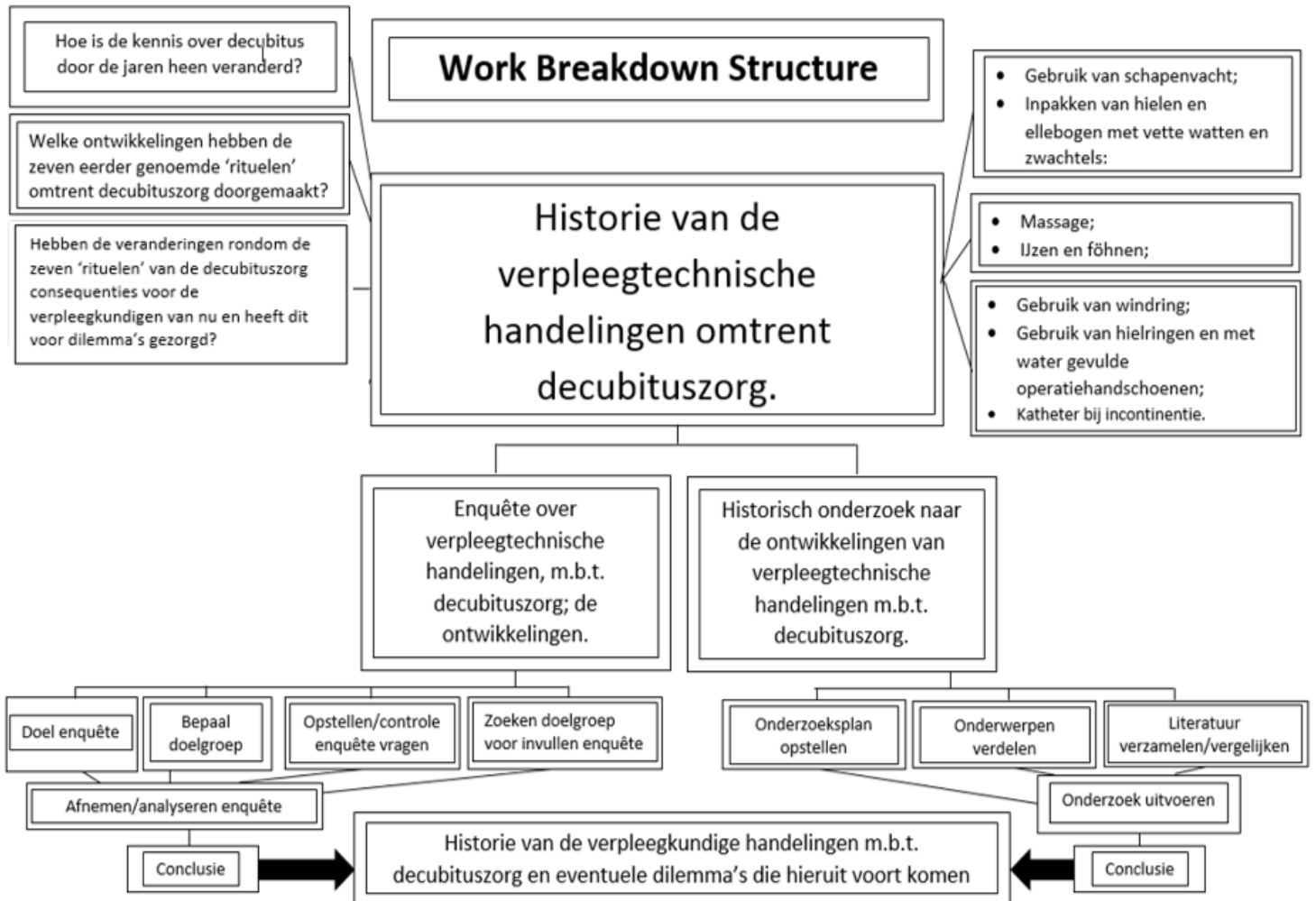
Uit het bovenstaande citaat, kan worden opgemaakt dat dilemma's lastige situaties zijn die moeilijk zijn op te lossen. Het maken van een keuze bij de tweestrijd lost de problemen niet op.

Dilemma's kunnen op allerlei vlakken ontstaan. Binnen dit project gaat het om dilemma's die aan het bed kunnen ontstaan na verandering van een behandelingswijze rondom decubituszorg.

⁵ Ambigue: dubbelzinnig

3. Methode

In dit onderzoek zal worden gekeken naar de historie van de zeven 'rituelen' omtrent decubituszorg, die voorkomen in het rapport 'Doorbreuk de Rituelen' (Plas, 2008). Doormiddel van een desk- en fieldresearch zullen de onderwerpen verder worden uitgediept. Binnen dit onderzoek zal de nadruk liggen op het deskresearch, waarvoor een historisch literatuuronderzoek wordt uitgevoerd. Ter ondersteuning van het deskresearch zal ook een fieldresearch worden uitgevoerd. Hierbij wordt door middel van een enquête gekeken naar de ervaringen van verpleegkundigen omtrent de ontwikkelingen binnen de decubituszorg die zij op de werkvloer mee maken. In figuur 1 staat de indeling van het deskresearch en het fieldresearch beschreven.



Figuur 1

In *figuur 1* wordt aan de hand van het Work Breakdown Structure (Haugan, 2002) op een schematische wijze weergegeven hoe het onderzoek is ingedeeld. Zo wordt zichtbaar gemaakt dat het onderzoek is opgedeeld in een desk- en fieldresearch. In de middelste twee blokken van *figuur 1* is deze tweedeling zichtbaar. Uiteindelijk zal uit het desk- en fieldresearch naar voren komen wat de historie is van de verpleegkundige handelingen met betrekking tot decubituszorg en eventuele dilemma's die hieruit voort komen.

3.1 Deskresearch



Figuur 2

In *figuur 2* is schematisch weergegeven hoe het deskresearch zal worden opgedeeld om zo tot het uiteindelijke resultaat te komen.

In het deskresearch zal (historische) literatuur worden gezocht en verwerkt in een literatuurverslag. Binnen het deskresearch zal een selectie worden gemaakt van de literatuur die voor dit onderzoek gebruikt zullen worden. Hier wordt later in dit hoofdstuk verder op in gegaan. De deelvragen die met behulp van het deskresearch beantwoordt zullen worden, zijn deze:

1. Hoe is de kennis over decubitus door de jaren heen veranderd?
2. Welke ontwikkelingen hebben de zeven eerder genoemde 'rituelen' omtrent decubituszorg doorgemaakt?

3.1.1 Inclusiecriteria

De lesboeken en werkboeken dateren van 1848 tot heden en de tijdschriften dateren van 1890 tot heden. De gevonden literatuur uit lesboeken, werkboeken of tijdschriften zal pas relevant zijn voor het onderzoek, als deze één van de volgende punten omschrijft met betrekking tot één van de zeven 'rituelen'.

Inclusiecriteria: de tekst beschrijft:

- De wijze waarop de handeling werd uitgevoerd;
- De materialen die gebruikt zijn om de handeling uit te voeren;
- Of de handeling wordt afgeraden of aanbevolen;
- Of er veranderingen zijn binnen de decubituszorg;

De informatie zal worden gehaald uit de collectie lesboeken en werkboeken met betrekking tot verpleegkunde, die in de bibliotheek van het FNI beschikbaar zijn. De lesboeken dateren van 1848 tot heden. Tevens zullen er verschillende tijdschriften worden onderzocht die aanwezig zijn in de collectie van het FNI of de mediatheek van hogeschool Viaa. De tijdschriften uit de collectie van het FNI die worden gebruikt binnen dit onderzoek zijn: Maandblad voor Ziekenverpleging (1890-1913), Tijdschrift voor Ziekenverpleging (1913-2014), Tijdschrift voor Verpleegkundigen (1913-2014), Verpleegkundig perspectief (1988-1996), Verpleegkunde Professioneel, Verpleegkunde Nieuws (1987-2005), Verpleegkunde (1986-2006), Nursing (1994-heden). Uit de collectie van hogeschool Viaa zullen alleen tijdschriften worden gebruikt die een aanvulling zijn op de collectie van het FNI. Dit zijn de volgende tijdschriften: Nursing, Verpleegkundig perspectief en Verpleegkunde.

3.1.2 Zoekcriteria

In het deskresearch wordt de historie van decubituszorg onderzocht. Dit wordt gedaan door naast de informatie over decubitus zelf, de zeven 'rituelen' die worden beschreven in het rapport 'Doorbreek de rituelen', uit te diepen. Alle zeven 'rituelen' zullen binnen dit onderzoek individueel worden uitgediept.

In elk lesboek en werkboek zal worden gezocht naar een inhoudsopgave of een register. Mocht deze niet aanwezig zijn, zal het hele lesboek of werkboek worden doorgebladerd voor bruikbare informatie. Verderop in dit hoofdstuk is te lezen welke zoektermen er gebruikt zullen worden voor het zoeken in de inhoudsopgaven en registers. Tevens zijn er criteria opgesteld voor het uitzoeken van de lesboeken. Zo zijn er lesboeken met drukken uit verschillende jaren. Er wordt dan alleen gebruik gemaakt van de eerste en de laatste druk van het lesboek. Bij verschillen tussen de eerste en de laatste druk van de desbetreffende literatuur, wordt ook de literatuur in de tussenliggende drukken onderzocht om de verschillen te kunnen vergelijken.

Voor de tijdschriften geldt dat er wordt gezocht in de inhoudsopgaven, aan de hand van zoektermen die hieronder worden beschreven. Wanneer er geen registers aanwezig zijn in de tijdschriften zal, net als bij de lesboeken en werkboeken, het tijdschrift volledig worden doorgebladerd voor bruikbare informatie.

De volgende zoektermen worden gebruikt binnen dit onderzoek:

<i>Nederlands:</i>	<i>Engels:</i>
Decubitus of doorliggen in combinatie met:	Pressure Ulcer of Bedsore in combinatie met:
<ul style="list-style-type: none"> • Preventie • Behandeling • Windring • Windkussen • Luchtkussen • Massage • IJzen en Föhnen • IJs • Föhn • Hielring • Operatiehandschoen • Incontinentie • Katheteriseren • Catheteriseren • Wol • Schapenvacht • Vette watten 	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence • Urine • Air cushion • Operation glove • Heel • Wool • Sheepskin • Oily cotton • Massage • Blow dry • Ice

Allereerst zal worden gezocht op de zoekterm 'decubitus' of 'doorliggen'. Als deze niet worden gevonden, wordt gezocht naar andere trefwoorden die voorkomen in de bovenstaande lijst. Wanneer deze ook niet worden gevonden zal het lesboek, werkboek of het tijdschrift niet worden gebruikt. De zoektermen zijn in overleg met de opdrachtgever samengesteld tijdens het opstarten van het onderzoek. Tabel 1

3.1.3 Analyse

De relevante tekst die wordt gevonden in de lesboeken, werkboeken en tijdschriften zal worden beschreven in een Word-document en bij elke tekst zal de bron worden toegevoegd. Als alle teksten zijn gedigitaliseerd, worden deze teksten gesorteerd in een tabel. Deze tabel zal er als volgt uitzien (tabel dient als voorbeeld):

Jaar	Tekst onderwerp	Bron	Relevante tekst
bv. 1908	bv. 'Voor bedreigde kleine lichaamsdelen (hielen en oren) maakt men zelf ringen van watten met een stuk zwachtel erom.'	bv. Nolst, A. (1908), <i>Handboek der ziekenverpleging</i> , Amsterdam: J.H. & G. van Heteren)	bv. Maakt men zelf ringen van watten met een stuk zwachtel erom.

Na het opstellen van de tabellen zal de relevante literatuur worden omschreven in het literatuurverslag. Van elk 'ritueel' zal een apart literatuurverslag worden gemaakt, die volgens dezelfde structuur wordt opgesteld. De volgende punten worden aangehouden bij de verslaglegging: Tabel 2

- A. Inleiding;
- B. Toepassing van het ritueel ...;
- C. Tijdlijn;
- D. Beëindiging.

De resultaten van het deskresearch zullen worden ingeleid door een hoofdstuk waarin het denken over decubitus door de jaren heen wordt beschreven. De bibliografie zal per 'ritueel' afzonderlijk gedocumenteerd worden.

3.1.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid binnen het literatuuronderzoek zo groot mogelijk te maken zullen de volgende maatregelen genomen moeten worden:

- Er wordt alleen literatuur gelezen in de boeken en tijdschriften die in paragraaf 3.1.2 zijn benoemd. Deze lijst is opgesteld in overleg met de opdrachtgever, die bekend is met het doen van historisch onderzoek en daarnaast ook bekend is met de vele tijdschriften die binnen de collectie van het FNI of hogeschool Viaa aanwezig zijn.
- Er wordt uitsluitend literatuur gebruikt uit de collectie van het FNI en hogeschool Viaa. De inclusiecriteria zorgen ervoor dat alleen de informatie gebruikt zal worden die nodig is voor het literatuuronderzoek.
- Binnen het literatuuronderzoek worden alle boeken en tijdschriften van het FNI, met betrekking tot verpleegkunde gelezen, hierdoor wordt de interne validiteit verhoogd. Ook maakt dit de kans op systematische fouten kleiner. Daarnaast zijn alle boeken van de collectie van het FNI genummerd. Door de boeken te lezen aan de hand van deze nummering, te beginnen bij eerste boek, zullen er geen boeken worden overgeslagen tijdens het doornemen van de literatuur.
- Alle deelnemers van dit onderzoek zullen dezelfde literatuur lezen. Zo kunnen de deelnemers elkaar controleren of er geen relevante literatuur wordt overgeslagen voor het deskresearch.
- Door de ervaring van de opdrachtgever met het doen van historisch onderzoek en haar tips bij het opstellen van zoektermen, wordt het onderzoek sterker.

3.2 Fieldresearch



Figuur 3

In *figuur 3* is schematisch weergegeven hoe het fieldresearch is opgedeeld om tot het uiteindelijke resultaat te komen.

Naast het deskresearch, is in het fieldresearch van dit onderzoek nieuwe data verzameld door middel van een enquête. In deze enquête wordt de bekendheid van de zeven 'rituelen' van decubituszorg bij verpleegkundigen onderzocht. Daarnaast is ook de mening over de veranderingen binnen de decubituszorg van de verpleegkundigen gevraagd. Binnen het fieldresearch van het onderzoek is de volgende deelvraag beantwoord:

3. Hebben de veranderingen rondom de zeven 'rituelen' van de decubituszorg consequenties voor de verpleegkundigen van nu en heeft dit voor dilemma's gezorgd?

3.2.1 Populatie/Steekproef

Voor het fieldresearch is een enquête (bijlage 9.1) afgenomen bij verschillende verpleegkundigen. Er is voor een enquête gekozen omdat hiermee sneller een grotere doelgroep wordt bereikt en hierdoor meer informatie van verschillende verpleegkundigen kan worden verkregen dan bij interviews of andere onderzoeksmethoden. De populatie bestaat uit verpleegkundigen die inservice zijn opgeleid en/of een MBO- of een HBO- verpleegkunde diploma hebben behaald. Omdat dit een historisch onderzoek is, zijn er voor deze enquête verpleegkundigen nodig van verschillende generaties. Daarom is er gekozen om naast MBO- en HBO- verpleegkundigen ook inservice opgeleide verpleegkundigen te ondervragen. Van de inservice opgeleide verpleegkundigen is bekend dat zij in ieder geval voor 1997 gestart zijn met hun werkzaamheden binnen de zorgsector. Dit houdt in dat de kans groter is dat zij met meerdere van de zeven 'rituelen' hebben gewerkt. Op deze manier kan worden nagegaan of er meningsverschillen ontstaan tussen de jongere of oudere verpleegkundigen.

Er is onderscheidt gemaakt tussen MBO- en HBO- verpleegkundigen omdat alleen de HBO- verpleegkundigen mogen afwijken van het bestaande protocol. Dit mogen MBO- verpleegkundigen niet.

Er wordt toegewerkt naar minimaal 25 ingevulde enquêtes per opleidingsgroep (inservice, MBO- en HBO- verpleegkundigen). In totaal zijn er dus minimaal 75 enquêtes nodig. Er is voor 75 ingevulde enquêtes gekozen, omdat dit haalbaar lijkt te zijn binnen dit onderzoek en een goede representativiteit zal geven van de ondervraagde verpleegkundigen.

Allereerst is via internet naar contactgegevens van verschillende ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties gezocht. Hierbij is gekozen voor relatief grote organisaties die verspreid zijn over het hele land. Uit iedere provincie is minimaal één ziekenhuis en twee thuiszorgorganisaties benaderd. Hierdoor werd een grote verscheidenheid van verpleegkundigen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Er is gezocht naar een (e-mail)adres of telefoonnummer van elke organisatie en via dit (e-mail)adres of telefoonnummer werd contact opgenomen. Voor de ziekenhuis- en thuiszorgorganisaties is een inleidende brief voor de enquête gemaakt (bijlage 9.2),

waarin wordt uitgelegd wat het onderzoek inhoudt en wordt de vraag gesteld of de instelling mee zou willen werken aan het onderzoek. Deze brief is verstuurd naar 15 verschillende ziekenhuizen en 30 verschillende thuiszorgorganisaties (bijlage 9.3). Wanneer de instelling akkoord ging, werd de enquête opgestuurd waarna zij deze zelf kunnen verspreiden binnen de organisatie. Ook is er gebruik gemaakt van het persoonlijk netwerk, zodat een grotere groep bereikt kan worden.

3.2.2 Enquête

In de inleiding die bij de enquête wordt geschreven, wordt het onderwerp van de enquête nader toegelicht en wordt een tijdsbestek aangegeven voor het invullen van de enquête zodat iedere deelnemer een goede inschatting van zijn tijd kan maken.

Na het opstellen van de enquête wordt deze gecheckt aan de hand van de volgende punten (Bakker, 2009)

- Staat de inleiding beschreven?
- Staan de vragen beschreven?
- Zijn de vragen goed te begrijpen, eenduidig, duidelijk, niet normerend, uitsluitend en uitputtend?
- (Extra check: zijn deze vragen direct afleidbaar van de deelvragen en/ de literatuur?)
- Is de route logisch?
- Is er een mooie lay-out?
- Staat de afsluiting beschreven? (Bedankje)

De enquête werd online opgezet en ook online verzonden. Er werd gekozen voor het online verzenden van enquêtes omdat dit makkelijker is voor het bereiken van de deelnemers. De enquête werd opgesteld aan de hand van het programma SurveyMonkey (SurveyMonkey, 2014).

SurveyMonkey is een programma dat helpt om online enquêtes op te stellen, te verzenden en te analyseren.

De enquête bestaat uit acht vragen. Er is gekozen voor open en gesloten vragen. De gesloten vragen zijn verplicht gesteld voor de deelnemers. Als de vraag niet beantwoord wordt kunnen de deelnemers niet verder naar de volgende vraag. Door middel van een open vraag kunnen de deelnemers hun ervaringen delen met de onderzoekers. Zo geven de onderzoekers een eigen stem aan de deelnemers en kunnen de meningen worden gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag drie.

De enquête bestaat uit acht vragen die onderstaand worden toegelicht:

1. Heeft u een inservice opleiding gevolgd?
 - a. Bij deze vraag wordt alleen met 'ja' of 'nee' geantwoord.
2. Heeft u een MBO- of HBO- diploma behaald?
 - a. Vaak hebben inservice opgeleiden ook nog een andere opleiding gevolgd, wat zij in deze vraag kunnen aangeven.
3. In welke branche heeft u gewerkt?
 - a. Deze vraag wordt gesteld om te kijken of er een verschil is in handelswijzen en dilemma's rondom decubitusbehandelingen in de verschillende branches. Men heeft hier de mogelijkheid om het ziekenhuis, de thuiszorg en overig aan te vinken. Er wordt vanuit gegaan dat de meeste respondenten hier of ziekenhuis of thuiszorg zullen aanvinken, omdat dit de branches zijn waar de enquête naar toe is gestuurd.
4. Er zijn in de loop van de jaren verschillende handelingen voor decubituszorg gebruikt. Welke van deze onderstaande handeling(en) heeft u wel eens toegepast?
 - a. Bij deze vraag komen alle 7 'rituelen' van decubituszorg, die binnen het literatuuronderzoek worden onderzocht, naar voren. Er is een mogelijkheid om meerdere antwoorden aan te vinken, zodat er een goed beeld kan worden verkregen

van de handelingen die gebruikt zijn en de handelingen die bijna niet gebruikt zijn door de respondenten. Hier zal waarschijnlijk een verschil ontstaan tussen de inservice opgeleide verpleegkundigen en de MBO- en HBO- opgeleide verpleegkundigen.

5. Heeft u wel eens een handeling voor decubituszorg uitgevoerd terwijl het protocol hiervan was aangepast? (Vul het antwoord in dat het meest voor u geldt.)
 - a. Hierbij kan worden aangegeven dat er wel van het protocol wordt afgeweken door gewoonte, omdat men een andere manier beter vond of omdat men niet wist dat het protocol was aangepast. Ook kan worden aangegeven dat er niet van het protocol werd afgeweken, en dat men het eens was met de protocollen. Of dat er niet van de protocollen werd afgeweken maar men het toch niet eens was met de protocollen.
6. Vindt u het zelf een groot probleem dat de protocollen steeds worden aangepast? (Vul het antwoord in die het meest voor u geldt)
 - a. Bij deze vraag wordt gekeken of men het vervelend vindt dat de protocollen steeds worden aangepast, of dat men het juist prettig vindt dat er met de nieuwste ontwikkelingen wordt mee gegaan. Binnen deze vraag heeft men de mogelijkheid om met 'ja' te antwoorden waarbij als toelichting wordt aangegeven dat men hierbij het gevoel krijgt dat ze het vroeger dan nooit goed hebben gedaan óf dat men het moeilijk vindt om iedere keer een andere handelingswijze aan te moeten leren. Ook kan met 'nee' worden geantwoord, waarbij als toelichting kan worden gegeven dat men het fijn vindt dat er wordt mee gedaan met de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen of dat men gewoon doet wat van hen verwacht wordt.
7. Heeft u tijdens een handeling van decubituspreventie wel eens een dilemma ondervonden met andere verpleegkundigen omtrent de wijze van handelen?
 - a. Door deze vraag wordt er gekeken of verpleegkundigen überhaupt wel eens een dilemma hebben gehad met andere verpleegkundigen als het gaat om decubitusbehandelingen. Hier kunnen zij aangeven dat zij dit wel eens hebben meegemaakt, maar dat dit dan gaat over het niet handhaven van de protocollen of dat het gaat over verschillen in aangeleerde handelingen. Ook kan men aangeven of zij nooit een dilemma hebben ondervonden omtrent de decubitusbehandelingen.
8. De laatste vraag is een open vraag waarbij wordt gevraagd naar een voorbeeld van een dilemma met een andere verpleegkundige omtrent decubitusbehandelingen.

3.2.4 Analyse

De analyse van de antwoorden op de enquête vragen is grotendeels kwantitatief van aard. De enquête bevat gesloten vragen met uitzondering van de laatste vraag, dit is een open vraag. De resultaten van de gesloten vragen zijn geanalyseerd met behulp van SurveyMonkey. Bij het ontvangen van de reacties werden de resultaten door het programma in een staafdiagram geplaatst. Ook is er de mogelijkheid om andere diagrammen of kruistabellen te maken. De uiteindelijke resultaten van de gesloten vragen uit de enquête, zijn gecombineerd met het deskresearch in de discussie.

Er wordt gekeken naar de verschillen tussen inservice opgeleide verpleegkundigen, MBO- en HBO- verpleegkundigen. Hierbij gaat het om de handelingen die zij uitvoeren en of dit volgens protocol is gedaan. Ook wordt er gekeken of verpleegkundigen problemen ervaren bij het aanpassen van protocollen en of hier dilemma's uit voort komen.

Ook door een vergelijking te maken met de zorginstellingen waarin verpleegkundigen werken, kan worden gekeken of er verschillen ontstaan door de werkomgevingen.

De reacties op de open vraag (vraag 8) zullen dienen als voorbeelden in de discussie van het onderzoeksverslag. De uiteindelijke resultaten worden gebruikt in de presentatie, die wordt gegeven voor het FNI en voor hogeschool Viaa.

3.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Met behulp van de enquête is onderzocht welke effecten de ontwikkeling van een verpleegkundige handeling in de decubituszorg heeft voor de verpleegkundigen op de werkvloer.

Op basis van een steekproef van 75 verpleegkundigen is er een beeld gevormd worden over de ervaringen die verpleegkundigen hebben met betrekking tot de veranderingen in de decubituszorg.

Om dit onderzoek betrouwbaar en valide te maken zijn de volgende maatregelen genomen:

- De enquête is gecontroleerd door meerdere personen die niet betrokken zijn bij dit onderzoek. Dit maakt de kans op systematische fouten kleiner. Door de extra controle die wordt uitgevoerd, kan een informatiebias voorkomen worden. Het voorkomen van een informatiebias houdt in dat er geen systematische fouten bij de verzameling van de gegevens worden gemaakt. Wanneer er een fout in de enquête zou zitten, zou deze keer op keer verkeerd worden beantwoord. Zo ontstaat er een systematische fout.
- De enquête wordt anoniem afgenomen. Door de anonimiteit zullen de respondenten eerder hun eigen mening durven te delen.
- Alle respondenten hebben dezelfde enquête gekregen.
- Er is een groot aantal ziekenhuizen en thuiszorginstellingen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit maakt dat de externe validiteit wordt vergroot en een groter aantal verpleegkundigen de mogelijkheid krijgt om deel te nemen aan dit onderzoek.
- Een nadeel van een enquête is dat kenmerken van respondenten in de steekproef niet vergeleken kunnen worden met kenmerken van de hele populatie verpleegkundigen. Op deze manier kan er alleen globaal iets gezegd worden over de representativiteit van de steekproef.

3.3 Ethische verantwoording

Het onderzoek is ethisch verantwoord, omdat binnen dit onderzoek de enquêtes anoniem zullen worden verwerkt met behulp van het bewerkingsprogramma www.surveymonkey.com. Door deelname aan het onderzoek stemmen de verpleegkundigen ermee in dat hun gegevens gebruikt zullen worden in het onderzoeksverslag.

4. Resultaten

Binnen dit onderzoek zijn twee onderzoeksmethoden gebruikt die bestaan uit het deskresearch en het fieldresearch. Allereerst zullen de resultaten van het deskresearch worden beschreven. Dit wordt gedaan door middel van literatuurverslagen van de verschillende 'rituelen'. Het fieldresearch laat de resultaten van de enquête zien, die worden verduidelijkt door tabellen en diagrammen.

4.1 Deskresearch

4.1.1 Decubitus door de jaren heen

In 1777 werd de term decubitus geïntroduceerd door Wohleben, die onder decubitus weefselversterf door langdurig liggen verstond. De term 'decubitus' is afgeleid van het Latijnse 'decumbere' wat 'zich erbij neerleggen' betekend (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1989). Decubitus is een door druk veroorzaakte vorm van necrose (versterf), dat een huidgedeelte met de zich daaronder bevindende delen aantast (Schokking, 1936). Tegenwoordig gaat men uit van de definitie van Schut:

"Onder decubitus wordt verstaan elke degeneratieve verandering, die veroorzaakt wordt onder invloed van de op weefsel inwerkende comprimerende (druk)krachten en schuifkrachten."

(Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2011)

Hoe keek men door de jaren heen tegen decubitus aan?

Door de jaren heen is het denken over decubitus erg veranderd. Er was al vroeg bekend dat decubitus erg gevaarlijk was. Meijer (1848) gaf aan dat decubitus vaak een veel groter en gevaarlijker probleem is dan de ziekte waaraan de patiënt lijdt. Zelfs wanneer de ziekte waaraan de patiënt lijdt niet tot de dood kan leiden, kan een patiënt overlijden aan de gevolgen van decubitus. In 1895 was al voor het grootste gedeelte duidelijk waardoor decubitus kon ontstaan. Normaal gesproken heeft iedereen vetweefsel, dat tegen kou en druk beschermt. Het vetweefsel ligt direct onder de huid en is het dikst op de plaatsen die het meest aan druk blootgesteld zijn. Bij uitterende ziekten verdwijnt het vetweefsel, waardoor de huid direct op de beenderen komt te liggen. De huid wordt dan voortdurend tussen de beenderen en het matras gedrukt. De bloedcirculatie wordt hier erg door gehinderd, waardoor de huid uiteindelijk dood kan gaan (Nolst- Trenité, 1895). De voornaamste uitwendige oorzaak van decubitus wordt gevormd door de druk, waaraan de huid is blootgesteld. De drukpunten vallen samen met de steunpunten van het lichaam in een liggende houding: hielen, stuit, schouderbladen en achterhoofd. Een gezonde huid is wel tegen deze druk bestand, maar een huid, die minder goed gevoed wordt, verdraagt die druk slecht (Bierhorst, 1951).

Risicofactoren

Naast de druk zijn er ook andere uitwendige risicofactoren die het risico op decubitus vergroten. Een van deze factoren is de voeding. Het vetweefsel dat door uittering verdwijnt, is het opgestapelde overmatige voedsel uit de 'gezonde dagen'. Wanneer de voedselopname in de dagen van ziekte minimaal is, dan zal deze reserve worden aangesproken en opgeteerd. Het risico op decubitus wordt hierdoor vergroot. Voldoende voedselopname is dus van belang (Stumpff, 1907). Ook de ondergrond waarop de patiënt ligt, is een belangrijke factor. Hulshof (1895) gaf aan dat patiënten niet op plooiën mogen liggen. Er moet altijd voor een gladde ondergrond worden gezorgd. In 1907 werd ook de inwerking van zweet, urine en feces genoemd als uitwendige oorzaak van decubitus. De huid raakt verweekt en geïnfecteerd door de inwerking van zweet, urine en feces. Hierdoor kan een rode zwelling ontstaan, die al snel gepaard gaat met de ontwikkeling van rode puistjes. Deze rode puistjes kunnen in verettering overgaan, waardoor er een rode vochtige vlek ontstaat. Gaat de inwerking van

zweet, urine en feces door, dan zal de gehele natte plek geïnfecteerd raken en zal er een etter-afscheidende wondvlakte ontstaan (Stumpff, 1907).

Decubitus kan bij iedereen ontstaan. Toch lopen sommige mensen meer risico. Nolst- Trenité (1895) vond zwaar zieken, ouderen en in het algemeen zwakke mensen die lang in bed liggen tot de risicogroep behoren. Salzwedel (1899) zei hier het volgende over:

“Doorliggen komt dikwijls voor bij koortsende zieken, die zeer vermagerd zijn, bij verlamden en bij vele zenuwzieken, wanneer deze zich dikwijls bevuilden en de verpleegster het aan de noodige nauwkeurigheid en zindelijkheid laat ontbreken.”

Naast deze groep noemde hij ook zware gevallen van tyfus en andere ernstige ziekten. Door de met de ziekte gepaard gaande hartzwakke ontstaan stoornissen in de bloedsomloop. In combinatie met een sterke druk op beenderen, dit leiden tot het afsterven van de huid.

Vormen decubitus

Decubitus kan in verschillende vormen voorkomen. In 1907 werden er drie vormen van decubitus onderscheiden; het eczematieuze, het excooriatieve en het gangraeneuze decubitus. Het eczematieuze decubitus is een vorm van wond worden van de huid, wat met een ontsteking begint. Bij excooriatieve decubitus is de huid ontveld. Wanneer de huid in het afstervingsproces zit, spreekt men over gangraeneuze decubitus (Stumpff). Ook in 1958 sprak men nog over deze drie vormen van decubitus (Algemene en medische verplegingstechnieken). Pas in 2001 gebruikt men een indeling in graden van 1 tot en met 4 naar de ernst van de decubitus. De indeling zag er als volgt uit:

- Graad 1: Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid en eventueel verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie);
- Graad 2: Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of oppervlakkige ontvelling;
- Graad 3: Huiddefect met schade of necrose van de huid en het onderhuidse weefsel (sebcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefsel (fascie);
- Graad 4: Uitgebreide weefselschade of weefselverderf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan de opperhuid (epidermis) of lederhuid (dermis).

Deze indeling is opgesteld door het CBO; het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (Abrahamse A. , 2005).

Preventie en behandeling

Vroeger was de preventie en behandeling van decubitus voornamelijk een taak van de verzorgenden en verpleegkundigen. In 1982 beschrijft Keuzenkamp in zijn boek 'De conservatieve behandeling van decubitus' dat slechts 39% van de medische specialisten betrokken waren bij de behandeling van decubitus (Keuzenkamp, 1982). Uitzondering hierop waren de verpleeghuisartsen, waarvan 93% betrokken waren bij de behandeling van decubitus. In deze periode werden enorm veel verschillende methoden en middelen toegepast bij de behandeling van decubitus. Er werd heel verschillend behandeld per ziekenhuis, verpleeghuis of zelfs per afdeling. Er was in die periode dus geen enkele vorm van uniformiteit⁶ in behandeling. Begin jaren tachtig ontstaat er vanuit de

⁶ Uniformiteit: Gelijkvormigheid

verpleegkundig professie meer behoefte aan methodisch handelen. In deze periode werden protocollen en verpleegplannen ontwikkeld en geïmplementeerd (Hanraets, 1992).

Multidisciplinaire voorbereidingswerkgroep

Op initiatief van het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing (C.B.O.), wordt in 1984 een multidisciplinaire voorbereidingswerkgroep decubitus opgericht. Tijdens een consensus⁷ bijeenkomst in 1985 werd deze werkgroep getoetst, waarbij de werkgroep de bestaande kennis inventariseerde, beoordeelde en uiteindelijk een beleid opstelde voor preventie en behandeling van decubitus.

Een aantal jaren later, in 1992, werd een herziene versie van de consensusbijeenkomsten geschreven. Hierin werden nog een aantal niet zinvolle handelingen aan toegevoegd. Dit waren onder andere het gebruik van waterstofperoxide, blaascatheterisatie bij decubitus en fysiotherapeutische applicaties zoals bestraling met ultraviolet licht (Hanraets, 1992).

In 2002 werd opnieuw een herziene versie van de Consensus Commissie uitgegeven, omdat de eerste versies werden gemaakt op een democratische wijze door een commissie waarvan de personen betrokken waren bij decubitus. De uiteindelijke teksten waren daardoor meer gebaseerd op meningen en door democratisch overleg, dan dat de teksten daadwerkelijk waren gebaseerd op wetenschappelijke normen (Haalboom, 2002). Deze nieuwe versie van de decubitus richtlijn kwam uit in het voorjaar van 2002. Deze richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het toelichten van goed medisch, paramedisch en verpleegkundig handelen (CBO, 2002).

Bij de vergelijking van de lokale richtlijnen c.q. protocollen voor preventie van decubitus werd uitgegaan van de indeling die op de consensusbijeenkomst (1984) was gemaakt in zinvolle en niet-zinvolle maatregelen, waarvan sommige op ervaringsfeiten berusten en andere op gepubliceerde onderzoeksgegevens. Als belangrijkste zes zinvolle preventieve maatregelen waren genoemd:

- Goede huidverzorging en hygiëne;
- Schone, gladde en droge onderlaag;
- Dagelijkse inspectie en palpatie van de huid;
- Regelmatige wisselgigging of bij niet bedgebonden patiënten liften uit de stoel;
- Patiënt betrekken bij de preventies;
- Bestrijding van voedingsdeficiënties.

De vier preventie-maatregelen die niet-zinvol werden geacht in de consensustekst waren:

- Inpakken van hielen en/of ellebogen in vette watten en zwachtels, tenzij in situaties van kortdurende hoge druk zoals bij operaties;
- IJzen en föhnen;
- Het gebruik van een windring;
- Speciale lokale middelen zoals kamferspiritus, uierzalf en dergelijke.

Alle lokale richtlijnen en protocollen werden beoordeeld op de aan- en afwezigheid van deze maatregelen. Indien het aantal zinvolle maatregelen min het aantal niet-zinvolle maatregelen groter dan vijf was, werd gesteld dat de lokale richtlijnen overeenstemden met de consensustekst (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1989).

⁷ Consensus: Gelijkvoelendheid, van gelijke mening, gelijke visie, of gelijkgestemdheid.
(http://www.universele-beschaving.nl/Universele_beschaving_definit/body_universele_beschaving_definit.html)

4.1.2 Schapenvacht

Inleiding

De schapenvacht werd jaren gebruikt door veel patiënten, cliënten en verpleegkundigen bij de preventie van decubitus. Nog niet zo heel lang geleden is het definitief afgeraden om schapenvacht te gebruiken bij decubitus. Dit maakt dat veel verpleegkundigen de vachtjes nog tegenkomen in de praktijk. Vooral bij oude patiënten en cliënten die heilig geloven in de werking ervan. De schapenvacht heeft ook niet hele nadelige gevolgen ten opzichte van het voorkomen van decubitus. Al is het tijdperk van de schapenvacht toch echt verdwenen. (Beveren, 2002)

Toepassing van het 'ritueel' schapenvacht

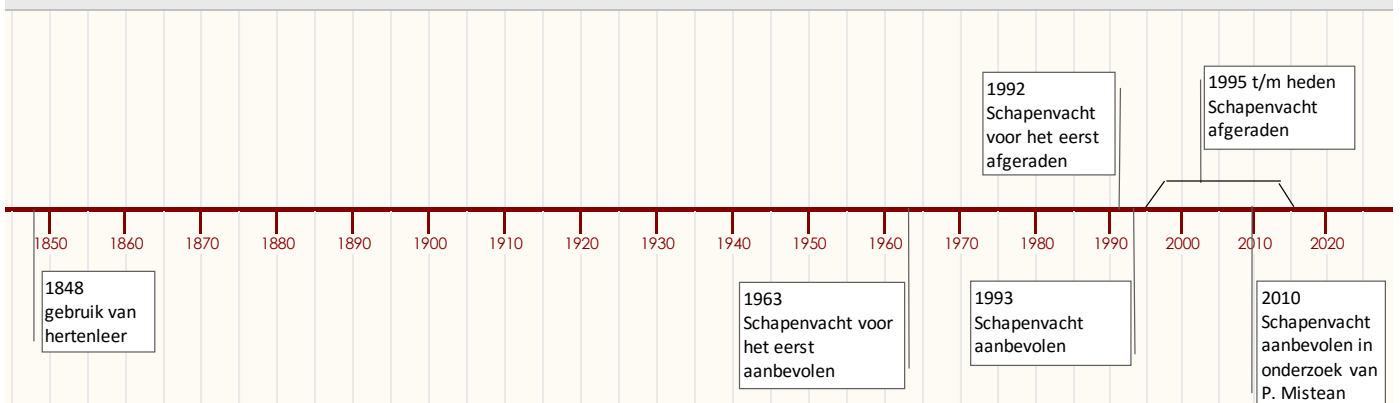
Er werd gedacht dat schapenvacht decubitus kon voorkomen of reeds ontstane decubitus kon verminderen omdat deze veerkrachtig was, luchtcirculatie toeliet en een groot absorptievermogen had. De schapenvacht kwam oorspronkelijk uit Australië of Nieuw- Zeeland van het merinosschaap. In de wol van het merinosschaap zat veel lanoline die ook ten gunste kwam bij voorkoming van decubitus, de huid werd er extra soepel van. De schapenvacht werd direct op de huid gebruikt. Er mocht geen laag tussen de vacht en de huid zitten, dit zou het effect van de vacht juist benadelen. Er was wel veel werk nodig om de vacht te reinigen en te desinfecteren. Vooral omdat de vachten van het merinosschaap snel beschadigd konden worden. Een speciale looiing⁸ van de vachten zorgde er voor dat de vachten niet na de eerste reiniging uit elkaar zouden vallen. Het reinigen en desinfecteren gebeurde op de volgende manier: de schapenvachten werden eerst gedesinfecteerd met behulp van de formaline- stoomoven (formaline wordt vaak gebruikt bij het desinfecteren van ziekenhuiskamers (arbo, 2009)), daarna werd de vacht gewassen in een wasmachine bij een temperatuur van maximaal 38 graden. Daarna werden de vachten gedroogd aan rekken en opnieuw voorzien van wolvet. Dit gebeurde door bespuiting van de vachten met een oplossing van wolvet en petroleum. Dit moest wel in de buitenlucht gebeuren omdat er een grote kans was op brandgevaar (Moolen, Verpleegkunde, Basisverpleging- preklinische periode, 1968).

Later kwam ook de kunstmatige vacht op de markt. Deze was minder duur en beter bestand tegen de wasbeurten die werden uitgevoerd (Kraak, 1970). Vanaf die tijd waren er drie soorten vachten in omloop:

- Merinosschapenvachten uit Australië; natuurvachten die rosé of geelkleurig waren door de speciale looiing met chroom,
- Schapenvachten uit Europa; natuurvacht die een naturel kleur heeft,
- Synthetische vachten; gemaakt van acrylvezel (soort katoen), deze had een pure witte kleur. (ziekenhuis, 1977)

⁸ Looiing: Dierenhuiden die zekere voorbereidende bewerkingen hebben ondergaan met bepaalde samentrekkende stoffen zodanig behandelen dat zij in leer overgaan (encyclopedie, 2015)

Tijdlĳn schapenvacht



In 1848 wordt in het *'Handboek voor Pleegzusters en ziekenoppassers'* (Meijer, 1848) al gesproken over een vacht die gebruikt werd ter voorkoming van 'doorliggen'. Dit was echter een zacht geloid hertenleer. Deze werd onder het laken gelegd. Nog beter was een gelooide huid van een eland, deze was nog zachter en zorgde voor nog meer comfort. Het punt was alleen dat dit een hele dure vacht was. Daarom kon men ook een de huid van een reebok gebruiken. Deze was goedkoper alleen kon de zieke daardoor wel gaan glijden in bed. In 1963 wordt door van der Moolen en Quanjer (1963) voor het eerst de schapenvacht genoemd. Er wordt echter nog niet uitgelegd hoe dit gebruikt moet worden, dit komt men pas te weten in 1968 (Moolen), waar wordt uitgelegd hoe de vacht gewassen en gebruikt moet worden. In 1969 wordt door Jongsma (1969) gezegd dat de schapenvacht alleen gebruikt kan worden bij patiënten die niet incontinent zijn. Vanaf 1970 (Kraak) worden er naast de merinosschapenvacht ook de kunstmatige polyester schapenvachten gebruikt. Bergh- Broom (1970) zegt dat een schapenvacht ook vervangen kan worden door een gewone wollen deken. Daarin wordt tevens genoemd dat een schapenvacht een grote bron van infectie kan zijn als deze niet op de juiste manier wordt gedesinfecteerd. Een ander groot nadeel van de schapenvachten was dat zij vaak verwisseld moeten worden en dat hierdoor een groot aantal van de vachten nodig was (Henkelmann, 1971). In 1975 komt de eerste aanmerking tegen de gewone schapenvacht, omdat de synthetische schapenvacht toch beter zou zijn. De gewone schapenvacht zou een te grote bron van infectie zijn. Echter Jongsma beweerde toen in zijn boek *'In goede handen, Leergang voor verpleegkundigen'* (Jongsma M. P.-H., 1975) dat de kans op infectie door gewone schapenvachten in de praktijk wel zou meevallen. Ook maken de kosten en de korte levensduur van de vachten het moeilijk om verder te gaan met de behandeling (Moolen, 1977). Moolen zegt tevens dat de synthetische schapenvachten vaak wel goedkoper zijn maar veel minder effectief zijn dan gewone merinosschapenvachten.

Sinds 1977 komen ook de kleine kussentjes, die van schapenvacht gemaakt worden, tevoorschijn, Du Gas (1977), beschrijft dat de kussentjes gebruikt kunnen worden om onder uitstekende botten te leggen, dus ook onder de armen of benen. De schapenvacht is vanaf die tijd niet alleen maar voor stuitdecubitus maar ook voor hiel/elleboogdecubitus. Ook beschrijft Du Gas dat de schapenvachten prima gebruikt kunnen worden voor de thuiszorg. Voorheen werd alleen beschreven hoe de schapenvachten gebruikt konden worden binnen de ziekenhuizen. Du Gas omschrijft dat de schapenvachten juist ideaal zijn voor thuissituaties omdat hier geen kostbare mechanische hulpmiddelen, zoals antidecubitusmatrassen, beschikbaar zijn.

In 1978 wordt zelfs omschreven door Hardy (1978) dat bedpantoffels gevoerd met schapenvacht ook een hele goede dienst kunnen bewijzen bij hieldecubitus. Dit wordt zelfs als voorkeur genoemd door Jongasma (1979), die de schapenvacht verkiest boven de hielring en de zwachtels met vette watten. De schapenvacht kan overal voor gebruikt worden en heeft een zeer positief effect. De vacht is eenvoudig in gebruik en werk besparend. De merinosschapenvacht worden steeds minder gebruikt. Deze vachten worden nog altijd bevonden als de best werkende schapenvacht maar werden niet meer gebruikt, vanwege de kosten en de bewerking ervan (Peet, 1990).

In de consensus bijeenkomst van 1991 wordt een groot onderzoek gehouden naar het gebruik van de schapenvachten. Daar komt aan het licht dat in individuele gevallen de synthetische schapenvacht in 58% van de gevallen van decubitus wordt gebruikt. Terwijl dit percentage bij de schapenvacht van het merinosschaap veel lager ligt, namelijk 26%. Terwijl de vacht van het merinosschaap veel effectiever blijkt te zijn. Wel blijkt dat de verpleegkundigen in 32% van gevallen wel graag een vacht van het merinosschaap willen gebruiken maar dat zij deze echter niet tot hun beschikking hebben. De belangrijkste eigenschap van de merinosschapenvacht is dat zij veel meer waterdamp absorberen zodat er minder vocht aan het contactoppervlak blijft, wat voorkomt dat de huid verweekt. De synthetische vacht heeft dit vermogen veel minder en zorgt dus ook sneller voor decubitus. Een voordeel van de synthetische vacht is echter dat deze goed gebruikt kan worden bij incontinentie patiënten omdat deze vachten sneller en makkelijker uitgewassen kunnen worden (Halfens, 1991).

In 1992 komt er een ommekeer binnen de schapenvachten. Vilain (1992) komt in het tijdschrift *'Verpleegkundig perspectief'* met de aanbeveling om schapenvachten niet meer te gebruiken, hij schrijft: *'Het bezwaar van schapenvachten is dat ze verweking in de hand werken waardoor er problemen met de hygiëne ontstaan. De druk op de drukplaatsen wordt er niet door vermindert, hoogstens kan de vacht er voor zorgen dat het ondersteuningsvlak voor de huid van de patiënt iets zachter wordt. Wanneer de patiënt de vacht zelf heeft meegenomen, kan deze worden gebruikt om de huid tegen wrijfkraft te beschermen, dat is tevens de enige indicatie want de druk wordt daardoor niet vermindert.'* Hier worden voor het eerst de schapenvachten, en tevens ook nog de geitenvachten, afgeraden bij de preventie van decubitus. Vooral het grote gehalte aan vocht dat door de vachten wordt opgenomen geeft een reden om de vachten niet gebruiken. Ook de hygiëne van de vachten wordt als nadeel genoemd. Omdat sommige in deze tijd nog wel geloven in de heilzame werking van de vachten, mag de vacht nog wel worden gebruikt maar moet dit extra voorzichtig gebeuren. Door extra controle van de huid uit te voeren. Tevens behoort er goede voorlichting te worden gegeven over de nadelen van de schapenvacht. Het is aan de verpleegkundige de taak om zonder discussie met de patiënt de schapenvacht niet meer te gebruiken (Vilain, 1992).

In 1992 wordt tevens de vernieuwde CBO- richtlijn voor preventie van decubitus opgezet waarin ook staat dat de schapenvachten niet meer gebruikt mogen worden (Beveren, 2002).

In de consensus commissie van 1992 worden de schapenvachten echter nog wel beschouwd als zinvol en mogen nog worden gebruikt bij decubitus. Dit wordt echter alleen genoemd in verband met stuitdecubitus (Wolfswinkel- de Jong, 1995). Terwijl er in 1996 weer wordt genoemd dat de schapenvachten niet effectief zijn bij decubitus en alleen maar 'lapmiddelen' zijn (Veen van, 1996) wordt er pas vanaf 1999 duidelijk gemaakt dat schapenvachten meer nadelen dan voordelen hebben (Defloor, 1999). Defloor noemt in de Nursing dat de schapenvachten niet alleen veel vocht opnemen maar ook nog eens kunnen oprollen in bed en daardoor de druk die wordt uitgeoefend verhoogd wordt. Ook kan de schapenvacht gaan klitten waardoor er extra drukpunten ontstaan. Ook werd gedacht dat de schapenvachten een positief effect zou hebben op de schuifkracht die ontstaat. Dat viel later ook sterk te betwijfelen volgens Defloor. In 2000 komt ook de gezondheidsraad met het advies om geen schapenvachten meer te gebruiken. In 2000 wordt er zelfs een kwaliteitskeurmerk

voor antidecubitus materialen ingesteld (Gezondheidsraad, 2000) die de schapenvacht niet mag dragen.

In 2002 worden de schapenvachten al als een grote zonde gezien binnen de preventie van decubitus. Omdat de CBO- richtlijnen al vanaf 1992 bekend zijn en iedereen hiervan op de hoogte moet zijn, kan het gewoon niet meer dat patiënten nog schapenvachtjes gebruiken bij decubitus. Het moet dan al algemeen bekend zijn dat schapenvachten meer nadelen hebben dan voordelen (Beveren, 2002).

Tot en met 2010 worden alle soorten van schapenvacht afgeraden bij de preventie van decubitus, vooral omdat de schapenvachten veel meer nadelen hebben dan voordelen. Zo verwarmen ze het weefsel, wat de patiënt als minder fijn ervaart, doen ze de werking van de druk reducerende matrassen verminderen, kunnen de haartjes van de vacht samenklitten waardoor meer drukpunten ontstaan, kan de vacht oprollen waardoor een groot drukpunt ontstaat en zitten de vachten vol bacteriën (Nies, 2002). In 2010 komt echter een verandering in de ontwikkeling van schapenvachten.

In 2010 wint de onderzoeker Patriek Mistiaen de wetenschappelijke Anna Reynvaanprijs, wat een prestigieuze prijs is voor verpleegkundige onderzoekers. Mistiaen deed onderzoek naar het effect van schapenvacht bij decubitus maar gebruikte hiervoor enkel de vacht van het merinosschaap uit Australië en Nieuw- Zeeland. Uit zijn onderzoek was de conclusie gekomen dat er bij inwoners van verpleeghuizen die de speciale schapenvacht gebruikten, 40% minder sprake was van decubitus dan bij de inwoners die op gewoon beddengoed werden verpleegd. Het vernieuwde onderzoek naar schapenvacht werd weer in discussie gesteld. In de Nursing van juli/ augustus 2010, reageerden twee verplegingswetenschappers op het onderzoek. Zij vinden dat het onderzoek nog te veel onduidelijkheden bevat om echt de schapenvacht weer te gaan gebruiken in de praktijk. Een ander groot argument tegen het onderzoek was het feit dat maar liefst 33% van de onderzochte bewoners de schapenvacht veel te oncomfortabel vond en vooral heel warm.

De schapenvacht maakt echter ineens een grote comeback, zelfs het LEVV (Landelijk expertise centrum Verpleging en Verzorging) geeft toe dat de schapenvacht niet langer een ritueel is (Jonkers, 2010). Hoe was het mogelijk dat de juist zo afgeraden schapenvachten ineens terug konden komen binnen het systeem van decubituspreventie? Zelfs de landelijke CBO- richtlijnen waren heel duidelijk hierin: de schapenvachten waren niet hygiënisch en mochten daarom niet gebruikt worden. Binnen het onderzoek werd echter een heel ander soort schapenvacht gebruikt. Namelijk een schapenvacht die minimaal 50 keer op 80 graden gewassen kon worden en hierdoor wel hygiënisch was. Zelfs na het wassen hield de schapenvacht de eigenschappen om druk te reguleren. De vachten moesten voldoen aan hele strenge eisen die waren vastgesteld in de Australian Standard. Uit twee eerdere onderzoeken in Australië was al bekend dat de schapenvachten ook effectief bleken bij de patiënten uit ziekenhuizen. Mistiaen heeft dit onderzoek enkel gedaan onder de bewoners van verpleegtehuizen.

Decubitusexperts vanuit de hele wereld grepen het onderzoek aan om opnieuw onderzoek te doen naar de Australische schapenvachten. Zo werd in de nieuwe Europese richtlijn voor decubitus omschreven dat het gebruik van synthetische vachten vermeden dient te worden maar dat de natuurlijke schapenvachten die in het onderzoek genoemd worden, mogelijk helpen bij de preventie van decubitus. Nederland reageert echter wat terughoudend op het onderzoek. Zo zegt de verplegingswetenschapper Schoonhoven in de Nursing: *'Het onderzoek is absoluut interessant, maar er zijn simpelweg nog te veel onduidelijkheden. Zo weten we niet wat de druk verlagende eigenschappen zijn van de vacht. We weten ook niet hoe de vacht scoort ten opzichte van andere producten, want dat is niet onderzocht.'* Een heel belangrijk punt van het onderzoek was dat de schapenvacht inderdaad in 40% van de gevallen decubitus verminderde maar dat alleen bij decubitus

graad 1, bij graad 2 is het effect van de vacht verdwenen. Graad 1 van decubitus is veel makkelijker te bestrijden. Ook wordt het onderzoek slechts 30 dagen uitgevoerd, er kan dus niet gecheckt worden of de schapenvacht bijvoorbeeld ook na 3 maanden nog effectief is. Schoonhoven maakt ook de conclusie dat de schapenvacht werkt, maar alleen bij graad 1.

Ook de kosten van het gebruik van de schapenvacht zijn nog heel onduidelijk in het onderzoek. Mistiaen beweerd dat het gebruik van de vacht zo'n €2,30 per dag kost. De speciaal geprepareerde vacht kost zo'n €85 de kosten voor het wassen bepalen echter zo'n 89% de prijs van het gebruik. De kosten van het wassen kunnen uitlopen van €0,75 tot €15 per wasbeurt. (Jonkers, 2010)

Ook de coördinator wonden- en decubituszorg in het AMC in Amsterdam, Patricia Broos, is niet positief over de schapenvachten. Zij zegt in de Nursing: *'Het is duidelijk dat het werkt en dus decubitus kan voorkomen. Toch kijkende naar hoe we het nu doen, denk ik niet dat wij snel schapenvachten zullen aanschaffen. Het idee alleen al dat je bij moet houden hoe vaak het gewassen is lijkt me niet haalbaar. De andere optie, het beoordelen of de vacht nog voldoende werkt, werkt niet in praktijk. We zien bijvoorbeeld matrassen die niet goed zijn en er niet uitgehaald worden bij verpleegkundigen, laat staan dat ze schapenvachten zullen beoordelen.'* (Jonkers, 2010)

Peter Quartaert, verpleegkundig specialist decubitus- en wondzorg en voorzitter van het Wondenplatform, is wel positief over de vachten. Hij zegt: *'Het gebruik van schapenvachten werd afgeraden vanwege de niet preventieve werking, omdat door het vervilten en klitten van de synthetische schapenvachten drukverhoging ontstond. Ook warmte, met transpireren en jeuk als gevolg, waren vaak gehoorde klachten. Deze laatste klachten leest men ook vaak van de Australische schapenvacht, maar de structuur van de Australische schapenvacht lijkt het probleem van verhoogde druk door vervilting op te lossen.'* (Jonkers, 2010)

In het Tijdschrift voor ziekenverpleging wordt alle kritiek van het onderzoek nog een keer op een rijtje gezet (NIVEL, 2011):

- Het effect van de schapenvacht is alleen aangetoond voor graad 1 decubitus, wat slechts een alarmsignaal is en nog geen letsel;
- Het is onduidelijk of er voldoende is gelet op het onderscheid tussen decubitus en vochtletsel;
- Er is onduidelijkheid omtrent de gebruikelijke zorg die de contolegroep kreeg.

Een metastudie leverde uiteindelijk meer bewijs voor de effectiviteit van de schapenvacht, er bleef echter teveel kritiek. Ook de drie onderzoeken tezamen die in Australië waren uitgevoerd lieten voornamelijk een positief effect zien op het voorkomen van graad 1 decubitus. Dat was echter niet voldoende om de schapenvachten te blijven gebruiken. (NIVEL, 2011)

Beëindiging

Het feit omtrent het gebruik van schapenvacht was: het verminderen van de druk- en schuifkrachten die decubitus veroorzaken. Schapenvacht beschikt over de natuurlijke druk regulerende eigenschappen en verminderd hierdoor beginnende decubitus (Beeckman, 2010). De synthetische vacht heeft gedurende de jaren van gebruik, grote nadelen laten zien. Terwijl de vacht van het merinosschaap, waarmee het 'ritueel' eigenlijk begon, zijn werking wel heeft bewezen. Omdat de schapenvacht echter door de jaren heen meer nadelen als voordelen heeft aangetoond, wordt deze afgeraden binnen de praktijk.

4.1.3 Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels

Inleiding

Vette watten en zwachtels werden gebruikt om de hielen en/of ellebogen mee in te pakken. Dit werd tijden lang gedaan en men geloofde dat de werking van de vette watten erg gunstig waren om de druk op te heffen zodat decubitus voorkomen kon worden. Patiënten hebben decennia lang grote zwachtels gedragen die net op gipsverbanden leken. Deze verbanden mochten dagenlang blijven zitten. Stelt u zich voor: een patiënt die de armen en benen heeft ingepakt met veel watten en dikke zwachtels (aangezien deze niet zo functionerend waren als nu) die ook nog eens vreselijk warm waren. (Nies, 2002)

Toepassing van het 'ritueel' inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels

E. Stumpff (1916) legt uit dat de vette watten en de zwachtels werden gebruikt om de druk op de hielen en/of de ellebogen op te heffen. De hielen en/of ellebogen konden op elke manier worden ingepakt. Als er op de huid maar een stuk vette watten was inbegrepen. De vette watten werden gebruikt omdat deze meer elastischer waren en niet snel in elkaar gedrukt kunnen worden zoals bij de 'droge' watten (Eden, 1918). Hiervoor werden vaak Bruns' watten (figuur 1) gebruikt. Zo stelt H. L. F. Geuzebroek en E. Hamburger (1962) als voorwaarde dat de watten zijn gezuiverd en ontvet, ze moeten zacht en tamelijk veerkrachtig zijn.

De zwachtel moest ook aan een aantal voorwaarden voldoen. Er waren verschillende zwachtels te gebruiken (H.L.F. Geuzebroek, 1962):

- Hydrophile zwachtels: deze konden echter één keer gebruikt en niet uitgewassen worden. Deze waren vrij goedkoop en werden vaak gebruikt in poliklinieken. Bij verwisselen worden ze stuk geknipt omdat dit tijd scheelt. Deze zwachtels werden meestal niet gebruikt bij decubitus omdat dit heel duur zou worden.
- Katoen: dit was een vrij stugge zwachtel, men kon er geen mooi zittend verband van maken, waardoor dit ook weinig gebruikt werd voor decubitus. Het kon makkelijk afzakken en oprollen. Het werd vooral gebruikt om mee te spalken en eczeem te verbinden.
- Cambric: deze soort was steviger dan de hydrophile zwachtel en kon ook uitgewassen worden.
- Flanel: dit was een hele prettige stof om mee te verbinden omdat het goed in combinatie met vette watten gebruikt kon worden en uitgewassen kon worden. Dit werd vaak gebruikt om hielen en ellebogen met kans op decubitus mee in te zwachtelen.
- Tricot: deze zwachtel was zeer geschikt voor drukverbanden en het verbinden van gewrichten. Het was een tamelijk stevige zwachtel die je strak aan kon leggen. De zwachtel kon worden uitgewassen maar verloor hierdoor wel zijn elasticiteit. Ook was de zwachtel erg duur.

Ook werden de vette watten wel omwonden met een driekante doek die luchtig was maar niet handig in gebruik omdat deze niet bleef zitten en daardoor weer decubitus kon veroorzaken (Meerburg, Algemene ziekenverpleging, 1935). De zwachtels mochten niet te strak worden aangelegd omdat dit de bloedcirculatie zou belemmeren. Dit zou tegenwerken op de functie van de watten en zwachtels (Moolen, 1968).

Het inpakken van de hielen met vette watten en zwachtels werd meestal uitgevoerd bij actieve patiënten die meer bewogen in bed. Bij inactieve patiënten die zich niet konden bewegen werden ook wel vilten ringen gebruikt die waren omwonden met een flinke laag vette watten. Deze werd door een klein zwachteltjes op zijn plek gehouden en waren ongeveer 2- 3 cm breed, maar konden

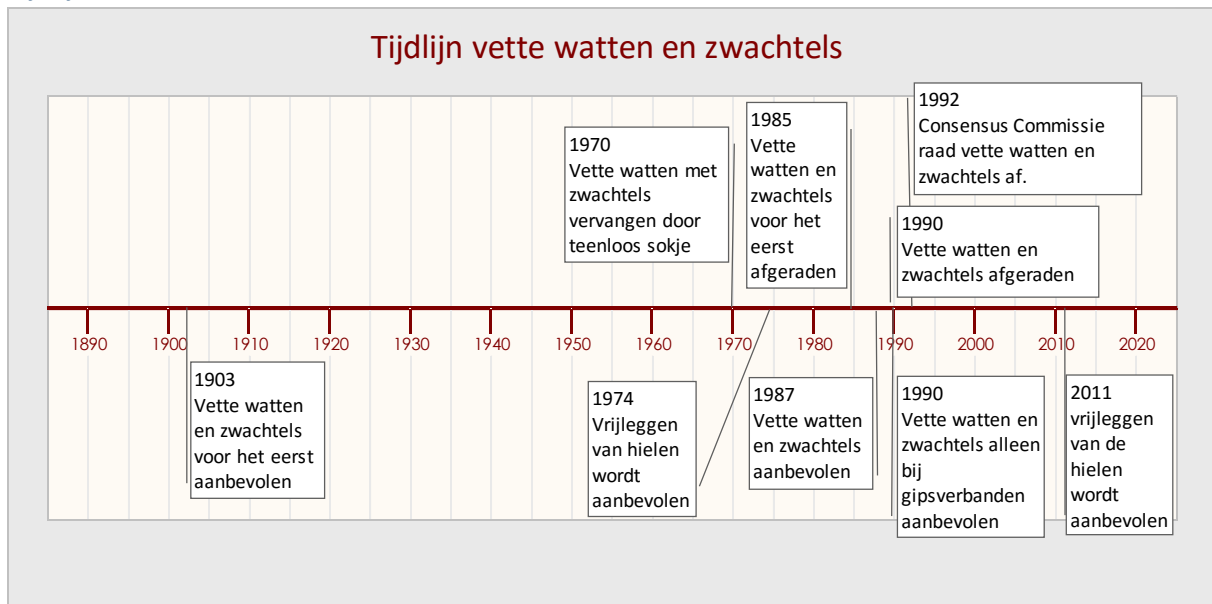


Figuur 1

op grootte gemaakt worden. De reden dat alleen deze werden gebruikt bij inactieve patiënten komt doordat deze ringen vaak verschoven in bed en hierdoor juist decubitus veroorzaakten (Heyl, 1953).

De vette watten konden ook worden gebruikt bij een gipsverband. Omdat deze hard was en er vaak stukjes van het gips afbrokkelden, ontstond er in de gipsverbanden vaak een decubitusplek die grote gevolgen kon hebben. Daarom werd voor gipsverbanden ook aangeraden om veel watten te gebruiken (Eden, 1918). De vette watten werden tevens niet alleen voor ellebogen en hielen gebruikt, maar ook voor bijvoorbeeld de wervelkolom, er werden lange stroken vette watten gebruikt voor verschillende onderdelen van het lichaam (Meerburg, 1933).

Tijdljn



Vanaf 1903 staat in het *Handboek der ziekenverpleging* (Trenité, Handboek der ziekenverpleging, 1903) voor het eerst beschreven dat door eenvoudig een dikke laag watten te gebruiken ook decubitus voorkomen kan worden doordat de druk wordt opgeheven. In 1908 wordt hier door Nolst Trenité (1908) zwachtel bijgevoegd. Pas in 1916 kunnen we van E. Stumpff (1916) lezen hoe we de watten met de zwachtel moeten gebruiken. Hij omschrijft dat de zwachtel drie dagen gebruikt kan worden en hij legt uit hoe dit toegepast kan worden in de praktijk. Later komt er iets nieuws op de markt, namelijk zwachtels waarin vette watten waren opgenomen. Dit was handiger voor de verpleegkundigen en minder tijdrovend (Schokking, 1936). Dr. G. F. Van Balen (1947) schrijft in 1947 dat de vette watten gebruikt kunnen worden maar dat dit wel afgewisseld moet worden met de hielen vrij te leggen met een kussen onder de benen. Hij verteld dat er afwisseling nodig is voor de hielen zodat de druk telkens wordt verplaatst naar een ander drukpunt.

In 1962 wordt voor de eerste keer genoemd dat de vette watten eigenlijk door de huid worden aangewend als warmtebron en om druk uit te oefenen. Warmte zou een zeer goed effect hebben op de wond die door decubitus ontstaat. Het zou het genezingsproces versnellen (H.L.F. Geuzebroek, 1962). In 1968 werd er een nieuwe methode bedacht om de hielen in te pakken. Er waren nieuwe elastische zwachtels in omloop waarop een klein stukje vacht van kunstvezel was bevestigd. Rond deze tijd was immers de schapenvacht en ook de vacht van kunstvezel een hele nieuwe methode om te gebruiken. Fabrikanten verzonden daarom veel nieuwe methodes die er voor zorgden dat de schapenvacht niet alleen voor de stuit werd gebruikt maar ook voor de hielen of ellebogen (Moolen, 1968). In 1970 kwam er een methode die nog makkelijker was; een elastisch teenloos sokje waarin

op de plaats van de hiel een stukje kunststofschuim was ingeweven. De voordelen van deze methode waren:

- dat deze sokjes niet duur waren, gemakkelijk waren aan te brengen,
- dat het sokje op zijn plaats bleef zitten,
- beweging van de hiel goed mogelijk bleef,
- de sokjes in schoenen konden worden gedragen,
- het sokje is goed uit te wassen,
- en dat het sokje voor de knie, elleboog en hiel gebruikt kon worden.

Het probleem was dat deze sokjes nog niet naar Nederland waren geïmporteerd. Maar dit kon worden opgelost door dit sokje handig in elkaar te zetten met een lapje op één kant van een elastisch, circulair verband te stikken. Hiertussen kon een stukje kunststofschuim worden geschoven (A.H.M. van den Bergh- Broom, 1970).

De schapenvacht gebruiken in plaats van vette watten word ook weer in 1974 genoemd in het boek: *'In goede handen, Leergang voor de ziekenverzorging'* (M.W. Jongsma, 1974) dat er voor het inpakken van de hielen en/ of ellebogen niet alleen vette watten gebruikt konden worden, maar dat men ook schapenvacht of ander materiaal kan gebruiken dat de druk kan verminderen. Hierbij word ook gezegd dat het vooral belangrijk is om de voeten vrij te leggen door onder de benen een kussen te plaatsen.

Vanaf 1977 tot 1985 blijft het rustig rondom de vette watten en zwachtels. In 1977 wordt nog genoemd dat vette watten en zwachtels gebruikt kunnen worden bij decubitus (J.C.W. van der Moolen, 1977). In 1985 wordt voor het eerst gezegd dat de handling van inpakken met vette watten en zwachtels niet zinvol is. In het *'Tijdschrift voor Ziekenverpleging'* wordt in het artikel *'Preventie van decubitus. Tekst en uitleg van de consensusbijeenkomst'* (Hulst, 1985) uitgelegd dat het inpakken van de hielen en/of ellebogen niet nuttig zou blijken. Er waren vanuit de praktijk verschillende bezwaren aan te voeren. Allereerst bleef het verband te lang zitten; het onderliggende weefsel wordt door de zwachtels onvoldoende geïnspecteerd en als het verband verschoof traden er drukverschillen op die erg ongunstig waren en juist decubitus zouden kunnen veroorzaken. De vette watten en zwachtels konden beter niet meer worden gebruikt. Een uitzondering was echter bij operaties, hier kon een hoge kortdurende druk optreden. Dan zouden de watten en zwachtels goed van pas kunnen komen.

In 1987 wordt echter weer in het boek: *'Met zorg verplegen'* van Van Arets (1987) genoemd dat vette watten weer een goede functie zouden hebben om druk te verminderen. Men mocht echter geen strak aangelegde zwachtel gebruiken maar een losse zwachtel die de bloedtoevoer niet zou schaden. Wel wordt gezegd dat deze werkwijze steeds minder gebruikt werd door de komst van hielbeschremers die bekleed waren met vacht en met klittenband bevestigd konden worden.

Ook in 1990 wordt door Casmir (1990) nog genoemd dat vette watten gebruikt kunnen worden tegen decubitus, echter dit wordt alleen binnen het kader van decubitus genoemd met betrekking tot gipsverbanden. Na 1990 wordt het toch echt afgeraden om nog vette watten met zwachtels te gebruiken bij decubitus. De verbanden blijven vaak veel te lang zitten en de decubitus kan niet worden geïnspecteerd op veranderingen en bovendien moet de verpleegkundige er veel tijd in steken (R. van den Peet, 1990). Spieker (1999) zegt tevens dat de bloedtoevoer door de zwachtels wordt beperkt, ook kan de huid broeierig worden waardoor deze snel kapot gaat. Nies (2002) zegt dat de vette watten na verloop van tijd hard worden zodat de druk juist toeneemt.

Ook wordt er later in Engeland bedacht om tijdens operaties een voetensteun te gebruiken die hieldecubitus kan voorkomen. Deze voetensteunen waren gemaakt van polyurethaan en hadden een

groot positief effect. De decubitusprevalentie tijdens en na operaties ging van zeven procent naar 0 procent.

In 2011 komt Nursing met een artikel die uitlegt hoe de hielen nou eigenlijk wel beschermd kunnen worden voor decubitus. De hielen moet vrij gelegd worden van het matras door de kuiten op een kussen te leggen. Dat is de enige effectieve manier om hieldecubitus te voorkomen samen met wissellegging (Groetelears, 2011).

Beëindiging

Vanuit de Consensus Commissie die in 1992 wordt gehouden wordt bekendgemaakt dat het toepassen van vette watten en zwachtels bij decubitus niet meer is toegestaan (C.J.A. Wolfswinkel-de Jong, 1995). In deze consensus bijeenkomst worden nog wel de hielbeschermers aangeraden die met druk ontlastend materiaal zijn bekleed, zoals pantoffels bekleed met schapenvacht. Deze worden nog lang daarna in gebruik genomen. Fabrikanten pakken deze aanbevolen handeling met beide handen aan en bedenken vele nieuwe soorten beschermers. Maar deze worden uiteindelijk toch afgeraden (ProHeel 2002).

4.1.4 Massage

Inleiding

Het woord 'massage' vindt zijn oorsprong in verschillende talen. Zo gelooft de één dat het is afgeleid van het Griekse woord "massein", wat kneden betekend. De ander gelooft dat massage is afgeleid van het Arabische "mass", wat drukken betekend. Een derde gelooft dat massage zijn oorsprong vindt in het Hebreeuwse woord "maschesch", wat betasten betekend (Breemen, 1908).

Toepassing van het 'ritueel' massage

Er zijn verschillende basisvormen van massage. Trenité noemt in 1895 de volgende drie gebruikte vormen van massage: wrijven, kneden en kloppen. Het wrijven is het al of niet sterk drukkend wrijven met de vlakke hand. Kneden is het met beide handen oppakken van een huidplooi of een spier, waarna vervolgens krachtig wordt gedrukt en/of gekneed. Bij het kloppen plaatst men beide handen op hun kant op het te behandelen lichaamsdeel en klopt men dit lichaamsdeel alsof ze het willen doorhakken (Trenité, 1895). In 1908 veranderde Trenité (1908) de massagemethode kloppen in hakken. De methode is hierbij wel gelijk gebleven.

Men dacht altijd dat massage door iedereen toegepast kon worden. Van Breemen plaatste hier een kanttekening bij. Hij zegt het volgende over het toepassen van massage: *'Iemand die "handig" is, doet het bijna vanzelf goed; een onhandige leert het zeker niet, al leest hij alle 10 pagina's door, die Duitse boeken daaraan meest besteden.'* (Breemen, 1908). Hij bedoelt hiermee dat massage niet alleen een handeling is die aangeleerd kan worden. Je kan het of je kan het niet. Van Breemen (1908) is de eerste die aangeeft dat verpleegsters geen lokale massages horen te geven.

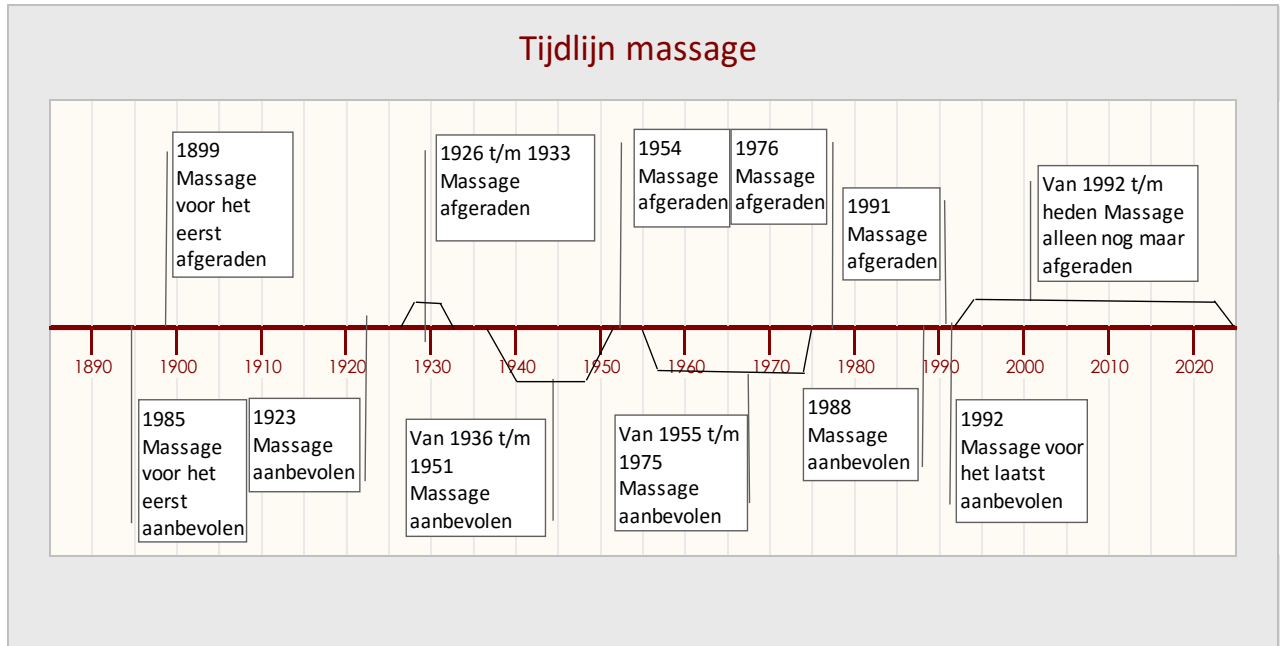
Massage leek een methode die goed helpt tegen allerlei kwalen. Verschillende medici hebben geprobeerd een verklaring te geven van het nut van massage op verschillende ziekteprocessen. In 1908 gaf van Breemen aan op welke punten massage een positieve invloed zou hebben. Zo zou massage de circulatie bevorderen. Massage werkt als drukpomp en als zuigpomp, doordat het bloed zich verplaatst door een massage. De verbetering in de circulatie, kan erg belangrijk zijn. Zonder voldoende bloedaanvoer en -afvoer zou er namelijk geen goede celvoeding mogelijk zijn. De stofwisseling van de cel zal dus verbeteren door het toepassen van massage. In zieke toestand kan het voorkomen dat het bloed zich op bepaalde plaatsen zeer traag voortbeweegt. Van Breemen geeft in zijn boek aan dat er goede resultaten worden gezien wanneer massage wordt toegepast bij dreigend gangreen en ulcus cruris. Logischerwijs zou massage ook bij decubitus een positieve uitwerking moeten hebben. Massage zou een geschikte methode zijn voor bedlegerige patiënten, omdat er zonder inspanning van de patiënt, dus zonder energieverlies, de bloedstroom verbeterd kan worden. Het tweede punt waar massage een positieve invloed op heeft, is het zenuwstelsel. Door een prikkel uit te oefenen op de duizenden uiteinden van de perifere zenuwen in de huid kan er door massage invloed worden uitgeoefend op de toestand in de hersenen. Het derde punt wat van Breemen noemt, is het feit dat massage zorgt voor een snellere resorptie van vloeistoffen. Deze resorptie kan met 50% worden vermeerderd. Van Breemen noemt als voorbeeld het lymfe vocht dat uit een ontstoken deel kan druppelen. Door middel van massage kunnen deze druppels tot een stroom worden gevormd.

Massage kan de vermoeidheid van spieren of groepen van spieren verminderen of zelfs geheel wegnemen. Een gezonde vermoeide spier kan in korte tijd weer tot werken geschikt worden gemaakt. Ook kan massage een spier na verlamming weer zonder invloed van de zenuwen tot contractie brengen. Het laatste punt wat van Breemen noemt is de stimulerende invloed op de hartwerking. Bij massage zouden stoffen uit de spieren worden geperst, die deze stimulerende invloed op het hart hebben.

Door de jaren heen is men na gaan denken over degene die massage mag uitvoeren bij decubitus. In 1907 wordt hier voor het eerst over geschreven. In een leerboek voor de ziekenverpleging wordt

geschreven dat massage bij decubitus tot zo'n samengestelde techniek was ontwikkeld, dat de grootte meerderheid van de geneesheren zich deze behandelingswijze niet hadden toevertrouwd. De verpleging zou dan absoluut ongeschikt zijn. Dit was voor Eduard Stumpff een reden om de verschillende methoden van massage niet toe te lichten in het lesboek voor ziekenverpleging. De verpleging zou alleen mogen masseren bij verstijfde spieren. Massage bij decubitus mocht alleen worden toegepast door bekwame geneesheren (Stumpff, 1907). In 1967 wordt geschreven dat alleen een deskundig masseur een massage mag geven ter behandeling van decubitus (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde). Ook in 1970 wordt er geschreven dat er alleen door een bekwame fysiotherapeut gemasseerd mag worden (Tijdschrift voor Ziekenverpleging).

Tijdlijn



Massage wordt al eeuwen lang toegepast. In het heilig Indisch geschrift, de Vedas, van ongeveer 1800 v. Chr., werd massage al genoemd. Ook op het Akabasterreliëf uit Ninivé zijn massage-handgrepen terug te vinden die vroeger in Assyrië voorkwamen. Uit onderzoeken in de piramiden bleek dat ook de Egyptenaren al massage toepasten. In Fenicië was er zelfs een beroemde masseur, Elix genaamd. Ook wordt massage al vroeg in de geneeskunde gebruikt. Zo maakten de Grieken en Romeinen gebruik van massage voor therapeutische doeleinden. Hippocrates besprak in ongeveer 400 v. Chr. het nut van fricties bij verstuikingen, terugggeplaatste luxaties, constipatie, et cetera. In het begin van de jaartelling maakte de beroemde geneesheer Aselepiades veel gebruik van algemene en lokale massages.

Massage verdween langzaam uit beeld toen het christendom zijn opmars maakte. Er wordt aangenomen dat de neiging tot het mystieke, de afschuif voor het naakte lichaam en de verwaarlozing van het fysieke zeker een rol hebben gespeeld bij het verdwijnen van massage. In het begin van de 17^e eeuw kwam massage weer tevoorschijn doordat Lord Bacon van Verulam op het nut van massage wees. Lord Bacon van Verulam was een Engelse filosoof, staatsman, advocaat, jurist, auteur en met name een pionier van de wetenschappelijke methode (Breemen, 1908).

Aan het eind van de 19^e eeuw werd massage pas methodisch gebruikt. De wetenschap had meer aandacht voor massage en dit maakte dat massage algemener werd toegepast. Massage werd ook steeds bekender door literatuur en het ontstaan van het beroep masseur. Elke arts begon massage

toe te passen en zij verwachten ook van hun eigen verpleegkundigen dat zij de gewone handgrepen konden gebruiken (Trenité, 1895).

Na het onderzoeken van literatuur uit verschillende perioden, blijkt dat de toepassing van massage bij decubitus veel veranderingen heeft doorgemaakt. Dit heeft vooral te maken met de middelen die worden gebruikt bij het masseren. Ook blijkt dat massage soms ook wel wrijven wordt genoemd. Dit is alleen niet altijd het geval. Uit een duidelijke beschrijving van dit 'wrijven' blijkt dat men het wel degelijk over massage heeft. In het Tijdschrift voor Ziekenverzorging (1923) werd geschreven dat men 's ochtends en 's avonds na het wassen de huid enige minuten moet wrijven. Hier staat bij dat dit een geringe massage is, waarbij een levendige circulatie in de huid ontstaat.

In 1936 werd beschreven dat de huid versterkt moest worden door de bedreigde plaatsen in te wrijven met 70% alcohol, kamferspiritus of spiritus vini. Hierbij wordt genoemd dat het wrijven de bloedsomloop in hoge mate bevordert. De medicamenten zouden de huid moeten harden. Na het wrijven moest de huid gepoederd worden met talcum venetum. Dit poeder gaat sterke uitdroging tegen (Schokking).

In 1951 wordt aangeraden de huid niet in te wrijven met kamferspiritus, maar de huid te wassen met kamferspiritus. Vervolgens wordt de huid gewreven en gemasseerd om te zorgen dat de huid goed gevoed blijft (Bierhorst, 1951). In het leger werd in 1955 aangeraden de stuit te wassen met koud water, goed te masseren met kamferspiritus tot de huid goed droog is en daarna te poederen (Minister van Oorlog, 1955). De behandeling van decubitus met massage verandert dus door de jaren heen met kleine aanpassingen.

In sommige gevallen is het niet duidelijk of men het over massage of licht wrijven heeft. Zo wordt er in 1962 in een lesboek geadviseerd de huid regelmatig te wassen met koud water, goed na te wassen en drogen. De drukplaatsen moeten in worden gewreven met alcoholhoudende vloeistof, waarna luchtig gepoederd moet worden. In dit geval is niet duidelijk of er met het wrijven, massage wordt bedoeld (Moolen). In de nieuwe druk van dit lesboek is een aanvulling toegevoegd. In plaats van de zojuist genoemde methode past men ook wel een lanoline-crème behandeling toe, die de veel gewassen huid haar normale vetgehalte doet behouden. Welk middel er wordt gebruikt is niet het belangrijkste. Wel zegt het lesboek dat het belangrijk is hoe het middel wordt aangewend. Het gaat er namelijk om dat de huid ter plaatse goed wordt gemasseerd om de bloedcirculatie te bevorderen (Moolen J. v., 1968). In 1975 wordt deze methode ook aanbevolen aan ziekenverzorgenden (Bilderbeek, 1975). In 1988 wordt er naast de bevordering van de circulatie nog een andere positieve uitwerking genoemd van massage bij decubitus; de vermindering van oedeem. Na het aanbrengen van lotion zou te huid gemasseerd moeten worden om de circulatie te bevorderen en oedeem te verminderen (Hamilton, 1988).

In 1992 wordt massage voor het laatst aanbevolen (Vilain). Vilain geeft aan dat het doeltreffender is om enkele malen per dag massage toe te passen dan de hielen te zwachtelen. Dit zou een betere tijdsbesteding zijn. Na 1992 is er geen literatuur meer gevonden dat massage bij decubituszorg aanbeveelt. De gevonden literatuur wijst massage bij decubitus juist af.

Beëindiging

Al in 1899 wordt massage voor het eerst afgeraden. Zo schreef Salzwedel (1899) in het Leerboek der ziekenverpleging: *'In geen geval mag zelfs de daarin geoefende verpleegster, zonder medische verordening, masseeren, daar zij waarschijnlijk den toestand er eer erger dan beter door zou maken.'* Men zag in dat massage kwaad kon, wanneer het niet goed uitgevoerd werd. Ook in 1908 wordt dit maal door van Breemen benadrukt dat massage niet 'zo maar een beetje wrijven' is, maar dat er daadwerkelijk veranderingen in het organisme tot stand kunnen worden gebracht. Van Breemen

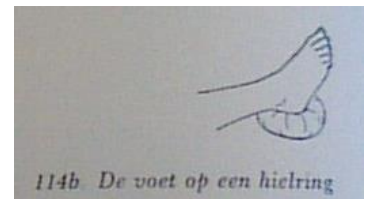
vindt dat massage goed gedaan moet worden, of helemaal niet toegepast moet worden. 'Baat het niet, schaadt het niet' is hier volgens hem niet van toepassing. Door een slecht toegepaste massage lijdt de patiënt aan tijd en geld, blijft hij langer ziek blijft dan nodig is en wordt niet spoedig tot een deskundige behandeling overgegaan (Breemen, 1908). Dit is nog geen goed onderbouwde reden om massage af te raden. In 1926 wordt benoemd dat men met massage de hand ziektekiemen mee de huid in wrijft (Het groene en witte kruis). In het Tijdschrift voor Ziekenverpleging (1984) wordt beschreven dat massage niet gericht is op de oorzaak van de decubitus. Massage doet niets aan de druk- of schuifkracht waardoor decubitus wordt veroorzaakt. Hierdoor zou massage ook weinig efficiënt zijn. Massage zou ook beschadiging en ontvelling van een zwakkere huid kunnen veroorzaken. In Verpleegkunde Nieuws werd daarom aanbevolen om crèmes kloppend aan te brengen in plaats van deze in te masseren (Verpleegkunde Nieuws, 2005). In 2006 wordt massage bij decubitus een nutteloze maatregel genoemd. De reden die genoemd wordt, is dat massage de onderliggende weefsellaag nog meer kan beschadigen (Abrahamse, 2006).

Massage ter behandeling of preventie van decubitus zou tegenwoordig niet meer gebruikt moeten worden. De kans is echter erg groot dat er nog steeds gebruik wordt gemaakt van massage bij decubitus. Nog altijd is de verpleging geneigd gebruik te maken van zalf of crème. Het verschil tussen het inwrijven van zalf of het inmasseren van zalf is klein. De kans is groot dat men masseert in plaats van wrijft wanneer men zalf of crème aanbrengt (Breemen, 1908).

4.1.5 Hielringen

Inleiding

Hielringen zijn kleine (ronde) kussentjes met een gat in het midden, die bij (dreigende) decubitus aan de hielen werden gebruikt om de hielen vrij te leggen. Door het gat in het midden van het kussentje hebben de hielen geen contact met de ondergrond (*Figuur 2*), de hielen 'zweven' dan boven het bed. Op deze manier wilde men de hielen ontlasten van druk, en de huid beschermen tegen decubitus.



Figuur 2

In de eerste Nederlandse verpleegkunde boeken, staat al geschreven over de hielring (Meijer, Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers, 1848) & (Hulshoff, 1895). Hierin wordt aangegeven dat naast de stuit en heupen ook de hielen risicoplakten zijn om decubitus op te ontwikkelen. Om dit te voorkomen werd gebruik gemaakt van opgevouwen doeken of platte luchtkussens die onder de kuiten werden gelegd. Hierdoor zweven de hielen en wordt de druk opgeheven of verminderd, wat de kans op decubitus verkleint. Wanneer de hielen rood en pijnlijk waren of de decubitus al zichtbaar was, dan ging men over op gebruik van hielringen.

“Zijn echter de hielen steeds rood en pijnlijk, of wel gewond, dan legt men dezelve in kleine zacht lederen, met vederen gevulde en met fijn linnen overtrokkene ringen.” (Meijer, Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers, 1848)

Tegenwoordig is deze methode van decubituspreventie al lang achterhaald, maar hoe heeft deze methode zich ontwikkeld door de jaren heen?

Toepassing van het 'ritueel' hielringen

Een hielring werd met de hand gemaakt door de verpleegster. Een verpleegster moest een hielring zelf maken omdat bij het geven van een hielring er goed op gelet moest worden dat de juiste maat gebruikt werd (Meijer, Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers, 1848) & (Nolst-Trenité, 1908). Een ring mocht niet te klein en ook niet te groot zijn.

'Zoodanige ringen moeten de oppasser zelf naaijen en bij het onderleggen daarop letten, dat zij noch te wijd noch te naauw zijn, maar juist zóó, dat de hiel er in passe, en het achterste deel zweve en het bedelaken niet aanrake' (Meijer, Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers, 1848).

Meijer (1848) beschrijft dat een hielring gemaakt moet worden van zacht leer gevuld met veren en omwikkeld met fijn linnen. Hierdoor zou de ring zacht zou aanvoelen en de patiënt nog redelijk comfortabel kunnen liggen. Hulshoff (1895) schrijft dat een hielring gemaakt moet worden van twee ringvormige stukken linnen opgevuld met paardenhaar, houtwol of zeegras. Hierbij werden twee stukken linnen, in de vorm van een ring, aan elkaar genaaid en opgevuld met paardenhaar, houtwol of zeegras.

Zo beschrijven Nolts-Trenité (1908), Heyl (1953) en Geuzenbroek (1958) dat decubitus aan de hielen, ellebogen en oren kan worden voorkomen door gebruikte watten omwikkeld met zwachtels of linnen. Bussy-Kruysse (1910) en Gezelle (1929) geven in hun boeken aan dat decubitus

het best kan worden voorkomen door gebruik te maken van kleine windringen. Ter bescherming van de hiel en elleboog werd gebruik gemaakt van kleine windringetjes, en ter bescherming van het achterhoofd werd een halfcirkelvormig windkussen gebruikt om decubitus tegen te gaan (Bussy-Kruyssen L. d., 1910). Moolen (1968) zegt in zijn boek dat naast het gebruik van vette watten en zwachtels, ook gebruik gemaakt kan worden van schuimrubberkussentjes die de druk van de hielen wegnemen of verminderen. Dit waren blokken of cirkels van schuimrubber waarbij in het midden een stuk was uitgehold waar de hiel in kon rusten.

In de periode van 1908 tot 1977 werden de meeste hielringen gemaakt van vette watten (Geuzebroek, 1958) omwonden met zwachtels, (Nolst-Trenité, 1908) (Heyl, Decubitus, 1953) netverband (Boersma, 1971) of een tricot-kous (Gezelle-Meerburg, 1935). Deze werden ook in deze periode nog door de verpleegkundigen gemaakt om deze op de juiste maat te verkrijgen voor de patiënt.

Naast het gebruik van de hielringen van watten, werd in deze periode dus ook veel gebruik gemaakt van kleine windringetjes (Bussy-Kruyssen L. d., 1910) (Gezelle Meerburg, 1929). Windringetjes werden vanaf 1985 vooral gemaakt van getah-pertja (Hulshoff, Ziekenverpleging, algemene voorschriften, 1895). Getah-pertja is materiaal gemaakt van bladeren (palaquium). Een belangrijke eigenschap van dit materiaal was dat het bij verwarming gekneet kon worden en alle mogelijke vormen aan kon nemen. Wanneer dit materiaal afkoelt behoudt het de vorm waarin het gekneet werd. Daarnaast is getah-pertja niet kleverig en ook niet elastisch (Caoutchouc en Gutta Percha, 1900). Ideaal materiaal om als windring te gebruiken, omdat het bij opwarming de vorm van de patiënt aan neemt en het hierdoor iets aangenamer was om hier op te moeten zitten of liggen. Het nadeel van dit materiaal was dat het relatief duur was en hierdoor niet voor iedereen mogelijk was om aan te schaffen (Caoutchouc en Gutta Percha, 1900).

In 1976 wordt in het boek 'Algemene verpleegkunde' (Bergh-Braam A. v., 1976) geschreven over kunststofschuim om de druk op de hielen weg te nemen. Er wordt verder niet ingegaan op de vorm van dit materiaal en hoe dit toegepast werd, maar in 1986 wordt in het boek 'De verpleging bij wervel- en ruggenmergletsels' (Stevens, 1986) ook geschreven over schuimrubberblokken. Schuimrubber blokken werden uitgehold, zodat in het midden een opening was waarin de hiel kon rusten en werd ontlast van druk (Figuur 3). De werking hiervan komt op hetzelfde neer als de hielring, alleen wordt er ander materiaal gebruikt.

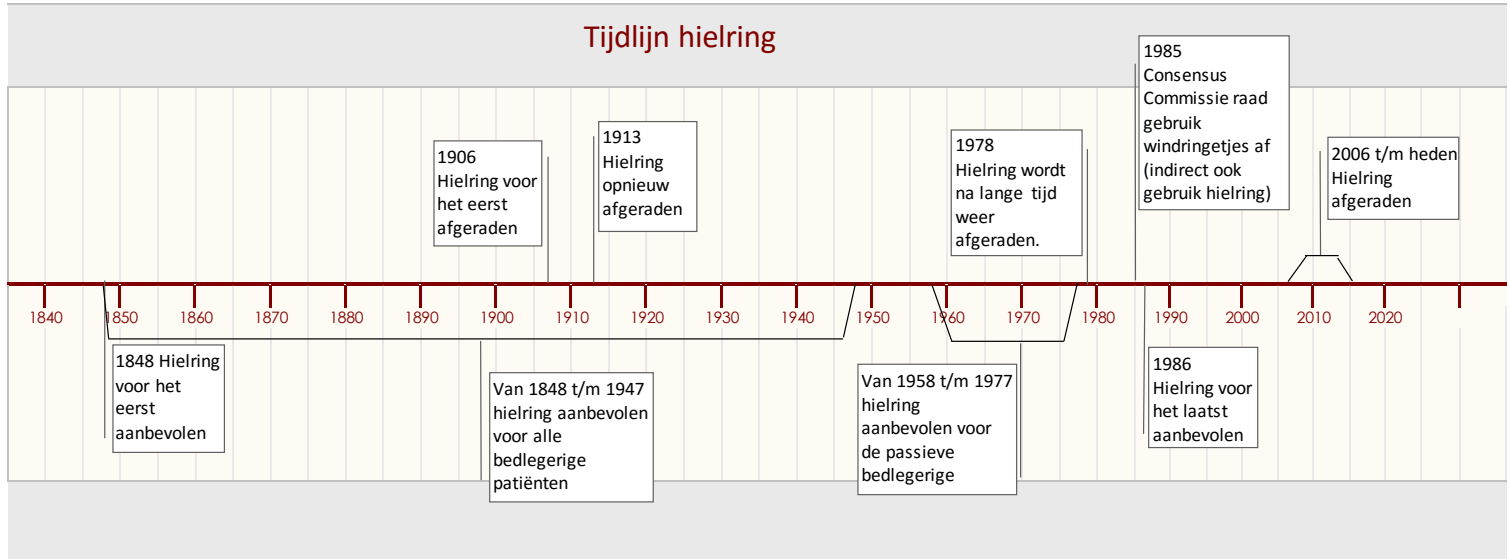


Figuur 3

Hielringen werden in eerste instantie gebruikt bij alle patiënten die bedlegerig waren en (een verhoogd risico op) decubitus hadden. Een nadeel van het gebruik van hielringen bij patiënten die nogal bewegelijk waren, was dat de hielringen na verloop van tijd overal in bed te vinden waren (Bergh-Braam A. v., 1976). Om deze reden werd in 1953, in het Tijdschrift voor ziekenverpleging (Heyl, Decubitus, 1953), aangeraden om alleen gebruik te maken van hielringen bij patiënten die geen onwillekeurige reflectorische bewegingen maken. Vanaf 1958 werd ook in de lesboeken vermeld dat het gebruik van de hielring alleen nut had bij patiënten die heel stil liggen, de passieve patiënten (Geuzebroek, 1958) (Moolen J. v., 1968) (Boersma, 1971).

Tijdlĳn

Omdat er voor 1848 nog geen boeken werden uitgebracht voor ziekenverzorgenden en verpleegsters, is niet te achterhalen hoe lang de hielringen al worden gebruikt. Hoogst waarschijnlijk werden de hielringen ook al in de thuissituatie gebruikt door de huisvrouwen, moeders en ziekenverzorgsters, die de zorg voor de zieken op zich namen.



Eduard Stumpff, geneesheer-directeur van het Binnengasthuis te Amsterdam, schrijft in zijn boek 'Voorlezing over ziekenverpleging' (1906) dat decubitus aan de hiel nogal eens voor kwam. Ondanks dat in andere verpleegkunde boeken de hielingen worden aanbevolen, wijst Stumpff duidelijk op het gevaar van de hielring. Hij schrijft het volgende in zijn boek:

'Decubitus aan den hiel is niet zoo heel zeldzaam; het moet zoo noodig door u voorkomen worden door weder den druk op den hiel op te heffen, vergeet dan echter niet, dat een ring onder den voet ten eerste zeer ongemakkelijk is en bovendien zeer weinig helpt, daar de achillespees nog slechter bestand is tegen druk dan de achterzijde van de hiel zelf. Een ringverband laat den hiel wat bijtrekken, doch bedreigt zeer spoedig de hielpees'. (Stumpff J. , 1906)

Hier geeft Stumpff aan dat een hielring er wel voor kan zorgen dat de hiel wordt ontlast van druk en kan genezen, maar dat de hielring ook in rap tempo de achillespees kan beschadigen. Helaas geeft Stumpff in zijn boek geen 'vervangende' methode aan, die decubitus aan de hiel kan genezen of te voorkomen.

Ondanks de waarschuwingen van Stumpff in zijn boek 'Voorlezing over ziekenverpleging' (1906), en de herhaling van deze stof in de 4^e druk van dit boek in 1913 (Stumpff, 1913), wordt niet verder in gegaan op de nadelige effecten van de hielring. De boeken die hierna volgen raden de hielringen nog steeds aan als preventief hulpmiddel en behandelmethode om decubitus te voorkomen en genezen.

Tot 1947 werd bij rode en pijnlijke hielen alléén gebruik gemaakt van hielringen. Maar tijden veranderden en in 1947 werd in het 'Leerboek voor ziekenverpleging' (Balen, 1947) aanbevolen dat naast het gebruik van de hielring, het ook goed was om afwisselend gebruik te maken van een hielverband of extra kussen onder het been waardoor de hielen zweven. Een hielverband helpt door

het dragend oppervlak van de hielen te vergroten waardoor de druk beter wordt verdeeld en de kans op decubitus kleiner wordt. Door een kussen onder de benen te leggen, zweven de hielen en worden de hielen ontlast van de druk. Een kussen onder de onderbenen is dus de simpelste manier om de hielen vrij te leggen (Spieker, 2004).

Ook wordt door Balen (Balen, 1947) aanbevolen om wisselgigging uit te voeren. Wisselgigging werd niet alleen aanbevolen voor de hielen maar voor alle drukplaatsen die, bij een langdurige zelfde houding, worden belast. Ook in het boek 'Algemene en medische verplegingstechnieken' (Comite verpleegsters, 1958) staat beschreven dat, naast het gebruik van de hielringen en kleine windringetjes, wisselgigging moest worden toegepast. Deze wisselgigging moest om de 3 uur plaats vinden voor het juiste effect en om zo decubitus te voorkomen.

De ontwikkelingen binnen de decubituszorg blijven door gaan, en zo ook bij het gebruik van de hielring. Bouwhuizen (1972) schrijft in zijn boek 'Verpleegkunde' niet meer over de hielring, maar over een elastisch teenloos sokje, waarbij op de plaats van de hiel kunststofschuim is ingeweven (Figuur 4). Het kunststofschuim in dit sokje, zorgt ervoor dat de druk op de hiel beter wordt verdeeld, waardoor de drukplaatsen van de hiel deels van de druk worden ontlast. Hierdoor is de kans op decubitus een stuk kleiner. Door gelijkmatige verdeling van de druk, is de kans dat er decubitus ontstaat op andere plaatsen van de voet/enkel ook een stuk kleiner dan bij het gebruik van de hielring. Dit omdat bij de hielring de druk wordt verplaatst naar een klein oppervlak van de voet en, zoals Stumpff (1913) al begin 20^e eeuw aangaf, hierbij de kans op beschadiging van de achillespees erg groot is.



Figuur 4

In 1975 wordt voor het eerst, na de waarschuwingen van Eduard Stumpff die al in 1913 kwamen, gesproken over de gevaren van de hielring. In het 'Tijdschrift voor ziekenverpleging' staat een artikel waarin het volgende wordt geschreven:

'De nog veel gebruikte ringen onder de hielen, zijn op zich vaak een oorzaak van decubitus. Beter is de hiel vrij te leggen door middel van een kussen onder het been en voetbord.'

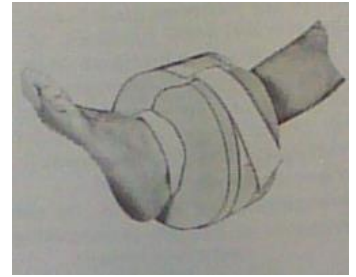
(Stichting revalidatiecentrum, 1975)

Deze waarschuwing, die 62 jaar na de waarschuwing van Eduard Stumpff kwam, lijkt in eerste instantie nog niet heel veel effect te hebben op het gebruik van de hielring. Tot 1978 wordt het gebruik van de hielring nog altijd aangeraden in de lesboeken. In 1978 komt uiteindelijk ook een waarschuwing voor het gebruik van de hielringen in de lesboeken naar voren. Hardy (1978) schrijft in zijn boek 'De verpleging bij wervel- en ruggenmergletsels' dat hielringen gevaarlijk kunnen zijn, doordat het hele gewicht van het been daarbij door een klein gebied wordt gedragen. Dit maakt de kans op beschadigingen op andere plaatsen van de voet en enkel een stuk groter.

In 1986 wordt voor het laatst geschreven over het gebruik van de hielring in het lesboek van Stevens; 'Verpleegkundige zorg 1' (1986). Hierna wordt er in geen enkel lesboek, werkboek of tijdschrift nog aanbevolen om gebruik te maken van de hielring, er wordt vanaf nu alleen nog voor gewaarschuwd.

Hielringen worden niet meer aanbevolen, maar de ontwikkelingen blijven door gaan. Zo schreef Schut in haar boek 'Verpleegkunde voor verzorgenden 1' over middelen die de hiel zwevend houden, een enkelring. Deze ring zorgde ervoor dat de voet boven het bed zweefde, waardoor de hielen

worden ontlast van druk. Toch kwam deze methode maar één keer naar voren in de onderzochte werk- en lesboeken. Waarschijnlijk komt dit doordat de enkelring (Figuur 5), net als bij de hielring, de druk verplaatst naar een relatief klein oppervlak. Een oppervlak die toch het hele been moet dragen.



Figuur 5

Beëindiging

Eduard Stumpff (1906), geneesheer-directeur Gasthuis Amsterdam, schrijft voor het eerst over de gevaren van de hielring. Dit gebeurde al in 1906 wanneer hij het volgende schrijft in zijn boek 'Voorlezing over ziekenverpleging':

'Decubitus aan den hiel is niet zoo heel zeldzaam; het moet zoo nodig door u voorkomen worden door weder den druk op den hiel op te heffen, vergeet dan echter niet, dat een ring onder den voet ten eerste zeer ongemakkelijk is en bovendien zeer weinig helpt, daar de achillespees nog slechter bestand is tegen druk dan de achterzijde van de hiel zelf. Een ringverband laat den hiel wat bijtrekken, doch bedreigt zeer spoedig de hielpees.'

(Stumpff J. , 1906)

Hiermee bedoelt Stumpff te zeggen, dat het gebruik van de hielring meer schade aanricht dan dat het goed doet. Doordat de druk van de hiel wordt verplaatst naar de achillespees is het risico groot dat deze hierdoor wordt beschadigd waarmee een nieuw probleem zich voordoet.

Ondanks de waarschuwingen van Eduard Stumpff in 1906 en in 1913, wordt de hielring nog lange tijd aanbevolen in de verschillende lesboeken en tijdschriften. Pas in 1975 wordt opnieuw gewaarschuwd voor het gebruik van de hielring in het tijdschrift voor ziekenverpleging (Stichting revalidatiecentrum, 1975). Vanuit de lesboeken komt de eerste waarschuwing weer in 1978 van Hardy in zijn boek 'De verpleging bij wervel- en ruggenmergletsels' (Hardy A. G., 1978).

De laatste aanbeveling voor het gebruik de hielring komt naar voren in het boek 'Verpleegkundige zorg 1' van Stevens (1986). Hierna wordt de hielring niet meer aanbevolen in de literatuur, maar alleen nog maar afgeraden door de verschillende tijdschriften en lesboeken.

Na de komst van de Consensus Commissie in 1985 (Hanraets, 1994), lijkt er ook snel een eind te komen aan het gebruik van de hielring. Na deze eerste bijeenkomst is een lijst opgesteld van maatregelen die zinvol zijn, maatregelen die in individuele gevallen zinvol kunnen zijn en maatregelen die niet zinvol zijn. De Consensus Commissie raad in 1985 het gebruik van de windring af, waarmee dus ook (indirect) het gebruik van de kleine windringen, die werden gebruikt voor de hielen, werden afgeraden (Bakker, 1985). Over hielringen wordt niet gesproken binnen de teksten van de Consensus Commissie, maar omdat de werking op de zelfde manier berust als bij de kleine windringetjes en hierover niet meer wordt geschreven in de literatuur kan er vanuit worden gegaan dat er definitief een einde is gekomen aan het gebruik van de hielringen.

Ook lijkt de start van de opleiding verplegingswetenschappen begin jaren '80 (Florence Nightingale Instituut, 2007) en daarmee dus ook het begin van het Evidence Based Practice (EBP)⁹ tijdperk zijn

⁹ EBP: Bij EBP wordt zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gekeken naar het gebruik van het beste (huidige) bewijsmateriaal. Hierbij wordt het bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is gebruikt bij het vormgeven van de beste behandelmethode. (Kuiper, 2012)

invloed te hebben op het gebruik van de hielring. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat het gebruik van de hielring achterhaald is omdat deze de druk op andere plaatsen van de voet verhoogd waardoor daar de kans op decubitus vergroot wordt.

Ondanks de waarschuwingen van Stumpff (1906), is er 79 jaar na de eerste waarschuwing een eind gekomen aan het gebruik van de hielring.

4.1.6 Met water gevulde operatiehandschoen

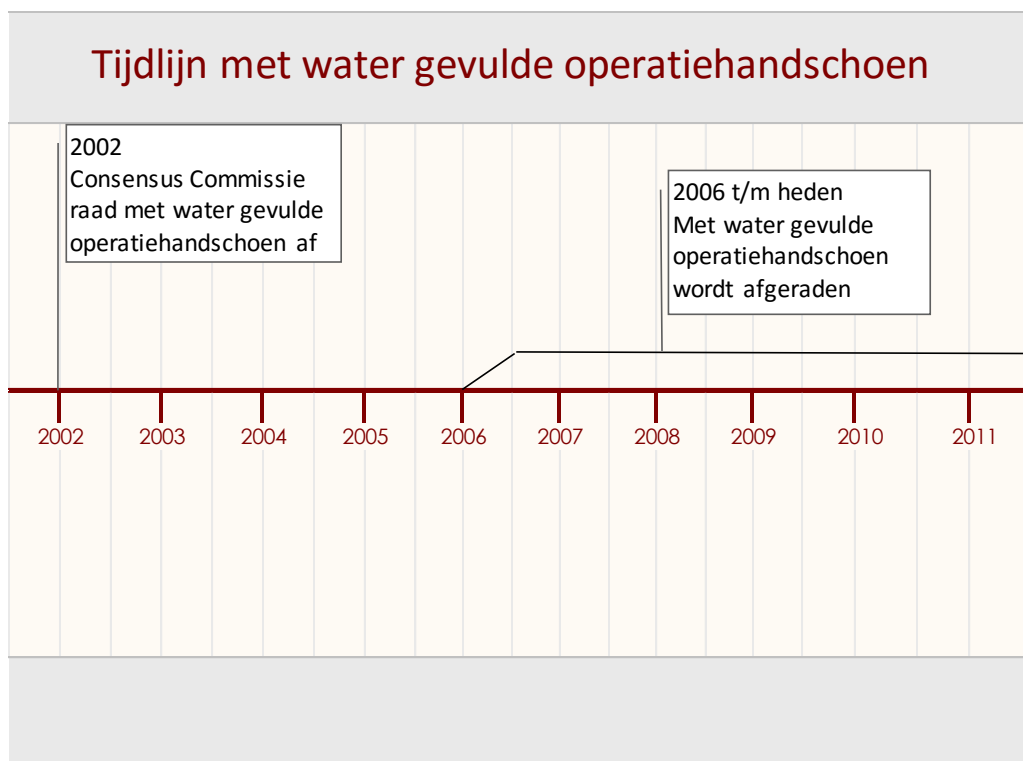
Inleiding

Een andere methode van decubituspreventie die waarschijnlijk rond dezelfde periode als de hielringen werd toegepast was het gebruik maken van operatiehandschoenen gevuld met water. Dit is niet met zekerheid te zeggen, omdat er in de les- en werkboeken niets geschreven staat over met water gevulde operatiehandschoenen. Slechts in twee tijdschriften komt deze methode van decubituspreventie naar voren, maar in beide tijdschriften wordt gesproken over de gevaren van de met water gevulde operatiehandschoen en niet over de aanbeveling hiervan. Hier van uit gegaan zou je kunnen concluderen dat de met water gevulde operatiehandschoen waarschijnlijk wel gebruikt werd, maar dat het een snelle, goedkope en onofficiële oplossing was. Waarschijnlijk was het een snelle, goedkope vervanging van de hielring die hierdoor niet werd vermeld in de les- en werkboeken.

Toepassing

In de onderzochte literatuur staat niet wat de precieze reden was van het gebruik van de met water gevulde operatiehandschoenen. Waarschijnlijk werd dit gebruikt met de gedachte dat de hielen hierdoor vrij van het bed lagen en dat de druk beter werd verdeeld door dat de voeten op het water rusten.

Tijdslijn van het 'ritueel' met water gevulde operatiehandschoen



In 2002 wordt een tweede herziening geschreven van de richtlijn 'preventie en behandeling decubitus', die is opgesteld door de Consensus Commissie in 1985 en 1992. In deze herziening wordt het volgende geschreven over het gebruik van met water gevulde operatiehandschoenen:

'Bij het gebruik van met water gevulde operatiehandschoenen komen de hielen weliswaar vrij te liggen van de onderlaag, maar komen ook de onderbenen vrij te liggen, waardoor juist hogere drukken op de hielen ontstaan.'

(CBO, 2002)

Na de waarschuwing van het CBO in de tweede herziening van de richtlijn 'preventie en behandeling decubitus', komen in de tijdschriften 'Verpleegkunde nieuws' (Spieker, 2006) en 'Nursing' (Groetelaers, 2011) nog waarschuwingen naar voren voor het gebruik van de met water gevulde operatiehandschoenen ter preventie van decubitus. In de Nursing van 2011 schrijft Groetelaers het volgende:

'Echte afraders zijn ook de met water gevulde handschoenen of katheterzakken onder de hielen: hierdoor verhoog je juist de druk op de hielen.'

(Groetelaers, 2011)

Beëindiging

Hoewel in de literatuur dus geen duidelijke aanbeveling te vinden is, werd de met water gevulde operatiehandschoen naar alle waarschijnlijkheid wel gebruikt ter preventie van decubitus. In 2002 lijkt voor het eerst gewaarschuwd te worden voor deze methode. Deze waarschuwing komt van het CBO in de tweede herziening van de 'preventie en behandeling decubitus' richtlijn (CBO, 2002). Er volgen nog een aantal herhalingen van deze waarschuwing in verschillende tijdschriften. Met deze laatste waarschuwingen uit de tijdschriften lijkt er ook een einde te zijn gekomen aan de preventiemethode 'met water gevulde operatiehandschoen'.

4.1.7 Ijzen en föhnen

Inleiding

Ijzen en föhnen is een bekend fenomeen onder de inservice opgeleide verpleegkundigen. Er werd gepropageerd dat ijzen en föhnen dé methode van decubituspreventie zou zijn. Was dit wel echt het geval? (Kleefstra, 2014).

Toepassing van het 'ritueel' ijzen en föhnen

Aan het begin van de twintigste eeuw werd er gebruik gemaakt van ijzen en van föhnen apart. Deze beide handelingen waren nog niet samengevoegd tot één handeling. In de eerste beschrijving van het voorkomen van decubitus door gebruikmaking van een föhn, wordt beschreven dat decubitus met succes kan worden behandeld en voorkomen door middel van een hete lucht-douche. Warme lucht zou een goede doorbloeding van een dreigende decubituswond bevorderen. Wanneer men een afgesloten vorm van warmte zou gebruiken, zoals een kruik, zou de huid vochtig en week worden. De kans op een wond is dan vele malen groter. Ook houdt de warme lucht die langs de huid stroomt de huid volkomen droog.

Wanneer er al sprake is van een open decubituswond, heeft het gebruik van warme lucht een uitdrogende werking. De bevordering van de bloedsomloop komt dan op de tweede plaats te staan. Een behandeling met warme lucht werd twee keer per dag toegepast, 10 minuten lang (Groene en witte kruis, 1926).

Een paar jaar later werd een behandeling met ijs beschreven. De huid werd twee keer per dag met een stukje ijs gewreven. Dit gebeurde erg voorzichtig, gedurende drie minuten ongeveer. Het afvloeiende water werd opgevangen in een bekkentje. Na de ijsbehandeling werd de huid afgedroogd en gepoederd (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1933). Ondanks dat deze ijsbehandeling wel bekend was, werd deze niet beschreven in de leerboeken. In het leerboek der ziekenverpleging werd alleen de föhnbehandeling genoemd (Balen G. v., 1947).

Pas jaren later werden de behandeling met ijs en de behandeling met de föhn tezamen gebracht (Bierhorst, Algemene ziekenverpleging, 1951). Bij de eerste tekenen van decubitus, begon men met de ijs- en föhnbehandeling. Er werd een glad stukje ijs, eenmaal uitsluitend langs de rand van de plek gestreken. Direct hierna werd de plek gedroogd met de warme föhn. Beide handelingen werden zo kort mogelijk toegepast, zodat er alleen sprake is van een prikkel (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1953).

Het door van der Moolen en Quanjer (1962) opgestelde protocol voor ijzen en föhnen ziet er als volgt uit:

“Het kan gewenst zijn dat er speciale behandelingen worden toegepast o.a. de ijs- en föhnbehandeling. Het doel van deze behandeling is de bloedcirculatie ter plaatse te bevorderen. Door eerst koude aan te wenden trekken de bloedvaten zich samen, daarna zullen de bloedvaten zich weer door de warme lucht verwijderen.

Klaarzetten:

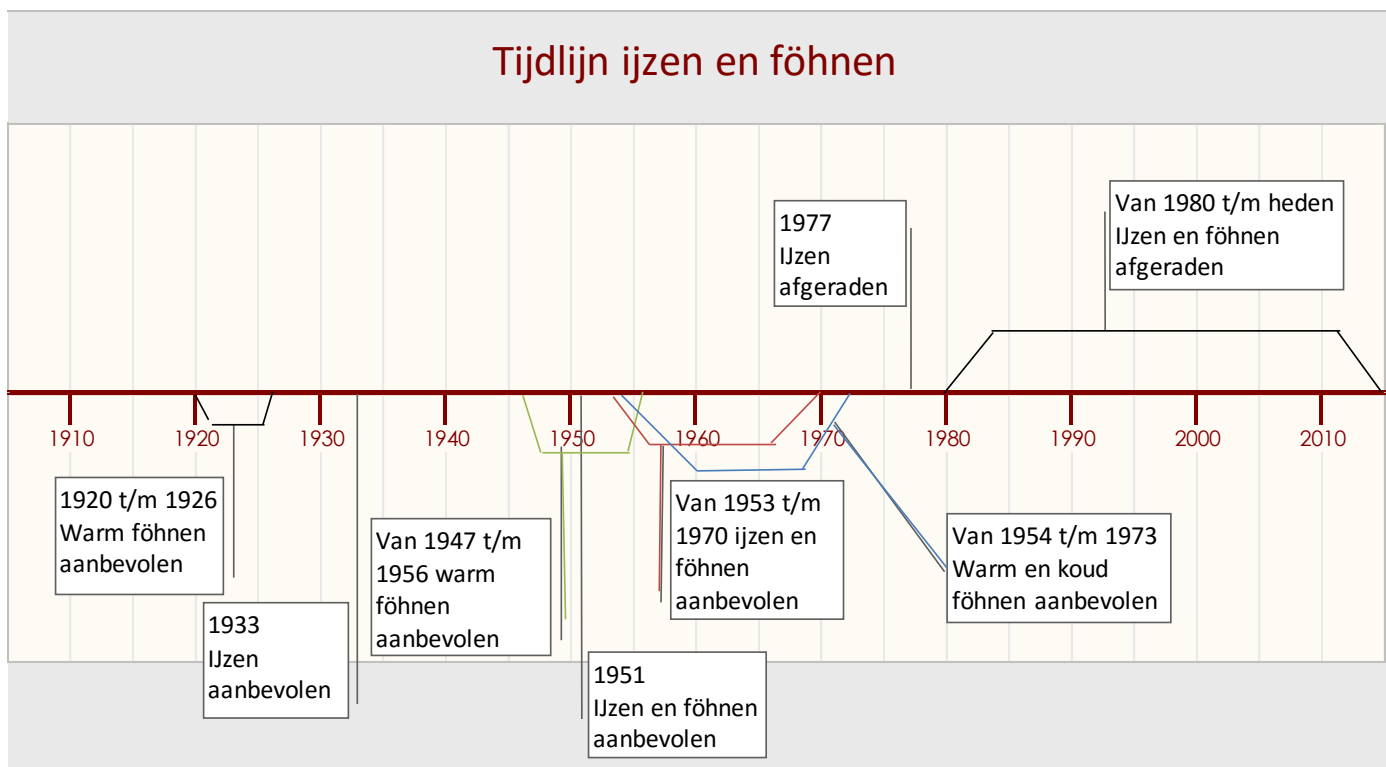
1. Alles voor stuitwassen;
2. Stukjes ijs in een daarvoor bestemd bakje;
3. Föhn ingeschakeld;
4. Bekken.

Werkwijze:

- Bij de patiënt is de stuit gewassen en hij ligt op de zij.
- De stuihanddoek dubbelgevouwen achter de patiënt neerleggen.
- Het bekken tegen de stuit op de handdoek.

- *Met een glad stukje ijs eenmaal heel langzaam over de rode plek (in de vorm van een 'Z'), of langs de wondrand wrijven.*
- *Het stukje ijs in het bekken doen.*
- *Het vocht voorzichtig weg deppen.*
- *Met de föhn de huid drogen en verwarmen; de föhn hierbij voortdurend heen en weer bewegen, daar het anders plaatselijk te warm wordt (eigen handrug ter plaatse gebruiken ter controle van de warmte).*
- *Het overige daarvoor in aanmerking komende lichaamsdeel wordt behandeld met kamferspiritus en poeder.*
- *Eventueel de decubitusplek hierna de voorgeschreven behandeling geven."*

Tijdlĳn



In 1926 wordt er door Dr. W. Beyerman voor het eerst geschreven over het gebruik van een föhn ter voorkoming en behandeling van decubitus. Hij gaf aan dat ondanks het feit dat niet iedere decubitusplek te voorkomen is, de resultaten toch zo goed waren dat elke afdeling van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort in het bezit was van een föhn. Er werd aangedrongen dat verpleegkundigen hier ook echt gebruik van maakten (Groene en witte kruis, 1926). Er werd in 1926 nog niet geschreven over een behandeling met ijs. Dit volgde in 1933. In het tijdschrift voor ziekenverpleging werd kort beschreven hoe de behandeling met ijs te werk gaat (1933). Pas in 1951 verschenen de behandeling met ijs en de behandeling met de föhn in een lesboek. Er is nog geen combinatie van beide handelingen gemaakt. De omgeving van een klein wondje of een verdacht rood vlekje moet met een stuk ijs gewreven worden. Ook kon de plek en de omgeving behandeld worden met hete lucht (Bierhorst, Algemene ziekenverpleging, 1951). In 1953 werd voor het eerst het 'ijzen en föhnen' beschreven als één handeling (Tijdschrift voor Ziekenverpleging).

Ondanks het feit dat het behandelen met ijs en met een föhn samengevoegd waren tot één handeling, werden de beide behandelingen ook nog steeds los van elkaar aanbevolen. Zo werd in 1954 aanbevolen om decubitus aan het oor te behandelen met afwisselend koude en warme lucht

(Tijdschrift voor Ziekenverpleging). In 1955 wordt ijzen en föhnen aanbevolen in het handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen. Wat opvalt, is dat in dit handboek een tekst is opgenomen uit het Tijdschrift voor Ziekenverpleging van 1953 (Minister van Oorlog, Handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen). In 1962 werd de combinatie van ijzen en föhnen voor het laatst echt aanbevolen door middel van een protocol. Dit protocol is eerder in dit hoofdstuk omschreven bij de toepassing van het ritueel ijzen en föhnen (Moolen J. v., Verpleegkunde; preklinische periode, 1962).

In één van de delen van het handboek der ziekenverpleging wordt in 1956 genoemd dat een behandeling met de föhn of infraroodlamp een krachtige ondersteuning kunnen zijn ter voorkoming van decubitus (Schokking). In 1958 werden een koude en warme föhnbehandeling en ijsmassage los van elkaar genoemd (Algemene en medische verplegingstechnieken). Ook in 1970 werd een föhnbehandeling los van een ijsbehandeling beschreven. Behalve het wassen, poederen en de wisselliging die toen werden aanbevolen, werd ook een föhnbehandeling aanbevolen. Men nam aan dat door het wisselen van koude en warme lucht een betere bloedsvoorziening van het gewonde gebied werd opgewekt (Bloem, Verpleegkunde voor ziekenverzorgenden, 1970). In 1973 werd het volgende protocol voor een föhnbehandeling opgenomen in het leerboek 'Verpleegkunde; Algemene verpleegkunde' (Hesmer-Quanjer):

“Het doel van deze behandeling is de bloedcirculatie ter plaatse te bevorderen. Door eerst koude lucht aan te wenden trekken de bloedvaten zich samen, daarna zullen de bloedvaten zich weer door de warme lucht verwijderen. Tevens wordt de huid tijdens deze behandeling intensief gedroogd.

Klaarzetten:

1. *Alles voor stuitwassen;*
2. *Föhn inschakelen.*

Werkwijze:

De stuit van de patiënt (die op de zij ligt) is gewassen. Met de föhn de huid nadrogen en verwarmen. De föhn hierbij voortdurend heen en weer bewegen, daar de betreffende plaats anders te warm wordt (eigen handrug gebruiken ter controle van de warmte). Daarna de föhn op koud zetten en op dezelfde wijze koude lucht aanwenden en daarna weer op warm.”

Beëindiging

Zoals in de tijdlijn terug te zien is, is men in de praktijk altijd verdeeld geweest over ijzen en föhnen. Er was al snel duidelijk dat afschaffing van ijzen en föhnen voor problemen zou zorgen. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1967) werd dit als volgt omschreven:

“Ijzen en föhnen - vele decennia lang een rituele handeling. Afschaffing hiervan brengt ons op slag op voet van oorlog met vele oudere in dit mooie vak vergrijsde verpleegsters. Vreest men dit, dan is het verstandig ermee door te gaan, want: “baat het niet - het schaadt ook niet”, en de decubituspreventie vraagt om een goede harmonie tussen arts en verpleegster. Om tijd te sparen valt het achterwege laten van deze handeling wel te overwegen.”

In 1970 wordt dit probleem nogmaals aangekaart. Ook hier werd gezegd dat wanneer het afschaffen van dit zeer geliefkoosde ritueel een conflict veroorzaakt met het verplegende personeel, men gewoon door moet blijven gaan met ijzen en föhnen. Het invoeren van al te veel vernieuwingen zou vooral bij oudgedienden in de verpleging op vele weerstanden stuiten. Men dacht dat een juiste dosering van nieuwe ideeën maakt, dat deze oudgedienden in de verpleging meestal ambitieus aan de gang gaan (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1970).

In 1984 werd ijzen en föhnen voor het eerst onderbouwd afgeraden. Ijzen en föhnen is wel verspreid, maar nooit bestudeerd. Het werken met ijzen en föhnen was in Vlaanderen en Nederland veel verspreid en werd door de meeste (zo niet alle) scholen voor verpleegkunde gepropageerd als dé methode van decubituspreventie. Sommige directies van ziekenhuizen financierden zelfs ijsblokjesmachines voor elke verpleegafdeling. Ondanks dat deze methode veel werd toegepast, is er erg weinig over gepubliceerd. Zo vermeldt het decubitusoverzichtsartikel van Berecek (1975) ijzen en föhnen helemaal niet als preventieve maatregel. In het Medlars-System van het 'Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information' kon voor de periode 1975-1982 geen enkele referentie teruggevonden worden. En dit terwijl het Medlars-System aan de hand van een lijst trefwoorden de artikelen uit meer dan 2400 medische, verpleegkundige, kinesitherapeutische tijdschriften bijhoudt. Heel wat andere auteurs plaatsten grote vraagtekens bij het preventieve nut van ijzen en föhnen. Hun motivatie hiervoor was erg verschillend (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1984).

Zo meende Tonino (1980, p. 19) dat ijzen en föhnen een negatief effect zou hebben op de bloedcirculatie. Het weefsel, wat al slecht doorbloed was door druk en/of schuifkrachten, zal door vasoconstrictie¹⁰ ten gevolge van het ijzen nog slechter doorbloed raken. De cellen zouden onvoldoende zuurstof en voedingsbestanddelen krijgen. De afvalproducten zouden onvoldoende kunnen worden afgevoerd. Het lichaam zou hierop reageren met vasodilatatie¹¹. Deze vasodilatatie probeert enkel het negatieve effect van de vasoconstrictie teniet te doen, maar het doet ook niets meer dan dat. Ijzen als poging om een korte, betere doorbloeding te krijgen zou dus op zijn minst zinloos, zo niet schadelijk zijn. Na het ijzen werd er ook nog geföhnd. Tonino twijfelde ook sterk aan het circulatie bevorderende effect van het föhnen. Het enige voordeel wat hij hierin zag, was dat de patiënt snel werd gedroogd. Föhnen is niet altijd schadeloos. Zo kan föhnen bij patiënten met gescleroseerde vaten¹² (de meeste bejaarde patiënten die juist een zeer groot risico lopen om decubitus te ontwikkelen) decubitus in de hand werken. Hij verwoorde dit als volgt:

“Het gescleroseerde kleinere bloedvat is eigenlijk een star/hard vat geworden. Er is een verlies van elasticiteit van de vaatwand met verlies van de mogelijkheid tot verwijding. In normale omstandigheden gaat bv. nog 30% van het bloed door het kleine gescleroseerde vat dat naar de huid en onderliggende weefsels leidt en vloeit de resterende 70% door het grotere vat. Wordt er nu geföhnd dan treedt lokaal een kortstondige dilatatie op. Het grote vat gaat dilateren. Het kleinere gescleroseerde vat kan echter niet meer vernauwen. Dit geeft als gevolg dat het grote vat wijder is geworden, ook in verhouding tot het kleine vat. Er vloeit nu meer (bv. 80%) door het grote vat en er gaat minder bloed door het kleine vat (20%) (Steal effect). Huid en onderliggende weefsels worden nu dus nog minder goed bevoeid dan voordien.”

De verslechtering van de doorbloeding door ijzen is niet het enige nadeel. Aan het ijzen zijn nog andere nadelen verbonden. Ijsblokjes zijn nooit helemaal glad. De fragiele huid zou door dit ruwe klompje open gekrast kunnen worden. Daarnaast zou de huid week worden door het smeltende ijs. Deze open gekraste en weke huid zou gevoeliger zijn voor infecties en schuifkracht. Een verhoogde schuifkracht betekent een verhoogde kans op decubitus (Tonino, 1980). Ijzen en föhnen zelf zouden ook niets aan de oorzaak van de decubitus doen. Ze zouden de druk niet opheffen en verminderen de schuifkrachten niet. Alleen hierom zou het gebruik van ijzen en föhnen al niet aanbevolen mogen worden (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1984).

¹⁰ Vasoconstrictie: Vaatvernauwing

¹¹ Vasodilatatie: Vaatverwijding

¹² Gescleroseerde vaten: Verkalkte aderen

Ondanks de genoemde nadelen van ijsen en föhnen zijn er een aantal voordelen. Het ijsen zou pijnstillend zijn en zou oedeem doen verminderen (Haines, 1967, p. 222). Wanneer het ijsen en föhnen als routine maatregel bij elke patiënt zou worden aangeboden, biedt dit gelegenheid tot contact met alle patiënten. Ook wordt er door het ijsen en föhnen onbedoeld ook wisselliging gegeven. Dit is wel te weinig om decubitus mee te helpen voorkomen (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1984).

In 1985 wordt naast de eerder genoemde nadelige gevolgen van ijsen en föhnen, ook genoemd dat föhnen gevaar voor verbrandingen op kan leveren ten gevolge van föhnen bij gevoelloosheid. Ook zou er een verhoogde kans op verspreiding van bacteriën zijn tijdens het föhnen (Tijdschrift voor Ziekenverpleging). Barry Willemsteijn verwoorde dit als volgt:

“Föhnen wil nog wel eens helpen, maar daar zit weer het gevaar aan dat je de bacteriën door de hele zaal blaast. Het maakt weinig uit wat je doet, als je maar wat doet.” (Verpleegkunde nieuws, 1987).

Ijsen en föhnen is door de Consensus bijeenkomst afgeraden, omdat het effect ervan nooit is aangetoond, en het gevaar zou bestaan van verwonding met ijsblokjes en op verbranding ten gevolge van het föhnen. Ook is er een verhoogde kans op verspreiding van bacteriën tijdens het föhnen. Uit onderzoek bleek dat ijsen en föhnen nauwelijks meer werd gebruikt in 1991. 27% van de verpleegkundigen föhnt wel eens in individuele gevallen, terwijl 14% wel eens ijsblokjes gebruikt. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat men graag vaker wil ijsen en föhnen. Slechts 66% wil nooit ijsen en 58% wil nooit föhnen (Verpleegkunde Nieuws, 1991).

Pas vanaf 2004 verschijnt ijsen en föhnen weer in de tijdschriften. Zo wordt ijsen en föhnen genoemd in een opsomming van niet zinvolle maatregelen (Verpleegkunde Nieuws, 2004). In ditzelfde tijdschrift wordt ijsen en föhnen een jaar later weer genoemd. Ook dit keer wordt ijsen en föhnen afgeraden. De kans op verwondingen en op het verspreiden zou te groot zijn (Verpleegkunde Nieuws, 2005). Ook in de Nursing (2005) wordt ijsen en föhnen bestempeld als ‘uit den boze’. Niet veel later werd ijsen en föhnen ook als ‘nutteloze maatregel’ opgenomen in het lesboek ‘Verplegen van geriatrische zorgvragers’ (Abrahamse, Verplegen van geriatrische zorgvragers, 2006).

4.1.8 Windringen

Inleiding

De windring (*Figuur 6*) wordt ook wel een windkussen, ringkussen of luchtkussen genoemd. De termen worden in de literatuur door elkaar heen gebruikt, maar de werking en vorm van het materiaal is echter verschillend. Een windring of ringkussen is een rond of vierkant kussen waarbij een gat in het midden van de ring zit. Deze uitsparing zorgt ervoor dat de druk op de stuit volledig wordt opgeheven. Een windkussen of luchtkussen is een vierkant of rond kussen met meerdere kleine gaten in het kussen, en niet een grote uitsparing in het midden. Deze kussens zorgen er wel voor dat de druk wordt verminderd, maar zullen de druk niet volledig op kunnen heffen. Doordat bij een windring de bedreigde plek geheel vrij ligt, had deze de voorkeur (Melk, 1931). Zo schrijft Eduard Stumpff, geneesheer-directeur van het Binnengasthuis te Amsterdam, het volgende in zijn boek 'Voorlezing over ziekenverpleging';



Figuur 6

'De Ronde opening, die het windkussen tot windring maakt, stelt ons in staat een zeer bedreigd deel van de huid van elken druk te ontlasten, terwijl de omgeving van dit deel niet te veel gedrukt behoeft te worden, daar de groote breedte van den ring, dezen druk verdeelt over een groot oppervlak.'

(Stumpff J. , Voorlezingen over ziekenverpleging, 1913)

Toepassing van het 'ritueel' windringen

Er wordt voor het eerst gesproken over windringen in 1893, in het maandblad voor ziekenverpleging (Decubitus, 1893). Een windring werd gemaakt caoutchouc dat werd gevormd in een cirkel en gevuld kon worden met lucht. Caoutchouc werd gewonnen uit planten en kwam relatief veel voor in die periode. Caoutchouc is een stugge stof, waardoor het vaak ongemakkelijk lag voor patiënten (Hulshoff, Ziekenverpleging, algemene voorschriften, 1895). Om deze reden werd de windring met een hoes of laken bedekt. Om ongemak bij de patiënten nog meer tegen te gaan en het effect van het kussen zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen, waren er ook voorschriften voor het opblazen van de windring. De windring mocht niet te hard worden opgeblazen, omdat dit ongemakkelijk was (Hulshoff, Ziekenverpleging, algemene voorschriften, 1895) en ervoor zorgde dat de patiënt uit balans zou raken (Nolst Trenité, Handboek der ziekenverpleging, 1903). Aan de andere kant mocht de windring ook niet te zacht worden opgeblazen, omdat de druk op de stuit dan onvoldoende wordt weggenomen en de windring hierdoor niet het juiste effect zal hebben. Dit kon worden opgemeten door de ring zo ver op te blazen dat hij nog net dubbelgevouwen kon worden. Wanneer dit mogelijk was bevatte de ring voldoende lucht om het juiste effect te creëren (Stumpff, 1906). De windring zorgde nog wel eens voor een wiegend effect, wat erg vervelend was voor de patiënt. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen werden er kussens om de windring heen geplaatst. Hierdoor lag de patiënt stabiel op de windring (Stumpff, 1906).

Door snelle veranderingen in de ontwikkelingen van windringen, werd in 1895 windringen van getah-pertja aanbevolen (Hulshoff, Ziekenverpleging, algemene voorschriften, 1895). Getah-pertja is materiaal gemaakt van (palaquium) bladeren. Een belangrijke eigenschap van dit materiaal was dat het bij verwarming gekneet kon worden en alle mogelijke vormen aan kon nemen. Wanneer dit materiaal afkoelt behoudt het de vorm waarin het gekneet werd. Daarnaast is getah-pertja niet kleverig en ook niet elastisch (Caoutchouc en Gutta Percha, 1900). Ideaal materiaal om als windring te gebruiken, omdat het bij opwarming de vorm van de patiënt aan neemt en het hierdoor iets aangenamer was om hier op te moeten zitten of liggen. Het nadeel van dit materiaal was dat het relatief duur was en hierdoor niet voor iedereen mogelijk was om aan te schaffen (Caoutchouc en Gutta Percha, 1900).

E. Stumpff, geneesheer-directeur Gasthuis Amsterdam, schrijft in zijn boek over windringen die werden gemaakt van gummi (Stumpff, 1906). Gummi wordt tegenwoordig ook wel rubber genoemd, en wordt gewonnen de hars van een bepaald soort bomen (Sijs, 2010). Windringen gemaakt van rubber werden bedekt met een hoes of laken, niet alleen voor het gemak van de patiënt, maar ook om ervoor te zorgen dat de huid beter kon ventileren en het zweet goed kon worden opgenomen in de onderlaag (Stumpff, 1906). Wanneer de huid niet goed ventileert is de kans op eczeem groot, en kon door gebruik van een hoes of laken zo veel mogelijk voorkomen worden (Melk, 1931). Vanaf 1913 wordt eigenlijk alleen nog maar gesproken van gummi ringen. Daarom wordt er ook vanuit gegaan dat men vanaf deze tijd over ging op het gebruik van gummi ringen en de getah-pertja ringen en caoutchouc ringen niet meer werden gebruikt.

Het vullen van een windring of windkussen werd gedaan door deze met de mond op te blazen. Omdat dit vrij onsmakelijk was, werd hiervoor een zakdoek over het ventiel geplaatst om de windring op te blazen. Vanaf 1908 kwamen er windkussens op de markt waar een ventiel met een ballon (*Figuur 7*) aan bevestigd waren (Nolst Trenité, 1908). Hierdoor was het niet meer nodig om de windring met de mond



op te blazen. Ook konden de windringen worden opgeblazen met een fietspomp of pipet, als er geen windkussens met ballon tot de beschikking was.

Figuur 7

Om een windring op de juiste wijze onder de patiënt te plaatsen werd de patiënt gevraagd de billen op te tillen zodat de windring onder de stuit geplaatst kon worden. Wanneer de patiënt hiertoe niet in staat was, moesten de benen worden opgetrokken waarna de verpleegster met de linkerhand de stuit kon optillen en met de rechterhand de windring onder de stuit kon schuiven (Melk, 1931). Dit was behoorlijk zwaar werk voor de verpleegster. Later kwam men hierop terug en werd aanbevolen om het plaatsen van een windring, bij patiënten die de billen niet konden optillen, met meerdere verpleegsters te doen. Aangeraden werd om dit samen met twee of drie andere verpleegsters te doen (Comité van verpleegsters-monitricen gegradueerden in de verpleegkunde, 1958). Bij het plaatsen van een windring moest ook gelet worden op de positie van het ventiel. Wanneer de patiënt op het ventiel kwam te liggen kon dit juist decubitus veroorzaken. Door het ventiel aan de zijkant van de patiënt of (bij een vrouw) tussen de benen te plaatsen, kon dit worden voorkomen (Melk, 1931).

Windringen hadden verschillende groottes. De gebruikelijke grootte was ongeveer 43cm doorsnede, voor de gemiddelde patiënt. Voor dikke patiënten werden grotere windringen gebruikt, en voor magere patiënten werden kleinere windring gebruikt (Melk, 1931).

Bij schoonmaken en opbergen van de verschillende soorten windringen moest rekening worden gehouden met een aantal maatregelen om bederven te voorkomen. Er moest voorkomen worden dat de windring vlekken van zalf zou krijgen, hierdoor bederft deze sneller. Deze vlekken konden verwijderd worden met ether, een desinfecterend middel dat begin 20^e eeuw veel gebruikt werd.

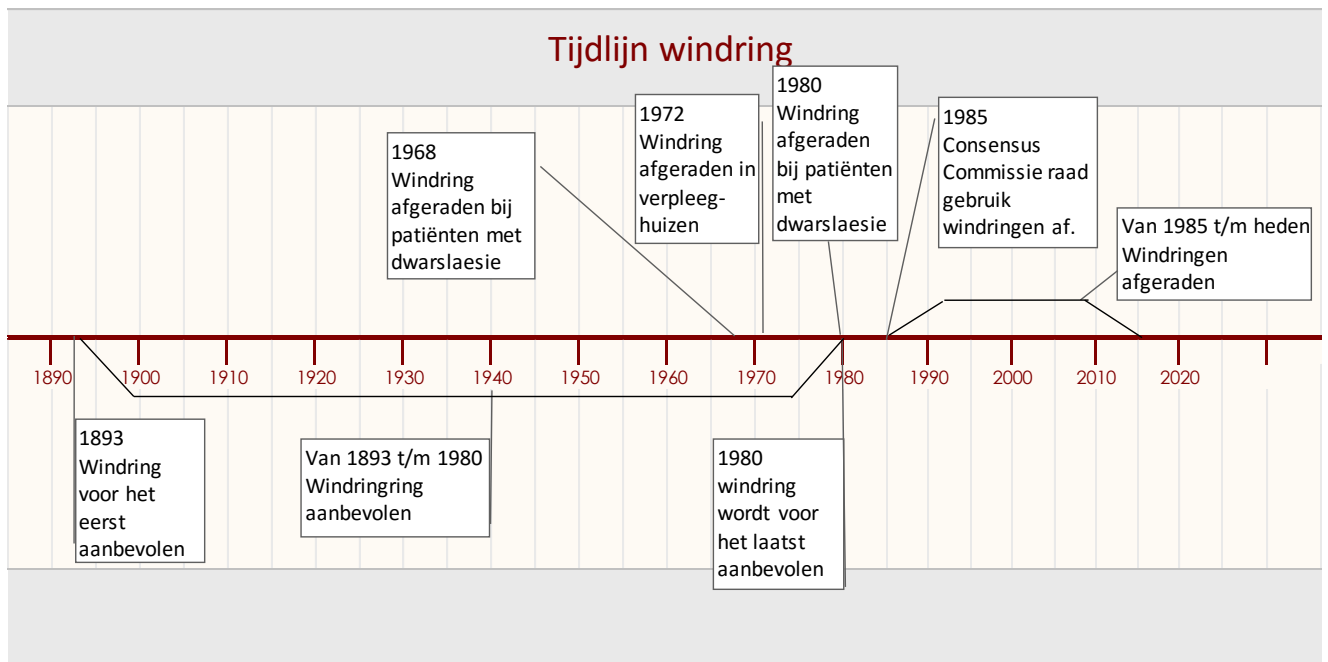
De beste methode om windringen schoon te krijgen, was door gebruik te maken van zeep en water (Bussy-Kruysse L. d., 1910). Een windring die niet meer gebruikt hoefde te worden, werd opgeborgen op een frisse plaats met een beetje lucht nog in de ring. Dit voorkwam het droog worden en het barsten van de ring. Wanneer de windring lange tijd niet werd gebruikt, moest er talk over de windring gestrooid worden om barsten te voorkomen. (Comité van verpleegsters-monitricen gegradueerden in de verpleegkunde, 1958)

Gutta percha, het materiaal waar de windringen van werden gemaakt, wordt ook wel gebruikt om fietsbanden van te maken (Caoutchouc en Gutta Percha, 1900). Wanneer er in een gaatje in de

windring zat, kon deze geplakt worden op de zelfde wijze woorden gevonden en geplakt als bij een fietsband (Bussy-Kruysse L. d., 1910) & (Comité van verpleegsters-monitricen gegraduateerden in de verpleegkunde, 1958).

Tijdljn

Wanneer er voor het eerst gebruik werd gemaakt van windringen is niet bekend. De eerste lesboeken en vaktijdschriften voor verpleegsters spreken al over windringen. Hoogst waarschijnlijk werden de windringen in de thuissituatie al gebruikt door huisvrouwen, moeders en ziekenverzorgsters, die de zorg voor zieken op zich namen. Er wordt voor het eerst gesproken over windringen in 1893, in het maandblad voor ziekenverpleging (Decubitus, 1893).



In 1968 wordt voor het eerst vermeld dat het gebruik van een windring wordt afgeraden bij patiënten met een dwarslaesie (Schut, 1968). Een duidelijke reden hiervoor wordt niet vermeld in dit boek. Wanneer in 1980 het boek 'Verpleegkunde 2' verschijnt (Bergh-Braam, 1980) wordt ook hierin het gebruik van windringen afgeraden bij patiënten met een dwarslaesie. Maar helaas, ook in dit boek staat niet beschreven waarom de windring wordt afgeraden. Wanneer we kijken naar de huidige protocollen en literatuur (NVDG, 2010) zou het afraden van een windring op de volgende manier verklaard kunnen worden:

Afhankelijk van de plaats van de dwarslaesie kan er functieverlies ontstaan. Dit kan zijn; vermindering van controle over bewegingen, vermindering van gevoel en/of verminderde controle over de organen. Wanneer een patiënt dus niet kan bewegen of pijnprikkels niet goed doorkomen, is de kans op decubitus een stuk groter (DON, 2013). Om verdere complicaties te voorkomen, is de houding van een dwarslaesie patiënt in bed erg belangrijk. Een windring zorgt voor een verkeerde houding in bed, wat de kans op complicaties vergroot. Dit zou een reden kunnen zijn voor het afraden van de windring bij dwarslaesie patiënten.

In 1972 wordt een keer kort benoemd dat in verpleeghuizen bezwaren bestaan tegen het gebruik van windringen (Bouwhuizen, Verpleegkunde; in goede handen, 1972), maar ook hier wordt niet verder in gegaan op de reden hiervoor.

Ondanks het feit dat de windringen in 1968, 1972 en in 1980 worden afgeraden, wordt in de literatuur de windring aanbevolen tot 1984. Wel wordt in deze boeken steeds vaker aangegeven dat

ook toepassing van wissellegging belangrijk is om drukplekken te voorkomen, maar windringen bleven (volgens de lesboeken) toch doelmatiger om drukplaatsen te ontlasten (Bloem, 1970).

Beëindiging

Van der Peet schrijft in zijn boek 'Verpleegkunde 1' (Peet, 1984) voor het eerst over de gevaren van de windring:

'Een windring veroorzaakt een grote drukgradiënt. Bij verkeerde plaatsing van het ventiel en door de dubbele naad kan een gevaarlijke druk ontstaan.' (Peet, 1984)

Hiermee bedoelt hij dat een windring de druk op de stuit wel weg neemt, maar de druk op de weefsel om de stuit heen juist verhoogd. Hierdoor ontstaat er afknelling van de huid op andere plaatsen, daar waar de huid op de windring rust. De druk wordt niet weggenomen, maar verplaatst en kan decubitus op andere plekken veroorzaken omdat hier de circulatie wordt afgesnoerd door de windring.

Nadat van der Peet een (korte) uitleg geeft in zijn boek 'Verpleegkunde 1' over de gevaren van de windring, wordt deze ook in geen enkel boek of tijdschrift meer aanbevolen, en wordt zelfs regelmatig gewaarschuwd voor het gebruik van deze 'achterhaalde' preventiemethode. Hoewel de verplaatsing van de (forse) druk naar andere delen van het lichaam de belangrijkste reden is om de windring af te schaffen werden ook de volgende redenen genoemd:

- De patiënt glijdt gemakkelijk van de windring af (Schut- van Woerden, 1992), hierdoor ligt de windring niet meer in de juiste positie onder de patiënt waardoor de windring niet meer het juiste, druk ontheffende, effect heeft. Het kan zelfs zo zijn dat de druk op de stuit, bij verkeerde ligging, juist wordt verhoogd.
- Forse druk door ventiel (Schut- van Woerden, 1992) & (Oldenburger, 1992) kan ervoor zorgen dat er decubitus ontstaat. Wanneer de patiënt op het ventiel ligt, ontstaat op dat punt een hoge druk wat de huid kan beschadigen en decubitus tot gevolg kan hebben.
- De dubbele naad kan huid beschadigen (Oldenburger, 1992), doordat de patiënt hier (deels) op ligt en de druk wordt verhoogd op de plaatsen waar de huid de dubbele naad raakt. Op deze plaatsen is de kans op decubitus groot.
- Scherpe randen aan de windring (Vilain, Preventie en behandeling van decubitus, 1992) kunnen de huid van de patiënt ook beschadigen. Tijdens het plaatsen van de windring of verwijderen van de windring kan de huid van de patiënt worden opengehaald of beschadigd, wanneer de windring niet met de juiste zorgvuldigheid wordt geplaatst.

Bij de invoering van de eerste consensusstekst¹³ 'Decubitus' in 1985 wordt het gebruik van de windringen ook afgeraden door de Consensus Commissie Decubitus (Hanraets, 1992). Vanaf deze periode lijkt de windring ook niet meer gebruikt te worden bij de preventie en behandeling van decubitus. Hoewel sommige patiënten zelf nog heilig geloofden in het effect van de windring, is de windring vanaf 1985 verleden tijd!

¹³ Consensusstekst: Tekst die is opgesteld door meerdere mensen/specialisten, waarbij men samen tot dezelfde mening komt.

4.1.9 Katheter bij incontinentie

Inleiding

Een katheter is een slangetje dat de urine vanuit de blaas afvoert naar een opvangzak (Figuur 8). De katheter wordt ingebracht via de urinebuis de blaas in. Om dat katheter op de juiste plaats te houden wordt aan de punt van de katheter een ballonnetje gevuld met vloeistof. Op die manier kan de katheter niet uit de blaas vallen (Albert Schweitzer Ziekenhuis, 2013).



Figuur 8

Men dacht vroeger dat decubitus kon worden voorkomen door inbrengen van een katheter bij incontinentie. Zo schreef Schouten (1975) het volgende in zijn boek

‘Geriatrische lessen voor verpleegkundigen’:

‘Het is belangrijk bij incontinentia urinae een verblijfskatheter aan te leggen, ten einde lichamelijk en psychische moeilijkheden te voorkomen. Decubitus moet heel zorgvuldig worden behandeld.’

(Schouten, 1975)

Tegenwoordig is het gebruik van een katheter om decubitus te voorkomen achterhaald. In het onderstaande stuk kunt u lezen welke veranderingen deze decubituspreventiemethode heeft doorgemaakt.

Toepassing van het ‘ritueel’ katheter bij incontinentie

In 1895 schrijft Hulshoff al over de verweking van de huid door urine en ontlasting. Hij zegt in zijn boek dat hierdoor de kans op doorliggen wordt vergroot (Hulshoff, Ziekenverpleging, algemene voorschriften, 1895). Ook Eduard Stumpff, geneesheer-directeur van het Gasthuis in Amsterdam, zei met duidelijke woorden in zijn boek ‘Voorlezing over ziekenverpleging’ dat decubitus wordt veroorzaakt door inwerking van urine en feces;

‘Daar wij zeker weten, dat dit decubitus veroorzaakt wordt door de inwerking van urine enz., kunnen wij het met absolute zekerheid voorkomen, als wij zorg dragen de huid voor deze bijtende vochten te beschutten.’ (Stumpff J. , Voorlezing over ziekenverpleging; deel 1 & 2, 1906)

In 1933 wordt voor het eerst gesproken over het gebruik van een verblijfskatheter om decubitus te voorkomen (Gezelle, Decubitus). Gezelle schrijft in het ‘Tijdschrift voor ziekenverpleging’ het volgende:

‘Soms zal de katheter van Pezter nodig zijn: de arts zal echter noode hiertoe overgaan.’

(Gezelle, Decubitus, 1933)

Zoals Gezelle omschrijft, wordt slecht in enkele situaties gebruik gemaakt van een katheter om decubitus te voorkomen. Zolang men zich kon redden met de andere materialen die decubitus tegen konden gaan, werd er nog niet over gegaan op het gebruik van een katheter.

Er wordt pas opnieuw weer gesproken over het gebruik van een katheter in 1967 waarbij van der Moolen (1967) het volgende schrijft:

‘Bij incontinentia urinae wordt soms een verblijfskatheter gegeven (ondanks de daaraan verbonden bezwaren) om vooral bij zware mensen een decubitus te voorkomen.’

(Moolen J. v., 1967)

Zoals van der Moolen aangeeft in zijn boek, is het gebruik van een katheter vooral geschikt om decubitus te voorkomen bij zware mensen. Omdat zij vaak veel huidplooiën hebben die niet altijd goed schoongemaakt (kunnen) worden. Daarnaast is het vaak ook een stuk zwaarder om deze

patiënten te verschonen, vooral bij deze doelgroep was het gebruik van een katheter een goed preventiemiddel om decubitus te voorkomen.

Hoewel men pas vanaf 1967 meer gebruikt lijkt te gaan maken van een katheter als preventiemiddel voor decubitus, werd ook in de jaren daarvoor al veel nagedacht over het verband tussen de inwerking van urine op de huid en decubitus. Er werden verschillende materialen en methoden gebruikt om decubitus te voorkomen bij incontinentie patiënten.

Hoewel men in de periode van 1895 tot 1967 nog geen regelmatig gebruik lijkt te maken van een katheter ter preventie van decubitus, waren er wel verschillende andere methoden die werden gebruikt om decubitus te voorkomen bij incontinentie patiënten. Zo schrijft Stumpff (1906) dat door vet-inwrijving van de huid de inwerking van scherpe stoffen als feces en urine kon worden tegen gegaan. Maar volgens hem was het belangrijkste dat de huid schoon werd gehouden bij patiënten die te maken hadden met incontinentie. Ook Gezelle (1929), Balen (1947) en Schokking (1956) adviseren het regelmatig wassen van de stuit en liesplooien, goed drogen van de plooien en een strakke onderlaag, om decubitus bij incontinentie patiënten te voorkomen.

Naast het goed schoonhouden van de huid werd in deze periode ook geadviseerd om gebruik te maken van een luchtring die meestal de vorm van een viool had (Gezelle, Algemeene ziekenverpleging, 1929). Deze viool is een ondersteek met een windkussen die opgepompt kon worden (*Figuur 9*). Dit windkussen zat op de rand van de ondersteek, op die manier zou de patiënt zo min mogelijk hinder ondervinden van de



Figuur 9

ondersteek. Volgens Gezelle (1951) kon de patiënt hier dagen lang op liggen zonder enige bezwaren, als de huid maar goed verzorgd werd. Voor de nacht was het prettiger voor de patiënt om een luier te dragen die de ontlasting op zou vangen.

Gezelle (1929) adviseert naast de viool, ook een urinaal voor mannen. Dit omdat een urinaal tussen de benen vaak prettiger ligt dan op een hele dag op een viool te moeten liggen. Bij vrouwen was het opvangen van urine lastiger. Dit kon naast het gebruik van een viool, ook worden gedaan door gebruik te maken van een luier en een vocht-opslopend kussen. Bij vrouwen die heel rustig lagen kon ook gebruik gemaakt worden van een urineschuitje of strijkijzer om de urine op te vangen (Gezelle, 1935).

Vanaf 1967 lijkt men meer gebruik te gaan maken van katheters ter preventie van decubitus. Een duidelijke reden hiervoor wordt in het boek van Van Der Moolen (1967) niet gegeven. In 1968 schrijft van der Moolen (1968) dat vocht slecht is voor de huid, omdat de huid hierdoor snel geïrriteerd raakt. Urine bevat bestanddelen die het ontstaan van decubitus bevorderen. Van der Moolen (1968) zegt hiermee dus dat urine een oorzaak kan zijn voor het ontstaan van decubitus. Dit was een reden om gebruik te gaan maken van katheters, zodat de urine niet kon inwerken op de huid. Niet alleen van der Moolen (1968) zegt dat inwerking van urine decubitus kan veroorzaken. Ook Kroll (1971), Agathe (1973), Verkade (1975), Juchli (1980) en Borger (1953) zeiden allemaal dat decubitus kon ontstaan door de inwerking van urine op de huid.

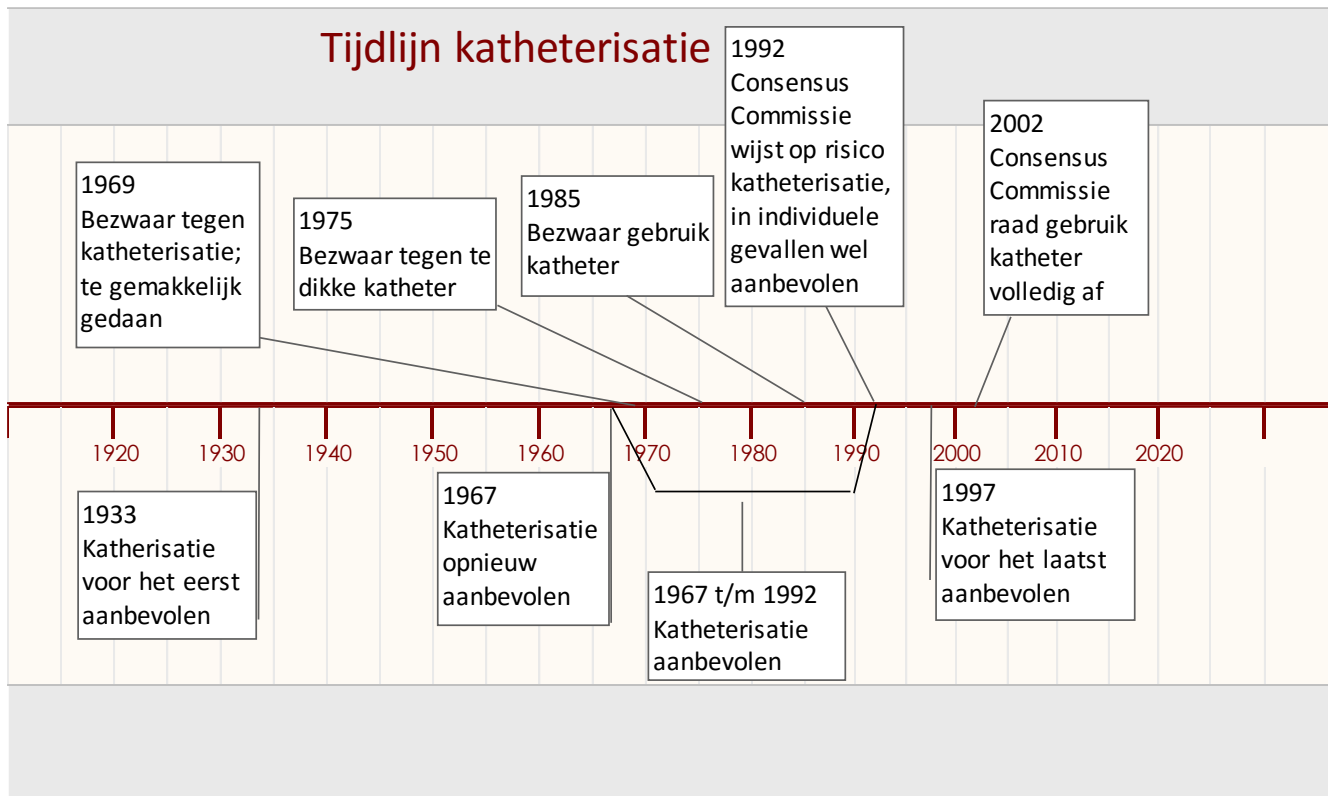
Schouten (1975) zegt in zijn boek 'Geriatrische lessen voor verpleegkundigen' dat het belangrijk is een katheter te geven aan patiënten die in hun laatste levensfase zijn. Dit beveelt hij aan omdat hiermee lichamelijke en psychische moeilijkheden kunnen worden voorkomen.

Waarom men pas vanaf 1967 gebruikt lijkt te gaan maken van katheters is niet duidelijk. In eerste instantie werd gedacht dat dit kwam door de persoon die de katheter in zou moeten brengen, maar dit bleek echte niet zo te zijn. Al vanaf 1903 worden katheters ook ingebracht door verpleegkundigen, en niet alleen doctoren. Nolst-Trenitié schrijft in zijn boek 'handboek der ziekenverpleging' het volgende:

'De beide kunstverwerkingen zelve echter worden door vele doctoren aan het verplegend personeel overgelaten.'

(Nolst Trenitié, 1903)

Tijdlĳn



In 1933 wordt voor het eerst gesproken over het gebruik van een katheter bij incontinentie patiënten met decubitus. Dit wordt kort benoemd in een tijdschrift, maar de lesboeken spreken hier nog niet over. Pas in 1967 wordt voor het eerst in de lesboeken gesproken over de preventieve decubitusmaatregel: 'katheterisatie bij incontinentie'. Vanaf deze periode lijkt men ook steeds meer gebruik te gaan maken van deze methode en wordt het gebruik van de katheter regelmatig aanbevolen in de lesboeken. Deze aanbevelingen werden gedaan door; Agathe (1973), Verkade (1975), Schouten (1975), Stevens (1977), Juchli (1980), en Oldenburger (1992).

Hoewel de maatregel katheterisatie ter preventie van decubitus net zijn intrede heeft gedaan, zijn er al vrij snel bezwaren tegen het gebruik van de katheter. Zo waarschuwt Jongma (1969) ervoor dat men vaak te gemakkelijk een verblijfskatheter geeft. Dit omdat een verblijfskatheter volgens Jongma (1969) ook voor een cystitis¹⁴ kan zorgen, wat het continent worden bemoeilijkt. Hij raad het gebruik van de katheter niet af, maar probeert er wel op te wijzen dat men niet te gemakkelijk

¹⁴ Cystitis: blaasontsteking

moet kiezen voor het inbrengen van een katheter wanneer een patiënt decubitus ontwikkeld rondom de stuit.

Ondanks het bezwaar van Jongsma, wordt de katheter nog wel gebruikt en aanbevolen. In 1975 komt opnieuw een bezwaar rondom het gebruik van de katheter, deze keer komt dit bezwaar van Verkade (1975) in zijn boek 'Revalidatie'. Verkade (1975) schrijft dan misschien wel dat incontinentie een oorzaak kan zijn van decubitus en is ook niet tegen het gebruik van een katheter, maar hij zegt wel dat bij het gebruik van een katheter er op gelet moet worden dat deze niet te dik is. Een te dikke katheter kan volgens Verkade (1975) juist decubitus veroorzaken. Doordat een te dikke katheter druk veroorzaakt op het slijmvlies kan inwendig decubitus ontstaan, wat van de buitenkant niet gezien wordt door de verpleegkundigen. Daarom adviseert Verkade (1975) om een dunne katheter te gebruiken, niet dikker dan een breinaald van 2mm. Bij deze dunne katheters gaat de voorkeur uit naar een katheter van kunststof, omdat deze minder snel irriteren dan de katheters van rubber.

In 1985 wordt opnieuw gewaarschuwd voor het gebruik van een katheter ter preventie van decubitus. Deze waarschuwing komt van Verhulst (1985) in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging waarin zij het volgende schrijft:

'Men wake ervoor geen oneigenlijke maatregelen te nemen, zoals het inbrengen van catheters bij incontinentie.' (Verhulst, 1985)

Hiermee bedoelt zij te zeggen dat een katheter ter preventie van decubitus alleen in situaties gebruikt moet worden waarin andere methoden niet (lijken te) helpen. Alleen in individuele gevallen kan een katheter zinvol zijn, zeker niet voor alle patiënten.

Beëindiging

Hoewel in 1969, 1975 en in 1985 drie duidelijke waarschuwingen voor het gebruik van de katheter naar voren komen in de literatuur, lijkt men nog altijd gewoon door te gaan met het gebruik hiervan. Waarschijnlijk omdat de waarschuwingen nog te summier waren, of omdat de schrijvers van deze waarschuwingen het gebruik van katheters niet geheel afraden. Zij wijzen vooral op het feit dat men goed moet nadenken wie daadwerkelijk een katheter nodig heeft ter preventie van decubitus. Dit moest voor iedere patiënt individueel worden bekeken.

Deze zelfde waarschuwing komt in 1992 duidelijk naar voren in de eerste decubituspreventierichtlijnen van de Consensus Commissie (1992). Hierin wordt het inbrengen van een blaaskatheter bij incontinentie omschreven als een handeling die alleen zinvol is in individuele gevallen. Ook Oldenburger (1992) schrijft dat katheters nog wel gebruikt worden, maar dat hier niet te makkelijk over besloten moet worden. Dit omdat er ook rekening moet worden gehouden met risico op complicaties, die het gebruik van een katheter met zich mee brengt.

Uit Canadees onderzoek onder 2384 patiënten bleek zelfs dat één van de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van decubitus het hebben van een katheter was (TVZ, 1992).

Gouda (1995) is de eerste die zegt dat incontinentie op zich geen huidbeschadigingen tot gevolg zal hebben, maar dat dit komt doordat de huid voortdurend vochtig is en snel verweekt. Bij een vochtige en weke huid is het risico op ontvelling door schuifkrachten of frictie¹⁵ een stuk groter. Wanneer de huid eenmaal beschadigd is, neemt ook het risico op infecties toe, door de aanwezigheid van urine of feces (Gouda Quint, 1995).

¹⁵ Frictie: wrijving

In 1996 verschijnt opnieuw een artikel over de incontinentie en het verband met decubitus. In dit artikel van Defloor (1996) komen verschillende hypothesen van onderzoekers aanbod. Door deze hypothesen in volgorde van tijd te zetten, is te zien hoe de denkwijze over het verband tussen incontinentie en decubitus door de tijd heen veranderd.

1. Claessens (1973) zegt dat incontinentie niet het ontstaan van decubitus bevordert, maar dat dit is te wijten aan een slechte algemene toestand waardoor incontinentie en decubitus kunnen ontstaan.
2. Lowthian (1976) zegt dat incontinentie patiënten 5,5 maal meer kans hebben op het ontwikkelen van decubitus ter hoogte van het bekken.
3. Welten (1983) merkt in zijn onderzoek onder 374 geriatrische patiënten op dat incontinentie bedlegerige patiënten meer kans hebben op decubitus dan niet incontinentie bedlegerige patiënten. Voor mobiele patiënten is geen verband aan te tonen tussen incontinentie en decubitus, en dus wijt hij decubitus aan bedlegerigheid.
4. Allman (1986) wijt het verhoogd decubitusrisico bij patiënten met fecale incontinentie¹⁶ aan maceratie¹⁷ en aan de inwerking van toxines¹⁸ en bacteriën op de huid.
5. Berlowitz (1989) vindt geen verband tussen decubitus en incontinentie.
6. Van Marum (1992) komt vanuit zijn onderzoek onder 226 verpleeghuispatiënten tot de conclusie dat er geen verband is tussen incontinentie en decubitus.
7. Van Marum, Schut, Ribbe & Meijer (1994) zeggen dat door incontinentie de huid vochtig wordt en hierdoor de wrijving tussen huid en laken hoge schuifkrachten veroorzaakt, wat decubitus kan veroorzaken.

Men zegt in 1973 dat incontinentie het ontstaan van decubitus niet bevordert, maar een aantal jaren later in 1976 komt men hier weer op terug en zegt men dat incontinentie wel degelijk een verhoogd risico op decubitus met zich mee brengt. In 1983 wordt decubitus geweten aan bedlegerigheid en in 1986 wordt opnieuw weer gezegd dat incontinentie een verhoogd risico op decubitus met zich mee brengt. In 1989 en 1992 zegt men dat incontinentie niet in verband staat met decubitus. En als laatst wordt in 1994 gezegd dat incontinentie de kans op decubitus wel weer verhoogd.

Er zijn veel verschillende meningen, die snel wisselen. Iedere keer wordt weer een nieuw standpunt ten opzicht van incontinentie en decubitus ingenomen.

In 1999 verschijnt een artikel in de Nursing die meer duidelijkheid biedt over het verband van incontinentie en decubitus. Defloor (1999) zegt in dit artikel dat decubitus en incontinentieletsel vaak met elkaar worden verward. Bij incontinentie en langdurig huidcontact met urine treedt soms huidletsel op, maar dit is niet hetzelfde als decubitus. Incontinentieletsel wordt vaak wel aangezien voor decubitus, omdat deze twee letsels veel op elkaar lijken. In de praktijk is het niet eenvoudig om deze twee letsels uit elkaar te houden, en dit vergt training en ervaring.

Een onderscheid maken tussen deze twee letsels is van groot belang, aldus Defloor. Dit omdat beide een totaal andere aanpak nodig hebben bij de behandeling. Bij incontinentieletsel is het belangrijk om huid beschermende en herstellende maatregelen te nemen, bijvoorbeeld crèmes en transparante folies. Hierdoor krijgt de huid bescherming tegen verder inwerking van urine en feces en kan deze niet verder worden aangetast. Behandeling door wisselgigging, kussens, antidecubitusmatrassen of andere druk-reducerende maatregelen zullen ook niet effectief zijn voor incontinentieletsel.

¹⁶ Fecale incontinentie: ongewild en ongecontroleerd verlies van ontlasting.

¹⁷ Maceratie: week worden van weefsel.

¹⁸ Toxines: giftige stoffen

Ook vanuit de herziening decubitusrichtlijnen van de Consensus Commissie (2002) komt naar voren dat het inbrengen van een katheter bij incontinentie niet zinvol is. In het artikel van Nies (2002), 'Beter keren dan smeren' wordt het volgende gezegd:

'Urine veroorzaakt geen decubitus. Decubitus ontstaat door druk- en schuifkrachten. Een katheter kan dus nooit een zinvolle antidecubitus maatregel zijn. Integendeel, de katheter veroorzaakt juist vaak decubitus als de patiënt op de katheter ligt.'

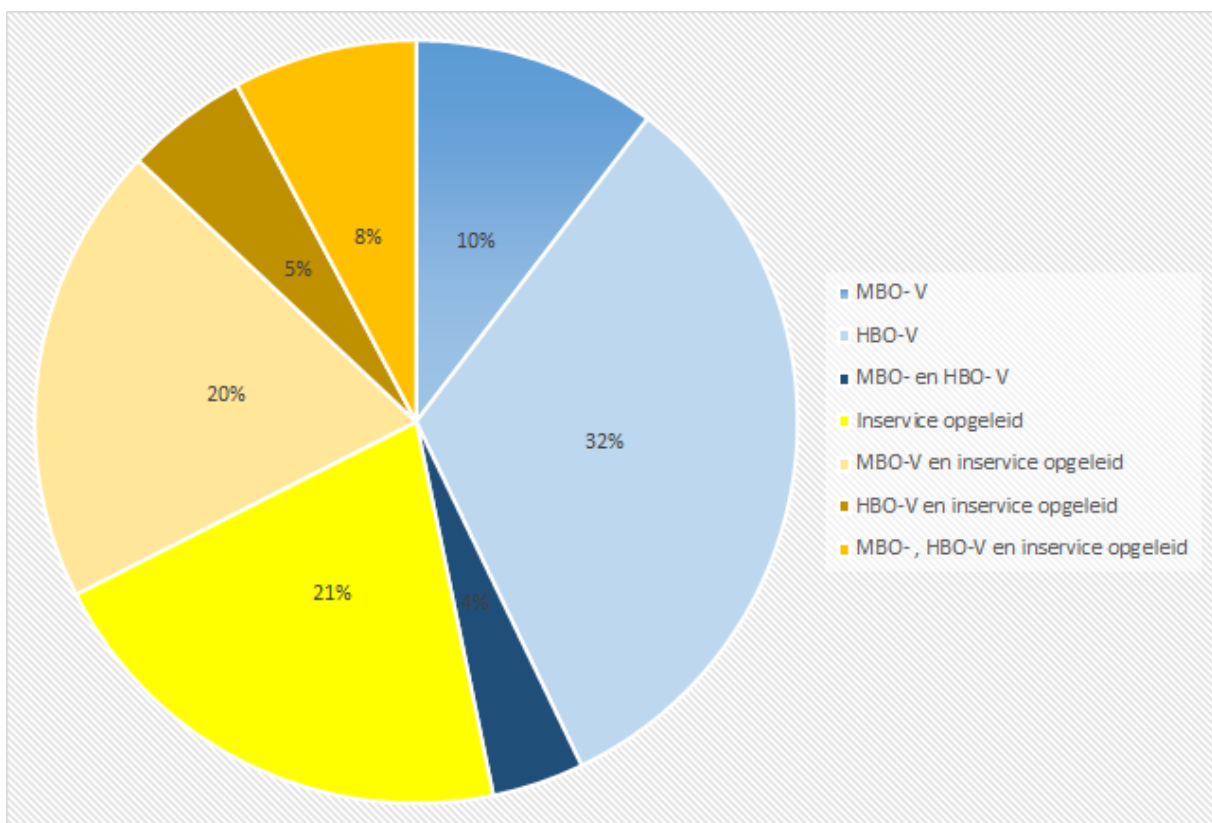
(Nies, Beter keren dan smeren, 2002)

De laatste aanbeveling voor het gebruik van een katheter ter preventie van decubitus komt in 1997. Hierna wordt dit niet meer aanbevolen en met alle kennis die dan verzameld is over het verband tussen incontinentie en decubitus, is er een einde gekomen aan tijdperk van de katheter als decubituspreventiemaatregel.

4.2 Resultaten fieldresearch

In deze paragraaf worden de resultaten van het fieldresearch gepresenteerd. Naar aanleiding van de acht vragen uit de enquête die werd afgenomen onder 77 verpleegkundigen zijn de volgende resultaten verkregen.

In vraag 1 en 2 van de enquête werd gevraagd naar de opleiding van de respondenten (MBO-V, HBO-V, of inservice opleiding) In diagram 1 zijn de resultaten verwerkt. De geeltinten laten zien hoeveel respondenten ooit een inservice opleiding gevolgd hebben (met of zonder MBO- of HBO-verpleegkunde diploma). De blauwtinten in dit diagram laten zien hoeveel respondenten geen inservice opleiding hebben gevolgd.



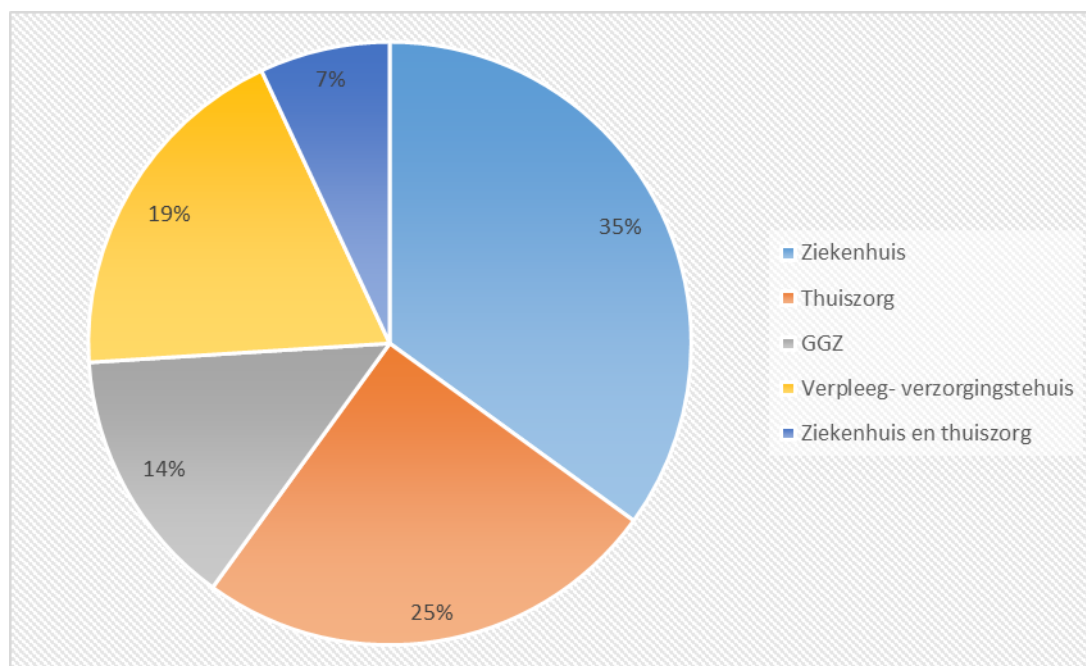
In tabel 3 zijn de aantallen respondenten die de enquête hebben ingevuld op een rijtje gezet. In totaal hebben 16 verpleegkundigen die alleen de inservice opleiding hebben gedaan de enquête ingevuld. Verder zijn er 23 MBO- verpleegkundigen en 38 HBO- verpleegkundigen die de enquête ingevuld hebben.

Diagram 1

Omdat alleen de HBO- verpleegkundigen bevoegd zijn om protocollen aan te passen, kan worden gezegd dat nagenoeg de helft (49%) van de respondenten protocollen aan mogen passen.

Groep	Aantal respondenten	Aantal in procenten
Inservice opgeleid	16	21%
MBO- verpleegkundige	23	30%
HBO- verpleegkundige	38	49%

Naast het opleidingsniveau werd ook gevraagd naar de branche waarin de respondenten werkzaam zijn of zijn geweest. Hierbij werd de tweedeling gemaakt tussen ziekenhuis en thuiszorg. Daarnaast was er ook een mogelijkheid om door middel van een toelichting aan te geven in welke branche de respondent het meest werkzaam is/was. Hieruit blijkt dat de grootste groep respondenten werkzaam is in het ziekenhuis en de een na grootste groep is werkzaam binnen de thuiszorg. Overige antwoorden die werden vermeld door de respondenten werden gelabeld in de categorieën: GGZ, verpleeg-/verzorgingstehuis en een combinatie van ziekenhuis en thuiszorg. In diagram 2 ziet u een overzicht van het aantal verpleegkundigen, in procenten, dat werkzaam is in de verschillende branches.

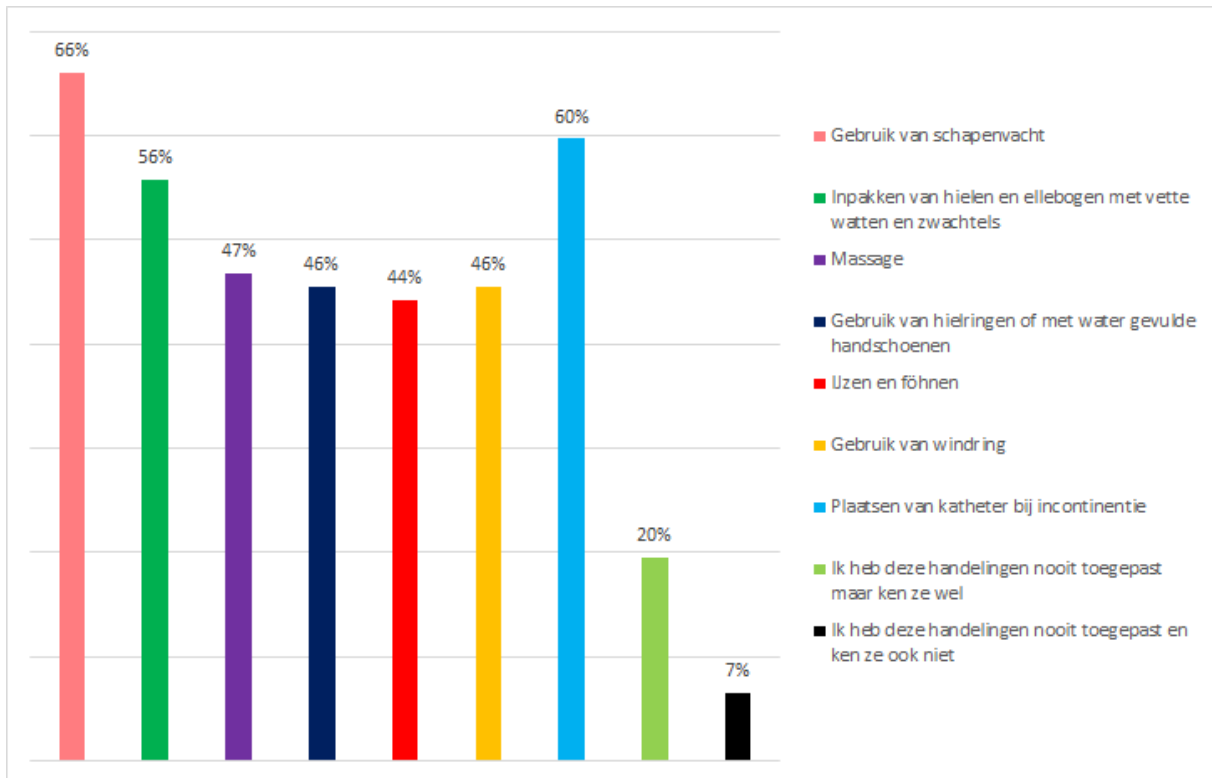


Na de algemene gegevens werd aan de respondenten gevraagd of zij de handelingen/'rituelen' die binnen dit onderzoek aan de orde komen wel eens hebben gebruikt.

Diagram 2

51 respondenten hadden wel eens schapenvacht gebruikt bij het bestrijden van decubitus. 43 respondenten hadden wel een de hielen en/of ellebogen ingepakt met vette watten en zwachtels, 36 respondenten hadden wel eens massage gebruikt om decubitus op te lossen, 35 respondenten hadden gebruik gemaakt van de hielringen of met water gevulde handschoenen, 34 respondenten hadden gebruik gemaakt van ijzen en föhnen, 35 respondenten maakten gebruik van de windring en

46 respondenten plaatsten een katheter wanneer de patiënt decubitus had. 15 respondenten van het onderzoek kenden de handelingen die zijn opgenoemd wel maar hadden ze nooit gebruikt en 5 respondenten kenden de handelingen niet en hadden ze ook nog nooit toegepast. In diagram 3 vindt u een overzicht van de handelingen en de percentages waarin de handelingen zijn gebruikt door de verpleegkundigen.



De resultaten uit diagram 3 kunnen worden onderverdeeld in 3 verschillende categorieën; de handeling werd wel gebruikt door de verpleegkundige, de handeling werd niet gebruikt door de verpleegkundige maar zij kende ze handelingen wel en de handelingen werden niet gebruikt en ook niet gekend door de verpleegkundige. Een overzicht van de percentages van deze drie categorieën is te zien in diagram 4. Hierin is te zien dat driekwart (74%) van de respondenten wel eens een ritueel in de decubituszorg toegepast heeft in de praktijk.

Diagram 3

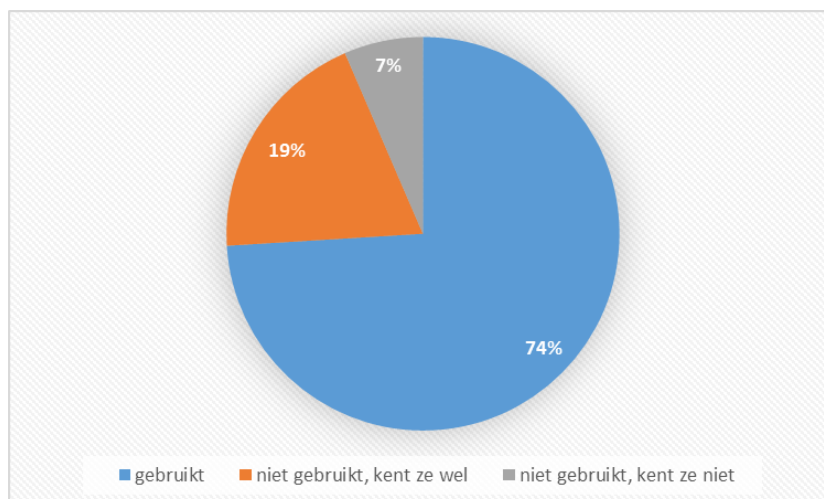


Diagram 4

Bij de vergelijking van de verschillende handelingen tussen de wel/niet inservice opgeleiden kan het volgende diagram worden gemaakt (diagram 5). Hieruit blijkt dat verpleegkundigen met een inservice opleiding veel vaker 'rituelen' in de decubituszorg uitgevoerd hebben, dan verpleegkundigen met alleen een MBO- en/of HBO-diploma.

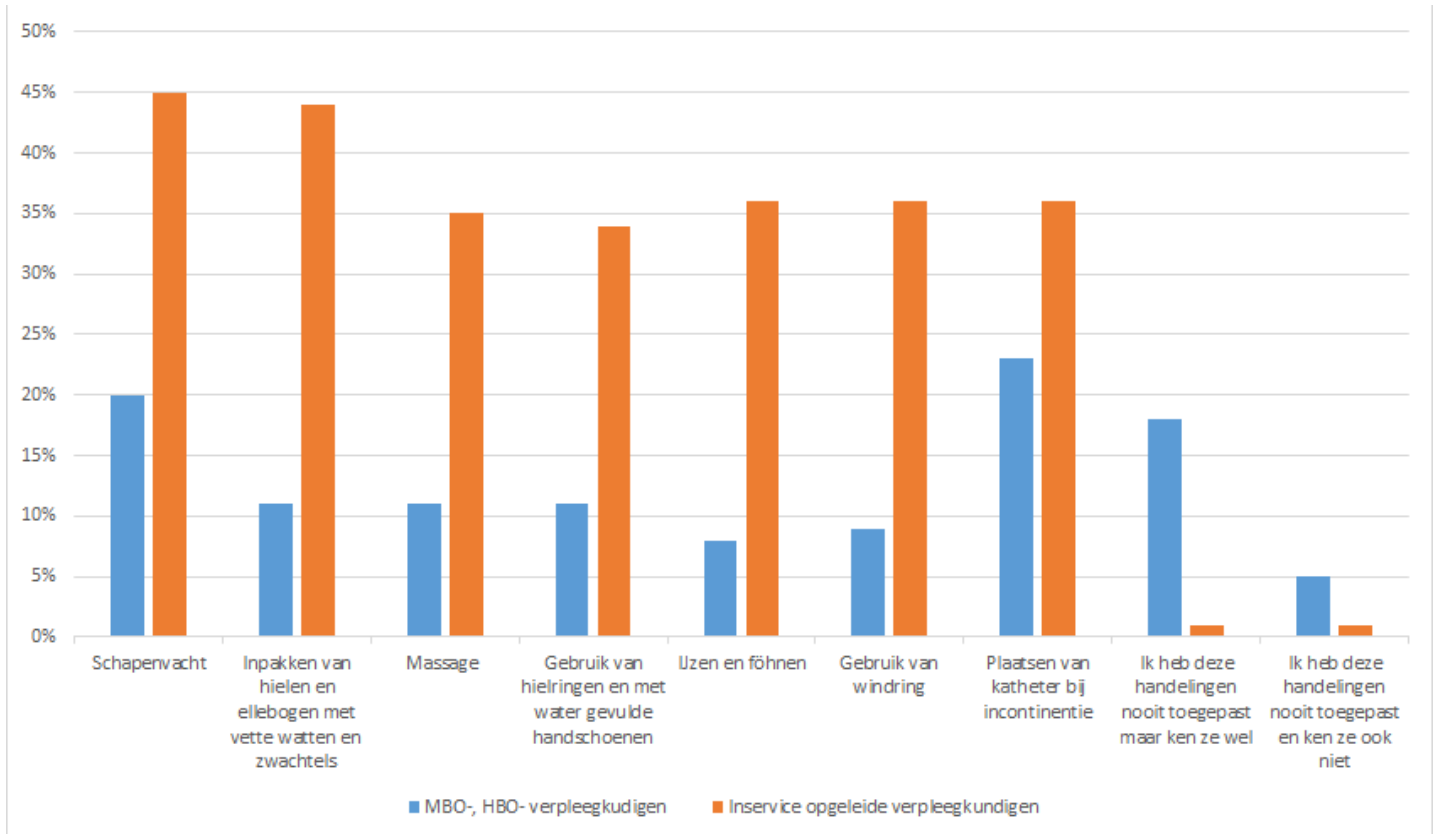


Diagram 5

Ook werd de respondenten gevraagd of zij wel eens afweken van de protocollen en wat hiervoor hun reden was. Drie respondenten gaven aan dat zij wel eens van het protocol afwijken omdat zij het niet eens zijn met het protocol. Vijf respondenten gaven aan dat zij ook wel eens van de protocollen afweken omdat zij een oud protocol of richtlijn gewend waren die nog steeds goede resultaten opleverde. Zes respondenten zijn wel eens van een protocol afgeweken, omdat zij niet wisten dat het protocol was aangepast. Negen respondenten deden hun werk wel volgens de richtlijnen maar waren het hier niet mee eens. 54 respondenten, het overgrootste deel (70%) van de respondenten, hielden zich volledig aan het protocol en waren het ook met het protocol eens. Een overzicht van deze resultaten kunt u vinden in diagram 6.



Diagram 6

Aan de respondenten werd gevraagd of zij de veranderingen van protocollen ervaren als een groot probleem binnen het verlenen van de zorg. Slechts 1 respondent zei, dat door de veranderingen in protocollen, zij het gevoel kreeg dat ze de handelingen niet goed had uitgevoerd. 5 respondenten vonden het lastig om elke keer opnieuw een andere handelingswijze aan te leren. Het grootste aantal respondenten (91%) vindt het alleen maar goed dat de protocollen zich steeds aanpassen aan de nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen die er zijn. En 1 respondent koos voor het laatste antwoord. Een overzicht van deze resultaten vindt u in diagram 7.



Diagram 7

Ook werd aan de respondenten gevraagd of zij wel eens dilemma's hadden ondervonden bij het uitvoeren van verschillende handelingen. Het grootste deel, 57%, had wel eens een dilemma ondervonden. In 17% ging dit over het niet-handhaven van de protocollen en in 40% van de gevallen kwam dit door een verschillend aangeleerde handeling. 43% van de respondenten heeft nooit eerder een dilemma ondervonden. Overzicht van deze resultaten vindt u in diagram 8.

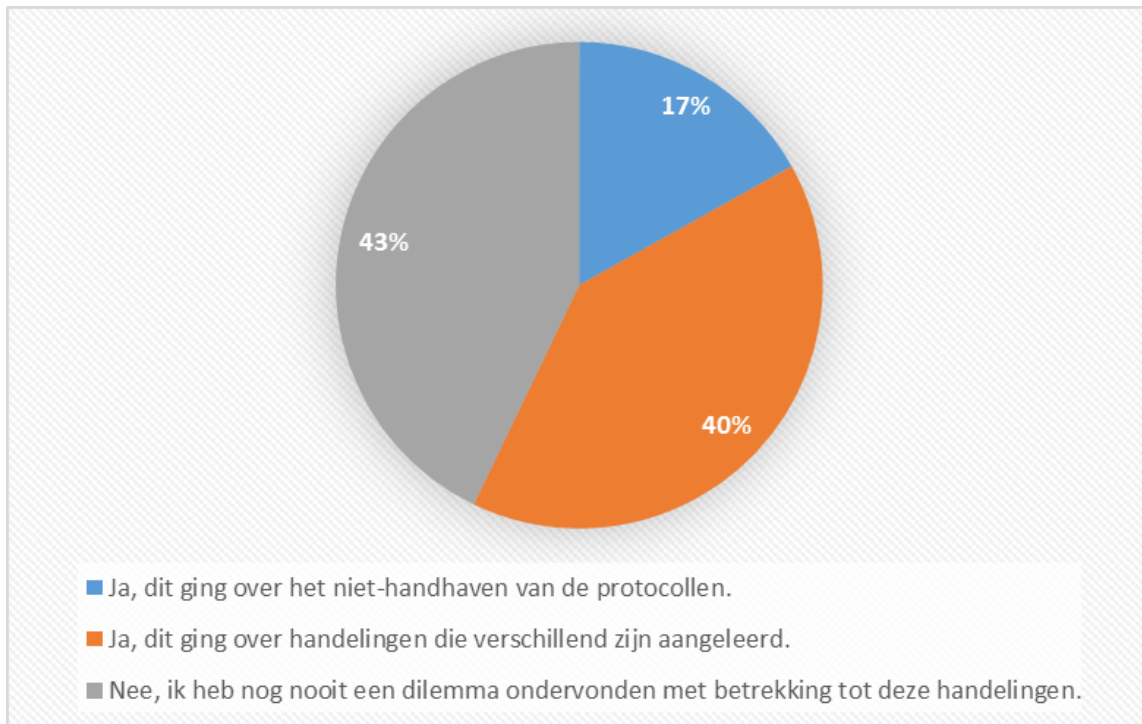


Diagram 8

Als laatst werd de respondenten de mogelijkheid gegeven om te reageren op de vraag over dilemma's die zij ervaren. Verschillende respondenten hebben hier dan ook gebruik van gemaakt. In totaal hebben 41 respondenten gereageerd. Uit de 41 reacties zijn de volgende 6 reacties gehaald die echt een dilemma omschrijven.

'Dit waren meer situaties waarbij verpleegkundige ook bleven vasthouden aan "hoe ze het vroeger deden" als voorbeeld heeft het lang geduurd eer smeren en masseren met levertraanzalf niet meer gedaan werd omdat ze bang waren dat iedereen decubitus zou krijgen als ze daar mee zouden stoppen. Er waren verpleegkundige die echt tubes Levertraan gehamsterd hadden om er zo lang mogelijk mee door te gaan.'

'Bijvoorbeeld het gebruik van de föhn. Dit is niet conform protocol, oudere verpleegkundigen willen het nog wel eens hanteren.'

'Collega's die handdoekjes oprollen en onder de hiel plaatsten. Je verplaatst dan de druk van de hiel naar de achillespees, waardoor op die plek decubitus kan ontstaan.'

'Wondbehandeling bij een cliënt. Collega's die het in hun opleiding anders hebben geleerd, lopen daar tegen aan. Omdat het toen veel meer resultaten te zien waren.'

'Verpleegkundigen die nieuwe ontwikkelingen niet bij hielden en dan bv nog gingen masseren of onjuiste houding bij wisselgging enz.'

'Na een jaarlang ijzen en föhnen-behandeling, decubitus bijna dicht, protocollen werden veranderd. Leidde tot stevige discussies welke behandeling verder werd gevolgd: de nieuwe dus. Gevolg nog een jaar langer decubitusbehandeling. De "oude" methode zou eerder resultaat gehad hebben?? Ik weet het nog steeds niet na meer dan 40 jaar.'

5. Conclusie

In deze conclusieparagraaf wordt antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag.

5.1 Deelvraag 1 - Kennis decubitus

Hoe is de kennis over decubitus door de jaren heen veranderd?

Door de jaren heen is de kijk op decubitus niet met hele grote stappen veranderd. Zo werd decubitus in 1777 al herkend. Ook wist men toen al dat decubitus ontstond door langdurig liggen.

Tegenwoordig gebruikt men de volgende definitie van decubitus:

“Onder decubitus wordt verstaan elke degeneratieve verandering, die veroorzaakt wordt onder invloed van de op weefsel inwerkende comprimerende (druk)krachten en schuifkrachten.”

De wetenschappelijke kennis over decubitus is door de jaren heen wel ontwikkeld. In 1895 wist men dat bij het ontbreken van vetweefsel decubitus kon ontstaan, doordat de huid direct op de beenderen komt te liggen. Door de druk van het liggen, wordt de bloedcirculatie gehinderd en sterven cellen af. Men ontdekte dat decubitus ook door uitwendige oorzaken veroorzaakt kon worden, zoals minimale voedselopname, ondergrond en inwerking van zweet, urine en feces.

Door de jaren heen ontdekte men dat er verschillende vormen van decubitus voorkomen. In 1907 werden er drie vormen onderscheiden; het eczematieuze, excooriatieve en gangraeneuze decubitus. Ook in 1958 kende men deze drie vormen van decubitus ook nog. Pas in 2001 werd er een indeling in graden toegepast. In plaats van drie vormen, werden er nu vier vormen van decubitus onderscheiden; niet-wegdrukbaar roodheid, een oppervlakkig huiddefect van de opperhuid, huiddefect of necrose van de huid en het onderhuidse weefsel en necrose aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels

5.2 Deelvraag 2 – Ontwikkelingen rituelen

Welke ontwikkelingen hebben de zeven ‘rituelen’ omtrent decubituszorg doorgemaakt?

Ieder ‘ritueel’ heeft zijn eigen ontwikkeling doorgemaakt. Waar het ene ritueel geleidelijk aan, door onderbouwingen en het afraden in de lesboeken tot een einde komt, kent een ander ‘ritueel’ juist veel momenten van aanbeveling afgewisseld door het afraden van de handeling. Van alle rituelen is bekend dat ze tegenwoordig worden afgeraden en daarom ook niet meer gebruikt behoren te worden in de praktijk. Dit kwam ook al vanuit het rapport ‘Doorbreek de Rituelen’ naar voren. Dit onderzoek bevestigt duidelijk dat deze zeven ‘rituelen’ omtrent decubituszorg ook daadwerkelijk tot het verleden behoren. De meeste ‘rituelen’ kwamen na uitgave van de decubitus richtlijn van de Consensus Commissie in 1985 en de herziening hiervan in 1992 tot hun einde. In tabel 5 is er een overzicht van alle zeven ‘rituelen’ te zien. Hierin staat verwerkt wanneer het ‘ritueel’ voor het eerste werd aanbevolen, wanneer deze voor het laatst werd aanbevolen, wanneer deze voor het eerst werd afgeraden, wanneer het ‘ritueel’ werd beëindigd en welke ontwikkeling dit ‘ritueel’ heeft doorgemaakt.

‘Ritueel’	Eerste keer aanbevolen	Eerste keer afgeraden	Laatste keer aanbevolen	Beëindiging ritueel
Schapenvacht	1963	1992	2010	Vanaf 2011
	De verschillende soorten schapenvachten zorgden voor discussie. De synthetische schapenvacht zorgde voor extra drukpunten en rolde op in bed. Bij de vacht van het Merinosschaap werd bewezen dat deze werkte maar door onvoldoende bewijs en onduidelijkheden moest het ritueel worden beëindigd.			
‘Ritueel’	Eerste keer	Eerste keer	Laatste keer	Beëindiging

	aanbevolen	afgeraden	aanbevolen	ritueel
Inpakken hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels	1903	1985	1987	Vanaf 1992
	Inpakken van hielen en ellebogen had uiteindelijk meer nadelen als voordelen. Zo konden er meer drukpunten ontstaan bij het inpakken en konden de wonden niet gecheckt worden door het dikke verband, ook was de handeling erg arbeidsintensief en zorgde het dikke verband voor weinig luchtcirculatie.			
Massage	1885	1899	1992	Vanaf 1992
	Door massage worden ziektekiemen in de huid gewreven. Massage kan de huid ontvellen en door de druk van de massage kan de onderliggende weefsel laag nog meer worden beschadigd.			
Hielring	1848	1906	1986	Vanaf 1987
	Door drukverplaatsing naar omliggende weefsels van de voet en grote belasting van de achillespees, richt de hielring vaak meer schade aan dan dat het goed doet.			
Met water gevulde operatiehandschoen	Niet beschreven in boeken	2002 Consensus Commissie	Niet beschreven in boeken	Vanaf 2006
	De druk wordt bij gebruik van een met water gevulde operatiehandschoen juist verhoogd, in plaats van verkleind.			
Ijzen en föhnen	1951	1980 (1977 wordt ijzen al afgeraden)	1970	Vanaf 1980
	De doorbloeding verslechterd door ijzen en föhnen, het heeft juist het tegenovergestelde effect van wat zou worden verwacht. Föhnen kan de huid verbranden en zorgt voor verspreiding van bacteriën. Ijzen kan de huid openschuren doordat de oppervlakte van ijsblokjes nooit helemaal glad is en het de huid hierdoor verweekt.			
Windring	1893	1968	1980	Vanaf 1985
	Door drukverplaatsing naar omliggende weefsels van de stuit wordt daar de kans op afknelling vergroot. Hierdoor wordt het probleem alleen maar verplaatst. Ook het ventiel en de scherpe randen aan de windring kunnen de huid van de patiënt beschadigen en dus is de kans dat de windring meer schade aanricht dan dat het goed doet, erg groot.			
Katheter bij incontinentie	1933	1969	1997	Vanaf 2002
	Naast het feit dat een katheter zorgt voor een verhoogd risico op blaasinfecties, is urine niet de oorzaak van decubitus. Decubitus ontstaat door druk- en schuifkrachten en dus kan een katheter niet een zinvolle antidecubitus maatregel zijn. Een katheter kan juist decubitus veroorzaken als de patiënt hier op ligt.			

Tabel 5

5.3 Deelvraag 3 - Consequenties

Hebben de veranderingen rondom de zeven 'rituelen' van de decubituszorg consequenties voor de verpleegkundigen van nu? En heeft dit voor dilemma's gezorgd?

De veranderingen die door de jaren heen hebben plaats gevonden binnen de decubituszorg hebben nog steeds consequenties voor de verpleegkundigen van nu. Driekwart van alle verpleegkundigen heeft wel eens een 'ritueel' toegepast binnen de decubituszorg. Daarbij ga

De open vraag die binnen de enquête werd gesteld zorgde voor zes bruikbare reacties van verschillende verpleegkundigen van nu. Er werden situaties verteld waarin de nog verouderde handelingen werden uitgevoerd. Daaruit kan de conclusie getrokken worden dat het voor verpleegkundigen soms onduidelijk is wat nou wel of niet mag.

5.4 Hoofdvraag

Welke historische ontwikkeling heeft decubituszorg doorgemaakt, waarom werden decubitusbehandelingen aangepast en welke effecten hebben de veranderingen, met betrekking tot decubituszorg, voor verpleegkundigen op de werkvloer?

Al in de achttiende eeuw herkende men decubitus. Ook wist men dat decubitus ontstond door langdurig liggen. Tegenwoordig weet men heel wat meer van decubitus. Zo is bekend dat decubitus ontstaat door op weefsel inwerkende comprimerende drukkrachten en schuifkrachten. Door onderzoeken door de jaren heen is men tegenwoordig op de hoogte van de inwendige en uitwendige oorzaken van decubitus. Ook kan men de vier verschillende vormen van decubitus herkennen. Door deze ontwikkelingen zijn er verschillende handelingen ontwikkeld om decubitus te voorkomen of behandelen. Een aantal van deze handelingen zijn door vernieuwde wetenschappelijke kennis weer verdwenen. Door de ontwikkelde kennis door de jaren heen zijn er protocollen opgesteld, zodat decubitus door iedereen gelijk behandeld kan worden.

De decubituszorg heeft veel ontwikkelingen doorgemaakt de afgelopen jaren. De eerste lesboeken die beschikbaar waren binnen dit onderzoek komen uit het jaar 1848. Vanaf het eerste moment dat er geschreven wordt over decubituszorg en de zeven 'rituelen', is te zien dat de zorg in beweging is en blijft. (Be)handelingen worden aangeraden, dan afgeraden, later weer opnieuw aangeraden en dan komt er alleen een aanraden voor een bepaalde patiëntengroep, bijvoorbeeld zware patiënten. Uiteindelijk zijn alle rituelen beëindigd om verschillende redenen. In tabel 5 ziet u een overzicht van de zeven 'rituelen' met betrekking tot decubitus.

Ondanks dat deze 'rituelen' vrij vroeg aan hun eind leken te komen, worden deze 'rituelen' nog wel door veel verpleegkundigen herkend of hebben zij deze zelf nog uitgevoerd in de praktijk.

Ook voor de verpleegkundigen van nu hebben de veranderingen binnen decubituszorg nog effect. Dit komt vanuit de resultaten van de enquête naar voren. Een aantal verpleegkundigen die de enquête hebben ingevuld hadden te maken met dilemma's rondom de decubituszorg.

6. Discussie en aanbevelingen

6.1 Inhoudelijke discussie

De onderzoeksvraag van dit onderzoek was:

“Welke historische ontwikkeling heeft decubituszorg doorgemaakt, waarom werden decubitusbehandelingen aangepast en welke effecten hebben de veranderingen, met betrekking tot decubituszorg, voor verpleegkundigen op de werkvloer?”

Deze onderzoeksvraag is onderzocht aan de hand van een deskresearch en een fieldresearch. De resultaten van deze onderzoeken zijn weergegeven bij de resultaten in hoofdstuk 4. Binnen dit hoofdstuk zullen de resultaten worden geïnterpreteerd en wordt de vergelijking gemaakt tussen de resultaten van het deskresearch en fieldresearch.

Deskresearch

Uit het deskresearch kwam naar voren dat alle zeven rituelen met betrekking tot decubituszorg worden afgeraden. Dit resultaat werd ook verwacht. Alle zeven rituelen kennen een eigen ontwikkeling, maar zijn tenslotte allemaal afgeraden. Het toepassen van massage en het gebruik van hielringen werden door de jaren heen om en om aanbevolen en afgeraden. Dit was opvallend binnen het onderzoek. De literatuur leek hierdoor tegenstrijdig te zijn. Het was, tot de opgestelde richtlijnen van de consensus commissie, niet duidelijk of een behandeling werkzaam was of niet. Wat hierbij opmerkelijk was, was dat bijna alle uitgewerkte rituelen lijken te eindigen bij de komst van de consensus commissie. Een uitzondering hierop is het ritueel van de schapenvacht. Deze werd in 2010 opnieuw onderzocht en weer aanbevolen. Vanaf 2011 werd het gebruik van de schapenvacht definitief afgeraden. Eén van de rituelen, het ijzen en föhnen, liet een verloop zien van verschillende handelingen die door de jaren heen werden samengesteld tot één handeling. De overige handelingen zijn niet op deze wijze samengesteld, ook dit was een opvallend resultaat binnen dit onderzoek.

De met water gevulde operatiehandschoen werd in het rapport ‘Doorbreek de rituelen’ samengevoegd met de hielring. De verwachting was dat deze twee handelingen ook tezamen zouden worden beschreven in de onderzochte literatuur. Dit was echter niet het geval. De met water gevulde operatiehandschoen werd zelfs helemaal niet omschreven binnen de literatuur. Er wordt verondersteld, door onderzoekers, dat deze handeling onofficieel werd gebruikt ter vervanging van de hielring, wanneer deze niet tot beschikking was. Ook lijkt het gebruik van een met water gevulde operatiehandschoen een goedkopere oplossing te zijn ter vervanging van de hielring.

Fieldresearch

Uit het fieldresearch kwam naar voren dat er tegenwoordig nog dilemma's zijn omtrent handelingen ter preventie van decubitus. Dit was opvallend, omdat de ‘rituelen’ waar de enquête over gehouden is, gericht was op handelingen die tegenwoordig afgeraden zijn. Deze dilemma's gaan in het bijzonder over handelingen die verschillend zijn aangeleerd en niet zo zeer over het niet handhaven van de protocollen. Deze laatste resultaten werden ook verwacht, voorafgaande aan het onderzoek.

Daarnaast viel op dat onder de ondervraagden, gemiddeld 52% bekend was met minimaal één van de zeven ‘rituelen’ waarnaar onderzoek is gedaan. Zij gaven aan dat zij deze handeling kenden en deze (vroeger) ook wel eens hadden toegepast. Omdat de helft van de verpleegkundigen aangaf dat zij inservice opgeleid waren, werd verwacht dat in ieder geval de helft van de deelnemers ooit de minimaal één van de zeven ‘rituelen’ heeft toegepast in de praktijk. Wat hierbij wel opviel was dat ‘slechts’ 44% van de ondervraagden ijzen en föhnen heeft toegepast in de praktijk. Verwacht werd dat dit meer zou zijn, omdat juist deze handeling vaak wordt gebruikt als voorbeeld om de ‘rituelen’

binnen de decubituszorg te verduidelijken. Daarnaast viel binnen dit onderzoek op dat 60% van de ondervraagden wel eens een katheter ter preventie van decubitus had ingebracht. Zo'n hoog percentage werd niet verwacht, omdat het inbrengen van een katheter een verpleegtechnische handeling is die niet zomaar wordt toegepast.

Verder viel binnen dit onderzoek op dat bij vraag vijf en zes van de enquête veel dezelfde antwoorden werden gegeven. Deze vragen gingen over het afwijken van de protocollen en hoe verpleegkundigen aankeken tegen steeds veranderende protocollen. Wanneer naar de antwoorden van deze vragen wordt gekeken, is te zien dat de meeste verpleegkundigen antwoorden met het meest politiek correcte antwoord. Om dit in een volgend onderzoek te kunnen voorkomen zouden deze antwoorden scherper kunnen worden gesteld. Bij vraag zes, over hoe verpleegkundigen aankeken tegen steeds veranderende protocollen, werd juist verwacht dat meerdere mensen zouden aangeven dat zij het gevoel hadden het vroeger niet goed gedaan te hebben. Dit werd verwacht omdat tijdens het gesprek met de opdrachtgever juist dit als één van de knelpunten werd aangedragen voor verpleegkundigen die werkzaam zijn in de continu veranderende zorgsector.

Ten slotte viel binnen het fieldresearch op dat één deelnemer een tegenstrijdig antwoord gaf. Deze deelnemer gaf bij de eerste vraag aan geen inservice opleiding te hebben gevolgd, maar bij vraag twee gaf deze deelnemer juist aan alleen een inservice opleiding te hebben gevolgd. Hierbij wordt uitgegaan van een vergissing bij het invullen van de enquête door de deelnemer.

Koppeling

Wanneer het deskresearch en het fieldresearch met elkaar vergeleken worden vallen de volgende dingen op.

Als eerst is te zien dat in de literatuur redelijk lang gebruik wordt gemaakt van de schapenvacht en dit is ook terug te zien in resultaten van de enquête. Uit deze resultaten blijkt dat 66% van de respondenten nog gebruikt heeft gemaakt van een schapenvacht ter preventie van decubitus. Dit is hoog ten opzichte van het gemiddelde gebruik van de 'rituelen' dat ongeveer 52% is. Hieruit kan dus de conclusie worden getrokken dat de bevindingen uit het deskresearch overeenkomen met de bevindingen uit het fieldresearch. Ditzelfde geldt voor het gebruik van de katheters ter preventie van decubitus. Katheters werden nog door 60% van de respondenten gebruikt, ten opzicht van het gemiddeld gebruik van de 'rituelen' van 52%. Ook bij de katheter ter preventie van decubitus komen de bevindingen van het deskresearch overeen met het fieldresearch.

Bij deze vergelijking tussen het desk- en fieldresearch valt bij het inpakken van de hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels juist op dat de resultaten elkaar tegen lijken te spreken. Hoewel er in de literatuur al vrij vroeg een einde komt aan het gebruik van het inpakken van de hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels, wordt in het fieldresearch aangegeven dat dit 'ritueel' nog wel redelijk veel wordt gebruikt. Van de respondenten geeft 56% aan nog gebruik te hebben gemaakt van dit 'ritueel' ten opzichte van het gemiddelde gebruik van 52%.

Wat verder ook opviel is dat veel niet-inservice opgeleide verpleegkundigen wel bekend zijn met minimaal één van de zeven 'rituelen'. Dit werd in eerste instantie niet zo verwacht, omdat niet-inservice opgeleide verpleegkundigen een heel andere opleiding kregen dan de inservice opgeleide verpleegkundigen. Uit de resultaten blijkt dat slechts 4 respondenten die niet-inservice opgeleid zijn niet bekend te zijn met de zeven 'rituelen'. De andere niet-inservice opgeleide verpleegkundige zijn dus wel bekend met (één van) deze 'rituelen'. Waarschijnlijk komt dit doordat, ondanks afraden van de 'rituelen' in de werkboeken, deze nog wel eens werden gebruikt op de werkvloer. Wanneer er bijvoorbeeld wordt gekeken naar de vette watten en zwachtels, windringen en het ijzen en föhnen,

kan worden opgemaakt dat deze 'rituelen' al vrij vroeg aan hun einde zijn gekomen in de jaren 1992, 1985 en 1987. Ondanks dat deze 'rituelen' vrij vroeg aan hun eind leken te komen, werden deze 'rituelen' nog wel door veel verpleegkundigen herkend of zelfs uitgevoerd. Dat is natuurlijk ook wat een 'ritueel' inhoudt. Een algemeen aanvaarde routinematige handelingen die niet onderbouwd is met wetenschappelijke inzichten maar gebaseerd is op gewoonte en traditie. Hiermee wordt dus ook bevestigd dat de onderzochte handelingen ook daadwerkelijk 'rituelen' waren binnen de decubituszorg.

6.2 Methodische discussie

Binnen dit onderzoek werd tegen een aantal beperkingen aangelopen die de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek negatief hebben beïnvloed. Deze beperkingen kwamen naar voren bij het bepalen van het onderwerp, het opstellen van de twee verschillende onderzoeksmethoden en bij het verkrijgen van resultaten van de populatie.

Onderzoeksmethoden

Deskresearch

Bij het uitvoeren van het deskresearch kwamen verschillende informatiebronnen aan bod. Tijdschriften, lesboeken en werkboeken over verpleegkunde. Deze collectie tijdschriften en boeken zijn gekozen uit twee bibliotheken die beschikken over een groot aantal historische boeken van de verpleegkunde. Een punt van discussie is dat door deze selectie van tijdschriften en boeken een groot deel van alle bestaande informatie over dit onderwerp niet is gebruikt. Het zal nooit mogelijk zijn om alle bestaande informatie te gebruiken voor dit onderzoek. De representativiteit zou wel verhoogd kunnen worden door enkele collecties van andere bibliotheken toe te voegen aan de binnen dit onderzoek gebruikte bibliotheken.

Fieldresearch

Bij het uitvoeren van het fieldresearch zijn er een aantal problemen ontstaan. Tijdens analyseren van de vragen van de enquête, bleek dat de vragen niet voor iedereen duidelijk waren. Zo gaf een respondent de feedback dat er bij de meerkeuze vragen geen ruimte was voor uitleg. De respondent heeft daarom een antwoord ingevuld waar zij niet volledig achter stond. Een andere respondent gaf ook een reactie op een vraag uit de enquête, zij kon geen antwoord invullen waar zij volledig achter stond. Daarom heeft zij deze vraag niet ingevuld, hierdoor kon de hele enquête niet worden verzonden. Dit is de enige verkregen feedback op de enquête. Bij een volgend onderzoek zou er ruimte gegeven kunnen worden voor toelichting van het antwoord bij gesloten vragen.

Een ander doel van het fieldresearch was dat de respondenten zouden bestaan uit 25 inservice opgeleide verpleegkundigen, 25 MBO- verpleegkundigen en 25 HBO- verpleegkundige. Ook dit streven is helaas niet behaald. Zo waren het aantal respondenten die alleen de inservice opleiding hadden gevolgd kleiner dan het aantal respondenten die een HBO-verpleegkunde diploma hadden. Hoewel het aantal van 75 reacties wel is behaald, is dit aantal niet representatief voor alle verpleegkundigen in Nederland. Hiermee kan slechts iets gezegd worden over een klein deel van de verpleegkundigen.

Een ander probleem waar tegenaan werd gelopen, was de medewerking van de benaderde instellingen. Er zijn voor dit onderzoek verschillende thuiszorginstellingen en ziekenhuizen benaderd. De meeste instellingen wilden niet meewerken aan het onderzoek, met als meest voorkomende reden dat men verpleegkundigen niet teveel wil belasten met allerlei onderzoeken. Waarschijnlijk is ervoor gekozen om niet mee te werken aan het onderzoek, omdat het onderzoek werd uitgevoerd vanuit een onafhankelijke instelling. Voor dit onderzoek zijn er 30 thuiszorginstellingen en 15

ziekenhuizen benaderd. In het vervolg zouden er meer instellingen benaderd kunnen worden om zo meer respons op de enquête te kunnen krijgen en de externe validiteit en representativiteit te verhogen. Omdat veel instelling niet mee te werken aan het onderzoek, is besloten om gebruik te maken van het eigen netwerk. Hierdoor zou het kunnen zijn dat de resultaten van het fieldresearch niet volledig betrouwbaar zijn. Dit omdat de enquête anoniem werd afgenomen en er niet gecontroleerd kon worden of de deelnemers daadwerkelijk afgestudeerd zijn en werkzaam zijn als verpleegkundigen.

Ook de analyse van het fieldresearch heeft problemen opgeleverd. Vooral de laatste open vraag was moeilijk te analyseren. Omdat de respondenten verschillende meningen mochten geven was er moeilijk onderscheid te maken tussen de reacties. De grote verscheidenheid van de reacties maakte dat we geen duidelijke conclusies konden trekken vanuit deze antwoorden. Ook kwamen er veel reacties binnen die geen duidelijke betrekking hadden op het onderzoek. Deze moesten eruit worden gefilterd. Verder voegde het resultaat van deze vraag niet veel toe aan het onderzoek.

6.3 Aanbevelingen

De resultaten en conclusies van dit onderzoek hebben verschillende verbeterpunten opgeleverd. Naar aanleiding van de resultaten, conclusies en discussie zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen.

Aanbeveling 1 – Verspreiding van de kennis

Om de informatie die is verkregen uit het onderzoek over te brengen op de verpleegkundigen van nu, kan de informatie beschikbaar gesteld worden voor de site van het Florence Nightingale instituut en hier zou een artikel over geschreven kunnen worden die gepubliceerd kan worden op de website van het FNI of in verschillende tijdschriften. Zo kunnen verpleegkundigen de informatie opzoeken en gebruiken in de praktijk.

Aanbeveling 2 - Vervolgonderzoek

Een andere aanbeveling is om dit onderzoek uit te breiden. In een vervolgonderzoek zouden alle rituelen, die in het rapport '*Doorbreek de rituelen*' aan bod komen, onderzocht kunnen worden. Dit zorgt voor een breder onderzoek dat meer kennis over de rituelen van vroeger zou opleveren. Ook zou binnen dit onderzoek een grotere enquête afgenomen kunnen worden met daarin meer vragen met betrekking tot de dilemma's. Deze enquête zou dan afgenomen kunnen worden op een grotere doelgroep of er zou een specifieke doelgroep gekozen kunnen worden.

Aanbeveling 3 – Vergaren van kennis

Om meer verdieping in de zeven 'rituelen' van decubituszorg te verkrijgen, zouden naast enquêtes ook interviews en observaties uitgevoerd kunnen worden. Dit zorgt voor meer diepgang in het onderzoek en bied meer inzicht in de praktijk. Door middel van interviews kan dieper worden ingegaan op de dilemma's die ontstaan op de werkvloer met betrekking tot decubituszorg. Daarnaast kan door observatie een beter beeld worden gecreëerd van de situatie op de werkvloer met betrekking tot 'rituelen' binnen de decubituszorg.

Het 'Recept voor doorligvlees'.

Men neme:

- *Een bedlegerige, incontinente patiënt, liefst ouder dan 65 jaar met een CVA, diabetes of beide.*
- *Een oude, versleten matras*
- *Een laken*
- *Een incontinentiematje*
- *Een flink griepvirus*
- *Een grote tube Lanettecrème*
- *Een oud en vies schapenvachtje*
- *IJs en een föhn*

Vervolgens wordt het laken lekker in plooiën gelegd, ligt de patiënt met de stuit op de schapenvacht of scheef op het incontinentiematje, wordt zijn stuit regelmatig flink ingewreven, desnoods geïjst en geföhnd, krijgt hij griep, wordt hij niet gedraaid, verschoond of gevoed. Als alles meezit, is er binnen enkele dagen diepe decubitus stadium 4.

(Verpleegkundig Nieuws, 2002)

7. Bibliografie

7.1 Bibliografie projectrapportage

- Achterberg, T. v. (2006). De noodzaak van wetenschappelijke evidentie in de verpleegkundige zorgverlening. *Verpleegkunde*, 26-35.
- AVV, C. L. (2013, December 27). *Zorgprotocollen*. Opgeroepen op Augustus 19, 2014, van Zorgprotocollen: <http://www.zorgprotocollen.nl/protocolachtergrond.htm>
- Bakker, J.H. & M.J.M. le Grand-van den Boogaard (1988). *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer.
- Bakker, E. &. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff.
- Beers, M. (2005). *Medisch handboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beld, A. v. (1993). *Ethiek in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Berg, H. (1925). *Historisch overzicht; Een halve eeuw 'Witte Kruis'-arbeid*. Amsterdam.
- Berg, H. L. (1925). *Historisch overzicht, 'Een halve eeuw 'Witte Kruis'-arbeid*. Amsterdam.
- Boekel, P. v. (2007). *Wondenboek*. Leiden: Woundcare Consultant Society.
- Boer, D. T. (1999). *Volwaardige verpleging*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.
- Bulecheck, G. B. (2010). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Caluwé, L. d. (2002). *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Schiedam: Scriptum.
- Castelijn, M. (1994). De rol van de thuiszorg bij de preventie en behandeling van decubitus. *WCS Nieuws*, 20-22.
- Dale, v. (2014). *van Dale*. Opgeroepen op Augustus 27, 2014, van van Dale: http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=dilemma&lang=nn#.U_2FPMV_vtk
- Dane, C. (1991). *Geschiedenis van de ziekenverpleging* (Vol. 8e druk). Lochem: Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom.
- Donkers, G. (2012). *Veranderen in meervoud; een driedimensionale kijk op de sociale verandkunde*. den Haag: Boom Lemma.
- EZB. (sd). *info over ethiek-zorgbeleid-support*. Opgeroepen op Augustus 27, 2014, van Ethiek, Zorg en beleidsupport: http://www.ethiek-zorgbeleid-support.info/ethiek_dilemma.php
- Florence Nightingale Instituut*. (2007). Opgeroepen op Augustus 18, 2014, van website van het Florence Nightingale Instituut: www.fni.nl
- Haugan, G. T. (2002). *Effective Work Breakdown Structures*. Vienna: Management Concepts. Opgehaald van <https://www.workbreakdownstructure.com/nl/>
- Hogewoning, R. &. (2006). *Omgaan met dilemma's*. Soest: Nelissen.
- Hunink, G. &. (2008). Zinloze rituelen. *Critical Care*.
- Instituut, F. N. (2007). *fni*. Opgeroepen op Augustus 18, 2014, van Florence Nightingale Instituut: www.fni.nl
- J. van Amgerongen, F. H.-z. (2011). *Verpleegtechnisch handelen voor dokterassistenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jong, J. d. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Koeleman, H. (2002). *Interne communicatie bij veranderingen*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- LEVV. (2010). *LEVV*. Opgeroepen op Augustus 19, 2014, van LEVV: <http://www.levv.nl/nl/infoportaal/veelgestelde-vragen/richtlijnen/>
- Mank, A. &.-G. (2003). Controle op overvulling bij hyperhydratie. *Verpleegkunde*, 149-158.
- menselijk-lichaam.com. (2010). *Menselijk Lichaam*. Opgeroepen op Augustus 18, 2014, van Menselijk Lichaam: <http://www.menselijk-lichaam.com/algemeen/verpleegkundige>
- Onbekend (2002, December 5). Recept voor doorliggen. *Verpleegkundige Nieuws*, pp. 4
- PA, p. V. (2012). <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/06/Physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-ook-wettelijk-op-eigen-benen.pdf>. Opgehaald van Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen:

- <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/06/Physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-ook-wettelijk-op-eigen-benen.pdf>
- Peters, J. &. (2004). *Niets nieuws onder de zon en andere toevalligheden*. Amsterdam: Business Contact.
- Plas, M. e. (2008, Februari 1). *Anderszorgen*. Opgeroepen op Augustus 26, 2014, van Anderszorgen: http://www.anderszorgen.nl/documenten/Doorbreek_de_Rituelen_MPDef,%20LEV,%20januari%202008.pdf
- Schouten, L. (sd). *Evidence based werken*. Opgeroepen op Augustus 20, 2014, van CBO: <http://www.cbo.nl/themas/evidence-based-werken-richtlijnen-/projecten/richtlijnen>
- SurveyMonkey. (2014, December). Opgehaald van SurveyMonkey: www.surveymonkey.nl
- SVOZ. (2008, 18 Februari). *SVOZ opleidingen in de zorg*. Opgeroepen op Augustus 26, 2014, van SVOZ: <http://www.svoz.nl/newsitem67690/levv-presenteert-rapport-doorbreek-de-rituelen>
- V&V, T. (2007). *V&VN*. Opgeroepen op Augustus 20, 2014, van V&VN: http://www.trajectvenv.nl/assets/trajectvenv/home/verpleegtechnische%20handelingen%203_antwoordtips.pdf
- V&VN. (2012, Juni 13). *V&VN*. Opgeroepen op Augustus 19, 2014, van V&VN: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen/Detail/tabid/5281/ArticleID/7009/mod/14584/Protocollen.aspx>
- Vermeulen, M. (2008, Februari 1). Veel verpleegmethoden zinloos. *Volkskrant*, pp. <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/883470/2008/02/01/veel-verpleegmethoden-zinloos.dhtml> .
- Werwe, R. v. (2007, augustus 23). *Zorgen voor verandering*. Opgehaald van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fthesis.eur.nl%2Fpub%2F4468%2FvandemerweR.pdf&ei=nQtzVL_HEYbYPO_OgTA&usg=AFQjCNEt0Z859ptqel7m5wNAbj4k_QhSrw&bvm=bv.80185997,d.ZWU
- Wiegman, N. (1996). *Gewina-TGGNWT*. Opgeroepen op Augustus 19, 2014, van Studium: <https://gewina-tggnt.library.uu.nl/index.php/gewina-tggnt/article/viewFile/521/525>
- Wiegman, N. (2005). Verpleegkundig-historisch onderzoek in Nederland. *Verpleegkunde*, 231-239.
- Wikipedia. (2014, Juni 10). Opgeroepen op Augustus 20, 2014, van Wikipedia: http://nl.wikipedia.org/wiki/Verpleegkundige_handeling
- Willems, M. (2008, Februari 1). Veel rituele handelingen in de zorg nutteloos. *Elsevier*, pp. <http://www.elsevier.nl/Stijl/nieuws/2008/2/veel-rituele-handelingen-in-de-zorg-nutteloos-ELSEVIER156451W/>.

7.2 Bibliografie deskresearch

Bibliografie van 'Decubitus door de jaren heen'

- Abrahamse, A. (2005). *Verpleegtechnische handelingn 1*. Baarn: Nijgh Versluys.
- Abrahamse, C. (2002). *Verplegende elementen voor verzorgenden 1*. Baarn: Nijgh Versluys.
- Bierhorst, A. (1951). *Algemene ziekenverpleging*. Groningen: J.B. Wolters.
- CBO, K. v. (2002). *Decubitus tweede herziening*. Opgehaald van huidziekten: <http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-decubitus-2002.pdf>
- Everdingen, J., van. & Giebing, H. (1989). De consensus preventie decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, pp. 608-609.
- Eynde, L., van. (1958). *Algemene en medische verplegingstechnieken*. Leuven: N.V. Standaard Boekhandel.
- Haalboom, J. (2002, December 11). *De herziene versie van de CBO consensus decubitus. Wat houdt dit in?* Opgehaald van WCS: www.wcs.nl
- Hanraets, M. &. (1992, December 11). *Een decennium decubitus in Nederland, een samenvatting van ontwikkelingen, overeenkomsten en tegenstrijdigheden*. Opgehaald van WCS: www.wcs.nl
- Hulshof, S. (1895). *Ziekenverpleging; Algemeene voorschriften*. Utrecht: J.L. Beijers.
- Keuzenkamp, T. (1982). *De conservatieve behandeling van decubitus*. Utrecht: Bohm, Scheltema en Holkema.
- Meijer, G. (1848). *Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers*. Groningen: C.M. van Bolhuis Hoitsema.
- Nolst- Trenité, A. (1895). *Handboek der Ziekenverpleging*. Amsterdam: van Heteren.
- Salzwedel. (1899). *Leerboek der ziekenverpleging*. Zutphen: W.J. Thieme & Cie.
- Schokking, C. (1936). *Handboek der ziekenverpleging; Huid- en geslachtsziekten*. Kampen: J.H. Kok.
- Stumpff, E. (1907). *Voorlezingen over ziekenverpleging II*. Haarlem: De erven F. Bohn.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2011). *Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling*. Utrecht: V&VN.

Bibliografie van 'Schapenvacht'

- arbo, B. m. (2009). *Beter met Arbo*. Opgehaald van <http://www.betermetarbo.nl/gevaarlijke-stoffen/protocol-veilig-werken-met-formaline.html>
- Beeckman, D. D. (2010). De effectiviteit van de Australische Medische Schapenvacht bij decubituspreventie. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 42.
- Bergh- Broom, A. v. (1970). *Algemene verpleegkunde, In goede handen, leergang voor verpleegkundigen*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
- Beveren, v. I. (2002). Aandacht is de eerste stap naar verbetering. *Nursing*, blz. 34-35.
- Defloor, T. (1999). Schuifkracht bij decubitus. *Nursing*, blz. 50- 51.
- Du Gas, B. W. (1977). *Basisboek verpleegkundige, verplegen als intergraal proces*. Groningen: Wolters- Noordhoff.
- encyclopedie, N. (2015, januari 22). Opgehaald van Encyclo.nl: <http://www.encyclo.nl/begrip/looien>
- Gezondheidsraad. (2000). Te weinig kennis over decubitus. *Verpleegkunde Nieuws*, blz. 9.
- Halfens, R. (1991). Verpleging dient bij voorkomen en behandelen van decubitus zinvolle methoden toe te passen. *Verpleegkunde Nieuws*, blz. 2-6.
- Hardy, A. E. (1978). *De verpleging bij wervel- en ruggenmergletsels*. Lochem: De Tijdstroom.
- Henkelmann, C. (1971). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 296.
- Jongsma, M. P.-H. (1969). *In goede handen, Leergang voor verpleegkundigen*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
- Jongsma, M. P.-H. (1975). *In goede handen, Leergang voor verpleegkundigen*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
- Jongsma, M. v. (1979). *In goede handen, Leergang voor ziekenverzorging*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & De Does.
- Jonkers, A. (2010). Veel geblaas en weinig wol? *Nursing*, blz. 14-17.
- Kraak, J. (1970). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 228-229.
- Meijer, G. (1848). *Handboek voor pleegsusters en ziekenoppassers*. Groningen: C.M. van Bolhuis Hoitsema.
- Moolen, J. v. (1963). *Verpleegkunde, Basisverpleging- preklinische periode*. Lochem : De Tijdstroom.
- Moolen, J. v. (1968). *Verpleegkunde, Basisverpleging- preklinische periode*. Lochem: De Tijdstroom.
- Moolen, J. v. (1977). *Verpleegkunde, Basisverpleging- preklinische periode*. Lochem : De Tijdstroom.
- Nies, I. (2002). Decubituspreventie. *Nursing*, blz. 57.
- NIVEL. (2011). Australische Medische Schapenvacht opnieuw onderzocht. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 7.
- Peet, v. d. (1990). *Verpleegkundige 1, De lichamelijke van de mens*. Lochem/Gent: De Tijdstroom.

Veen van, A. (1996). Decubitus en liggen. *Nursing*, blz. 66- 69.

Vilain, R. (1992). Preventie en behandeling decubitus. *Verpleegkundig perspectief*, blz. 28- 43.

Wolfswinkel- de Jong, C. H. (1995). Decubituspreventie: het effect van een scorelijst. *Verpleegkunde*, blz. 29- 36.

ziekenhuis, V. A. (1977). *Ministra, Misericodiae, Medicina*.

Bibliografie van 'Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels'

- A.H.M. van den Bergh- Broom, L. M. (1970). *Algemene verpleegkunde, In goede handen, Leergang voor verpleegkundigen*. Leiden: Spruijt, van Mantgem en De Does.
- Balen, G. F. (1947). *Leerboek der ziekverpleging*. 's Hertogenbosch: L. C. G. Malmberg.
- C.J.A. Wolfswinkel- de Jong, R. H. (1995). Decubituspreventie: het effect van een scorelijst. *Verpleegkunde*, blz. 29- 36.
- Casmir, T. (1990). *Verplegen in het algemeen ziekenhuis*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & De Does.
- Eden, P. v. (1918). *Verbandleer*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- H.L.F. Geuzebroek, E. H. (1962). *Leerboek der Ziekenverpleging* . Gorichem : J. Noordduijn en zoon N.V.
- Heyl, M. (1953). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 152- 153.
- Hulst, M. v. (1985). Preventie van decubitus, tekst en uitleg van de consensusbijeenkomst. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 361- 266.
- J. R. M. Arets, J. P. (1987). *Met zorg verplegen Deel 2*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
- J.C.W. van der Moolen, H. Q. (1977). *Verpleegkunde, basisverpleging- preklinische periode* . Lochum: De Tijdstroom.
- M.W. Jongsma, F. O. (1974). *In goede handen, Leergang voor de ziekenverzorging*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & De Does.
- Meerburg, G. G. (1933). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, blz. 77- 81.
- Meerburg, G. G. (1935). *Algemene ziekenverpleging*. Groningen: Batavia: J.B. Wolters.
- Moolen, J. v. (1968). *Verpleegkunde, Basisverpleging- preklinische periode*. Lochum: De Tijdstroom.
- Nies, I. (2002). Decubituspreventie. *Nursing*, blz. 57.
- Products, L. B. (2002). Hielbescherming . *Verpleegkunde Nieuws*, blz. 22.
- R. Koolen, M. M. (2005). *Verpleegkundige handelingen 1*. Baarn : Nijgh Versluys.
- R. van den Peet, A. G. (1990). *Verpleegkundige 1, De lichamelijke van de mens*. Lochum/Gent: De Tijdstroom.
- Schokking, C. P. (1936). *Huid- en geslachtsziekten*. Kampen: J. H. Kok.
- Spieker, P. (1999). Soms gaat het over, soms zet het door. *Verpleegkunde Nieuws*, blz. 22-23.
- Stumpff, J. E. (1916). *Voorlezingen over ziekenverpleging* . Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Trenité, A. N. (1903). *Handboek der ziekenverpleging*. Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- Trenité, A. N. (1908). *Handboek der ziekenverpleging* . Amsterdam: J. H. & G. van Heteren .

Bibliografie van 'Massage'

- Abrahamse, A. (2006). *Verplegen van geriatrische zorgvragers*. Baarn: Nijgh Versluys.
- Beyerman, W. (1926). Raadgevingen en aanbiedingen van het Centraal Bureau. *Het groene en witte kruis*, pp. 266-267.
- Bierhorst, A. (1951). *Algemene ziekenverpleging*. Groningen: J.B. Wolters.
- Bilderbeek, F. v. (1975). *Leerboek voor ziekenverzorgenden*. Lochem: De Tijdstroom.
- Breemen, J. v. (1908). Massage en waterbehandeling in de huispraktijk voor verpleegsters en verplegers. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.
- Defloor, T. (1984). Hulpmiddelen bij de preventie van decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverzorging*, 174-175.
- Halfens, R. &. (1995). Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *International Journal of Nursing Studies* 32, pp. 16-26.
- Hamilton, H. &. (1988). *Verpleegkundige handelingen en procedures*. Lochem: De Tijdstroom.
- Jonker, A. (1967, januari 14). Decubitus in het verpleeghuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
- Kraak, J. (1970). De behandeling van het decubitus ulcus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, pp. 229.
- Le Rütte. (1923). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverzorging*, 829.
- Minister van Oorlog. (1955). *Handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen*.
- Moolen, J. v. (1962). *Verpleegkunde; preklinische periode*. Lochem: De Tijdstroom.
- Moolen, J. v. (1968). *Verpleegkunde; basisverpleging/preklinische periode*. Lochem: De Tijdstroom.
- Salzwedel. (1899). *Leerboek der ziekenverpleging*. Zutphen: W.J. Thieme & Cie.
- Schokking, C. (1936). *Handboek der ziekenverpleging; Huid- en geslachtsziekten*. Kampen: J.H. Kok.
- Spieker, P. (2005). Decubitus. *Verpleegkunde Nieuws*, pp. 18-21.
- Stumpff, E. (1907). *Voorlezingen over ziekenverpleging II*. Haarlem: De erven R. Bohn.
- Trenité, N. (1895). *Handboek der Ziekenverpleging*. Amsterdam: van Heteren.
- Trenité, N. (1908). *Handboek der Ziekenverpleging*. Amsterdam: van Heteren.
- Vilain, R. (1992). Preventie en behandeling van decubitus. *Verpleegkundig Perspectief*, 28-43.

Bibliografie van 'Hielringen'

- Bakker, H. (1985). Oorspronkelijke stukken; Consensus-bijeenkomst preventie van decubitus. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1280-1284. Opgehaald van Nederlands tijdschrift voor geneeskunde.
- Balen, G. F. (1947). *Leerboek der ziekenverpleging*. 's Hertogenbosch: L.C.G. Malmberg.
- Bergh-Braam, A. v. (1976). *Algemene verpleegkunde; in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mentgem en de Does N.V. .
- Bergh-Braam, A. v. (1980). *Verpleegkunde 2: in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mantgem en de Does B.V.
- Bloem, F. &. (1970). *Verpleegkunde voor ziekenverzorgenden*. Lochum: de Tijdstroom.
- Boersma, A. (1971). *Leerboek voor ziekenverzorgenden 1*. Lochum: de Tijdstroom.
- Bouwhuizen, M. (1972). *Verpleegkunde; in goede handen*. Leiden: Spruyt en Mentgem en de Does N.V.
- Bouwhuizen, M. (1972). *Verpleegkunde; in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mentgem en de Does N.V.
- Bussy-Kruysse, L. d. (1910). *Ziekenverpleging, Practische en Etische wenken*. Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Bussy-Kruysse, L. d. (1910). *Ziekenverpleging: Practische en Etische wenken*. Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Caoutchouc en Gutta Percha. (1900, 1 Juni). *De Kampioen: orgaan van den algemeenen Nederlandschen wielryders bond*, 17(22), 482-483.
- CBO, K. v. (2002). *Decubitus tweede herziening*. Opgehaald van huidziekten: <http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-decubitus-2002.pdf>
- Comité van verpleegsters-monitricen gegradueerden in de verpleegkunde. (1958). *Algemene en medische verplegingstechnieken* (Vol. derde druk). Antwerpen: N.V. Standaard-Boekhandel.
- Comite verpleegsters, v. (1958). *Algemene en medische verplegingstechnieken*. Antwerpen: Uitgeversmaatschapij N.V. Standaard-Boekhandel.
- Decubitus. (1893, 15 Juli). *Maandblad voor ziekenverpleging*, 3(11), 196-197.
- DON, d. o. (2013). *de Dwarslaesie*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van dwarslaesie.nl: <http://www.dwarslaesie.nl/de-aandoening/de-dwarslaesie/?L=0%25252C%2525202014>
- Florence Nightingale Instituut. (2007). *Tijdschrift van de zorg*. Opgehaald van Florence Nightingale Instituut: <http://www.fni.nl/tijdschrift-van-de-zorg>
- Geuzebroek, N. &. (1958). *Leerboek der ziekenverpleging*. Gorinchem: J. Noorduijnen en zoon N.V. .
- Gezelle Meerburg, G. F. (1929). *Algemeene ziekenverpleging*. Groningen: B. Wolters U.M. .
- Gezelle-Meerburg, G. (1935). *Algemene ziekenverpleging* (Vol. 3e druk). Groningen: B. Wolters U.M.
- Haalboom, J. (2002, December 11). *De herziene versie van de CBO consensus decubitus. Wat houdt dit in?* Opgehaald van WCS: www.wcs.nl

- Hanraets, M. &. (1994). *Een decennium decubitus in Nederland, een samenvatting van ontwikkelingen, overeenkomsten en tegenstrijdigheden*. Opgehaald van WCS kenniscentrum wondzorg: file:///C:/Users/Marida/Downloads/312_wcs-nb-jg-10-nr-1-1994-pag-2-8.pdf
- Hardy, A. G. (1978). *De verpleging bij wervel- en ruggenmergletsels*. Lochem: De Tijdstroom.
- Heyl, M. (1953, Mei 1). Decubitus. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 6(9), 238-239.
- Hulshoff, S. (1895). *Ziekenverpleging, algemene voorschriften* (Vol. 2e druk). Utrecht: J.L. Beijers.
- Hulshoff, S. (1895). *Ziekenverpleging, algemene voorschriften* (Vol. tweede druk). Utrecht: J.L. Beijers.
- Keuzenkamp, T. (1982). *De conservatieve behandeling van decubitus*. Utrecht: Bohm, Scheltema en Holkema.
- Kuiper, C. (2012). *Eviden-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Meijer, G. (1848). *Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers*. Groningen: C.M. van Bolhuis Hoitsema.
- Melk, H. (1931). *De praktijk er ziekenverpleging*. 's Gravenhage: G. Naeff.
- Moolen, J. v. (1968). *Verpleegkunde/basisverpleging preklinische periode: deel 5* (Vol. 5e druk). Lochem: Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom.
- N.V., V. F. (1930, oktober 14). *Afscheid van dr. Johann Eduard Stumpff*. Opgehaald van Beeldbank: <http://beeldbank.amsterdam.nl/beeldbank/weergave/record/?id=B00000023206>
- Nolst Trenité, A. (1903). *Handboek der ziekenverpleging* (Vol. vierde druk). Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- Nolst Trenité, A. (1908). *Handboek der ziekenverpleging* (Vol. vijfde druk). Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- Nolst-Trenité, A. (1908). *Handboek der Ziekenverpleging* (Vol. 5e druk). Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- NVDG, n.-v. d. (2010, 8). *ziekenhuisprotocol dwarslaesie*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van Dwarslaesie: http://www.dwarslaesie.nl/fileadmin/don/Redactie/Documenten/De_aandoening/Informatie_behandelaars/ziekenhuisprotocol-dwarslaesie-versie-1.3.pdf
- Oldenburger, I. &. (1992). *Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Peet, R. v. (1984). *Verpleegkunde 1, lichamelijke van de mens*. Lochem: de Tijdstroom.
- Revalidatiecentrum 'De Hoogstraat', s. (1975, Juli 8). Iets over dwarslaesie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 654-655.
- Schut- van Woerden, O. (1992). *Verpleegkunde voor verzorgenden* (Vol. tweede druk). Lochem: de Tijdstroom.
- Schut, J. (1968). *Leerboek voor revalidatie*. Lochem: de Tijdstroom.
- Sijs, N. v. (2010). *Gummi (Arabische gom, rubber)*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van etymologiebank: <http://www.etymologiebank.nl/trefwoord/gummi>

- Spieker, P. (2004, April). Voorkom hieldecubitus praktisch en goedkoop met een kussen. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 69-70.
- Stevens, P. (1986). *Verpleegkundige zorg 1*. Leiden: Spruyt van Mantgem en de Does B.V.
- Stichting revalidatiecentrum, ' . H. (1975, Juli 8). Iets over dwarslesie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 654.
- Stumpff. (1913). *Voorlezing over ziekenverpleging* (Vol. 4e druk). Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Stumpff, J. (1906). *Voorlezing over ziekenverpleging; deel 1 & 2* (Vol. eerste druk). Haarlem: Erven F. Bohn.
- Vilain, R. (1992). Preventie en behandeling van decubitus. *Verpleegkunde perspectief*, 28-43.

Bibliografie van 'Met water gevulde operatiehandschoen'

CBO. (2002). *Decubitus; tweede herziening*. Opgeroepen op 01 14, 2015, van huidziekten:
<http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-decubitus-2002.pdf>

Groetelaers. (2011, Mei 12). Hielen vrij, iedereen blij. *Nursing*, 17(5), 38-39.

Spieker, P. (2006). Kennis decubituspreventie blijft matig. *Verpleegkunde nieuws*, 6, 23.

Bibliografie van 'IJzen en föhnen'

- Abrahamse, A. (2006). *Verplegen van geriatrische zorgvragers*. Baarn: Nijgh Versluys.
- Balen, G. v. (1947). *Leerboek der ziekenverpleging*. 's Hertogenbosch: Malmberg.
- Berecek. (1975). *The Nursing Clinics of North America*.
- Beyerman, W. (1926). Raadgevingen en aanbiedingen van het Centraal Bureau. *Groene en witte kruis*, pp. 266-267.
- Bierhorst, A. (1951). *Algemene ziekenverpleging*. Groningen: J.B. Wolters.
- Bloem, F. &. (1970). *Verpleegkunde voor ziekenverzorgenden*. Amsterdam: Agon Elsevier.
- Borger, C. (1953). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, p. 154.
- Defloor, T. (1984). Hulpmiddelen bij preventie van decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, pp. 174-175.
- Eynde, L., van. (1958). *Algemene en medische verplegingstechnieken*. Leuven: N.V. Standaard Boekhandel.
- Halfens, R. (1991). Verpleging dient bij voorkomen en behandelen van decubitus zinvolle methoden toe te passen. *Verpleegkunde Nieuws*, pp. 51-52.
- Hansma, S. (2005). Dicht de kloof tussen weten en doen. *Nursing*, pp. 50-51.
- Hesmer-Quanjer, H. M. (1973). *Verpleegkunde; Algemene verpleegkunde*. Lochem: De Tijdstroom.
- Hulst, M., van. (1985). Preventie van decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, pp. 364-365.
- J.H.L. (1954). Enkele suggesties betreffende het voorkomen van decubitus van het oor. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, p. 154.
- Jonker, A. (1967). Decubitus in het verpleegtehuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
- Kleefstra, S. (2014). 'Geen desinfectie voor injectie: ik was er net aan gewend. *Nursing*.
- Kraak, J. (1970). De behandeling van het decubitus ulcus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, p. 229.
- Meerburg, G. (1933). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, p. 81.
- Minister van Oorlog. (1955). *Handboek voor de soldaat der geneeskundige troepen*.
- Moolen, J. v. (1962). *Verpleegkunde; preklinische periode*. Lochem: De Tijdstroom.
- Schokking, C. (1956). *Handboek der Ziekenverpleging; Huid- en geslachtsziekten*. Kampen: J.H. Kok.
- Spieker, P. (1987). Het is niet alleen de wond waar het om gaat, er zit ook nog een patiënt aan vast. *Verpleegkunde nieuws*, pp. 7-9.
- Spieker, P. (2004). Kennis decubituspreventie blijft matig. *Verpleegkunde Nieuws*, p. 23.
- Spieker, P. (2005). Decubitus. *Verpleegkunde Nieuws*, pp. 18-21.

Bibliografie van 'Windringen'

- Bergh-Braam, A. v. (1980). *Verpleegkunde 2: in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mantgem en de Does B.V.
- Bloem, F. &. (1970). *Verpleegkunde voor ziekenverzorgenden*. Lochum: de Tijdstroom.
- Bouwhuizen, M. (1972). *Verpleegkunde; in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mentgem en de Does N.V.
- Bussy-Kruysse, L. d. (1910). *Ziekenverpleging, Practische en Etische wenken*. Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Caoutchouc en Gutta Percha. (1900, 1 Juni). *De Kampioen: orgaan van den algemeenen Nederlandschen wielryders bond*, 17(22), 482-483.
- CBO, K. v. (2002). *Decubitus tweede herziening*. Opgehaald van huidziekten: <http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-decubitus-2002.pdf>
- Comité van verpleegsters-monitricen gegradueerden in de verpleegkunde. (1958). *Algemene en medische verplegingstechnieken* (Vol. derde druk). Antwerpen: N.V. Standaard-Boekhandel.
- Decubitus. (1893, 15 Juli). *Maandblad voor ziekenverpleging*, 3(11), 196-197.
- DON, d. o. (2013). *de Dwarslaesie*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van [dwarslaesie.nl](http://www.dwarslaesie.nl): <http://www.dwarslaesie.nl/de-aandoening/de-dwarslaesie/?L=0%25252C%2525202014>
- Haalboom, J. (2002, December 11). *De herziene versie van de CBO consensus decubitus. Wat houdt dit in?* Opgehaald van WCS: www.wcs.nl
- Hanraets, M. &. (1992, December 11). *Een decennium decubitus in Nederland, een samenvatting van ontwikkelingen, overeenkomsten en tegenstrijdigheden*. Opgehaald van WCS: www.wcs.nl
- Hulshoff, S. (1895). *Ziekenverpleging, algemene voorschriften* (Vol. tweede druk). Utrecht: J.L. Beijers.
- Keuzenkamp, T. (1982). *De conservatieve behandeling van decubitus*. Utrecht: Bohm, Scheltema en Holkema.
- Melk, H. (1931). *De praktijk er ziekenverpleging*. 's Gravenhage: G. Naeff.
- Nolst Trenité, A. (1903). *Handboek der ziekenverpleging* (Vol. vierde druk). Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- Nolst Trenité, A. (1908). *Handboek der ziekenverpleging* (Vol. vijfde druk). Amsterdam: J.H. & G. van Heteren.
- NVDG, n.-v. d. (2010, 8). *ziekenhuisprotocol dwarslaesie*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van Dwarslaesie: http://www.dwarslaesie.nl/fileadmin/don/Redactie/Documenten/De_aandoening/Informatie_behandelaars/ziekenhuisprotocol-dwarslaesie-versie-1.3.pdf
- Oldenburger, I. &. (1992). *Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Peet, R. v. (1984). *Verpleegkunde 1, lichamelijke van de mens*. Lochum: de Tijdstroom.

Schut- van Woerden, O. (1992). *Verpleegkunde voor verzorgenden* (Vol. tweede druk). Lochem: de Tijdstroom.

Schut, J. (1968). *Leerboek voor revalidatie*. Lochem: de Tijdstroom.

Sijs, N. v. (2010). *Gummi (Arabische gom, rubber)*. Opgeroepen op 11 26, 2014, van etymologiebank: <http://www.etymologiebank.nl/trefwoord/gummi>

Stumpff, J. (1906). *Voorlezing over ziekenverpleging; deel 1 & 2* (Vol. eerste druk). Haarlem: Erven F. Bohn.

Stumpff, J. (1913). *Voorlezingen over ziekenverpleging*. Haarlem: De Erven F. Bohn.

Vilain, R. (1992). Preventie en behandeling van decubitus. *Verpleegkunde perspectief*, 28-43.

Bibliografie van 'Katheter bij incontinentie'

- Agathe, M. (1973). *Werkboek ziekenverpleging* (Vol. 17e druk). Amsterdam: Agon Elsevier.
- Albert Schweitzer Ziekenhuis. (2013, December). *Een catheter*. Opgehaald van ASZ: <file:///G:/documenten/downloads/Een%20catheter.pdf>
- Balen, G. v. (1947). *Leerboek der ziekenverpleging*. 's Hertogenbosch: Malmberg.
- Borger, C. C. (1953, Maart 15). Decubitus. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 6(6), 152-154.
- CBO. (1992). *Consensus Decubitus*.
- CBO. (2002). *Decubitus*. Opgehaald van huidziekten: <http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-decubitus-2002.pdf>
- Defloor, T. (1996, Augustus). Weefseltolerantie en het risico op decubitus. *Verpleegkunde*, 11(3), 131-142.
- Defloor, T. (1999, Maart). Urine veroorzaakt geen decubitus. *Nursing*, 53-55.
- Gezelle, -M. G. (1929). *Algemeene ziekenverpleging*. Den Haag: B. Wolters U.M.
- Gezelle, -M. G. (1933, Februari 1). Decubitus. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 43(3), 73-82.
- Gezelle, -M. G. (1935). *Algemene ziekenverpleging* (Vol. 3e druk). Groningen: B. Wolters U.M.
- Gezelle, -M. G. (1951). *Algemene ziekenverpleging* (Vol. 5e druk). Batavia: B. Wolters U.M.
- Gouda Quint, I. &. (1995, November). Decubitus preventie, behandeling en rol van voeding. *Nursing*, 38-45.
- Hulshoff, S. (1895). *Ziekenverpleging, algemene voorschriften* (Vol. 2e druk). Utrecht: J.L. Beijers.
- Jongsma, M. P. (1969). *Neurologie (in goede handen)*. Leiden: Spruyt van Mentgem en de Does N.V. .
- Juchli, L. (1980). *Algemene verpleegkunde*. Amsterdam: Elsevier.
- Kroll, E. L. (1971). *Handleidig cursus revalidatie voor ziekenverzorgenden*. Lochem: De Tijdstroom.
- Moolen, J. v. (1967). *Verpleegkunde basisverpleging/preklinische periode deel 5*. Lochem: de Tijdstroom.
- Moolen, J. v. (1968). *Verpleegkunde basisverpleging/ preklinische periode* (Vol. deel 5). Lochem: de Tijdstroom.
- Nies, I. (2002, Mei). Beter keren dan smeren. *Nursing*, 53-57.
- Nolst Trenité, A. N. (1903). *Handboek der ziekenverpleging* (Vol. vierde druk). Amsterdam: J. H. & G. van Heteren.
- Oldenburger, I. &. (1992). *Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schokking, C. (1956). *Handboek der verpleeging; huid- en geslachtsziekten*. Kampen: J.H. Kok N.V.
- Schouten, J. (1975). *Geriatrische lessen voor verpleegkundigen*. Lochem: De Tijdstroom.

- Stevens, M. (1977). *De verpleging en verzorging van oude mensen*. Lochum: De Tijdstroom.
- Stumpff, J. (1906). *Voorlezing over ziekenverpleging; deel 1 & 2*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- TVZ. (1992, Oktober 22). Streng anti-rookbeleid verkleint kans op decubitus. *Verpleegkunde nieuws*, 6(43), 3.
- Verhulst, M. (1985, Juni 4). Preventie van decubitus. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 34(2), 361-366.
- Verkade, W. (1975). *Revalidatie; in goede handen*. Leiden: Spruyt van Mentgem en de Does N.V.

8. Bijlage

8.1 Enquête

Goedendag,

Wij zijn drie HBO- verpleegkunde studenten van de hogeschool Viaa. Voor het Florence Nightingale Instituut (FNI) doen wij onderzoek naar de historie van handelingen omtrent decubituszorg. Door middel van deze enquête willen wij onderzoeken of deze ontwikkeling van handelingen kan zorgen voor dilemma's op de werkvloer en welke handelingen er op de werkvloer daadwerkelijk werden gebruikt.

U zou ons een groot plezier doen als u deze enquête zou willen invullen. Het zou hooguit tien minuten van uw tijd kosten. De gegevens uit deze enquête zullen anoniem worden verwerkt.

Alvast bedankt voor u deelname!

Met vriendelijke groet,

Jody 't Lam, Mathilde de Leeuw en Helene Kramer.

1. Heeft u een inservice opleiding gevolgd?

- Ja, die heb ik vroeger gevolgd
- Nee

2. Heeft u een MBO- of HBO- diploma behaald?

- Ja, ik heb een HBO- diploma
- Ja, ik heb een MBO- diploma
- Ja, ik heb een MBO- en HBO- diploma
- Nee, ik heb alleen de inservice opleiding gedaan

3. In welke branche heeft u het meest gewerkt?

- Ziekenhuis
- Thuiszorg

Overige (geef nadere toelichting) (er is ruimte om deze toelichting te geven in de enquête)

4. Er zijn in de loop van de jaren verschillende handelingen voor decubituszorg gebruikt. Welke van de onderstaande handeling(en) heeft u wel eens toegepast?

- Gebruik van schapenvacht
- Inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels
- Massage
- Gebruik van hielringen of met water gevulde operatiehandschoenen
- IJzen en föhnen
- Gebruik van de windring
- Plaatsen van een katheter bij incontinentie
- Ik heb deze handelingen nooit toegepast maar ken ze wel
- Ik heb deze handelingen nooit toegepast en ken ze ook niet

5. Heeft u wel eens een handeling voor decubituszorg uitgevoerd, terwijl dit niet in het actuele protocol stond? (Vul het antwoord in dat het meest voor u geldt)

- Ja, ik wist dat het protocol was aangepast maar ik was het niet eens met de nieuwe richtlijnen en deed het op de manier waarvan ik dacht dat de juiste manier was.
- Ja, ik wist dat het protocol was aangepast, maar de 'oude' richtlijnen was ik gewend en deze werkten ook prima.
- Ja, maar ik wist niet dat het protocol was aangepast.
- Nee, ik hield de nieuwe richtlijnen aan maar was het hier eigenlijk niet mee eens.
- Nee, ik hield de nieuwe richtlijnen aan en was het hier ook mee eens.

6. Vindt u het zelf een groot probleem dat de protocollen steeds worden aangepast? (Vul het antwoord in die het meest vaak voor u geldt)

- Ja, dit geeft mij het gevoel dat ik het vroeger niet goed heb gedaan.
- Ja, ik vindt het moeilijk om iedere keer een andere handelingswijze aan te moeten leren/nemen.
- Nee, ik vindt het goed dat men mee gaat met de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen
- Nee, ik doe wat er van mij verwacht wordt.

7. Heeft u tijdens een handeling van decubituszorg wel eens een dilemma (meningsverschil) ondervonden met andere verpleegkundigen omtrent de wijze van handelen?

- Ja, dit ging over het niet-handhaven van de protocollen.
- Ja, dit ging over het verschil in hoe dezelfde handeling is aangeleerd

- Ja, dit ging over het aanleren/uitvoeren van verschillende handelingen.
- Nee, ik heb nog nooit een dilemma ondervonden met betrekking tot deze handelingen.

8. Kunt u een voorbeeld beschrijven waarin u een dilemma heeft ondervonden met andere verpleegkundigen omtrent decubitushandelingen.



Bedankt voor uw deelname aan de enquête!

8.2 Begeleidende brief bij enquête

Goedendag,

Wij zijn drie HBO- verpleegkunde studenten van de Hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment zijn wij bezig met een (historisch) afstudeeronderzoek in opdracht van het Florence Nightingale Instituut (FNI). In dit afstudeerproject onderzoeken wij hoe de decubituszorg door de jaren heen werd uitgevoerd, hoe deze is veranderd en hoe de verpleegkundigen dit ervaren hebben.

Naast literatuuronderzoek doen wij dus ook onderzoek naar de praktijk, waarvoor wij uw hulp willen vragen. Er is een enquête over decubituszorg opgesteld die bedoeld is voor MBO- en HBO- verpleegkundigen. In deze enquête wordt gevraagd naar de mening van verpleegkundigen over het veranderingen van de protocollen. Ook willen wij graag weten of er dilemma's zijn ontstaan tijdens het uitvoeren van decubituszorg.

De enquête wordt online afgenomen, zodat deze makkelijk te verspreiden is. Doormiddel van deze brief willen wij u vragen deel te nemen aan ons onderzoek en de enquête door te sturen naar de verpleegkundigen die voor u werken. Onderstaand vindt u de link naar de enquête:

<https://nl.surveymonkey.com/s/R7F2TDL>

Uw bijdrage aan dit onderzoek zouden wij zeer op prijs stellen.

Met vriendelijke groet,

Jody 't Lam, Mathilde de Leeuw en Helene Kramer

8.3 Benaderde instellingen

Ziekenhuizen:

1. Gelre Ziekenhuis (Apeldoorn)
2. St. Jansdal (Harderwijk)
3. Antonius Ziekenhuis (Sneek)
4. Medisch Centrum Leeuwarden (Leeuwarden)
5. UMC Groningen (Groningen)
6. Wilhelmina Ziekenhuis (Assen)
7. Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen)
8. Isala Klinieken (Zwolle)
9. Deventer Ziekenhuis (Deventer)
10. MC Zuiderzee (Urk)
11. Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Amsterdam)
12. Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag)
13. Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes)
14. Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch)
15. Academisch Ziekenhuis Maastricht (Maastricht)

Thuiszorginstellingen:

1. Cordaan thuiszorg (Amsterdam)
2. Distel zorg (Amsterdam)
3. Thuiszorg Rotterdam (Rotterdam)
4. Aafje, sector thuiszorg (Rotterdam)
5. Thuiszorg de goede zorg (Apeldoorn)
6. V érian (Apeldoorn)
7. Sector thuiszorg en maatschappelijk werk (Den Haag)
8. Haagse wijk- en woonzorg, afdeling thuiszorg (Den Haag)
9. Opella (Ede)
10. Zorg plus Twente (Almelo)
11. Zorggroep Manna, sector Thuiszorg (Enschede)
12. Livio (Enschede)
13. Thuiszorg Hart voor Nederland (Utrecht)
14. Joost Zorgt Nederland (Utrecht)
15. Stichting thuiszorg midden Nederland (Arnhem)
16. Thuiszorg Groot Gelre (Arnhem)
17. Allertzorg (Leeuwarden)
18. Stichting Wijk-zorg Nederland (Groningen)
19. Beter thuis wonen thuiszorg (Emmen)
20. Thuiszorg stichting sint Anneklooster (Eindhoven)
21. Bureau Zorgmed (Eindhoven)
22. Mosae Zorggroep (Maastricht)
23. Beweging 3.0 Thuiszorg (Amersfoort)
24. Woonzorg Flevoland (Lelystad)
25. TNS (Zwolle)
26. Careyn Thuiszorg (Breda)
27. Zorgstroomá (Middelburg)
28. Evean (Alkmaar)
29. Buurtzorg (algemeen)
30. PrivaZorg (algemeen)