



Kenniscentrum Wondzorg

READER WCS CURSUS

Aandachtsvelders decubitus

©WCS Januari 2013



Kenniscentrum Wondzorg

Cursus Aandachtvelders decubitus

Beste cursist,

Voor je ligt de reader voor de cursus Aandachtvelders Decubitus (AVD) van de WCS. Het bijscholen van verpleegkundigen en verzorgenden op het aandachtsgebied decubitus, is het doel van deze cursus. We geven je informatie die je kunt gebruiken voor een optimale uitvoering van het decubitusbeleid op jouw afdeling. We verwachten dat je in het bezit bent van een diploma verpleegkunde niveau 4 of 5 of van het diploma verzorgende IG.

Er wordt aangenomen dat je basiskennis hebt over decubituspreventie en decubitusbehandeling. Hieronder valt de anatomie en fysiologie van de huid, het ontstaan van decubitus en de risicofactoren, preventie van decubitus, de behandeling van categorie 1 en 2 decubitus en bekendheid met anti-decubitussystemen. Tijdens de cursus hebben we aandacht voor de functie van aandachtsvelder decubitus en de rol en taken binnen de functie.

Doel

Je kan aan het eind van deze cursus problemen signaleren, observeren en rapporteren met betrekking tot decubitus. Je bent een vraagbaak voor je collega's en kan het beleid voor een verpleegafdeling, eventueel in samenwerking met de decubitus-verpleegkundige en/of decubituscommissie van de instelling, implementeren.

Werkwijze

Je krijgt in twee lesdagen theorie over de vaardigheden die je nodig hebt om decubituspreventie en decubitusbehandeling op de afdeling bij collega's onder de aandacht te brengen. Voor beide bijeenkomsten moet je de reader in zijn geheel goed doorlezen. Wanneer hier vragen over zijn, neem deze dan mee naar de cursus.

Tijdens de cursus is er tijd voor oefensituaties; bijvoorbeeld wat je tegen kunt komen in het geven van scholing en het omgaan met veranderingen en weerstanden. Je krijgt de gelegenheid vaardigheden te ontwikkelen en ontvangt hierop feedback.



Kenniscentrum Wondzorg

Doelen/taken van de AVD

1. Patiëntgericht

De AVD :

- heeft kennis van anatomie en fysiologie van de huid.
- is in staat om de categorieën van decubitus en huidletsels t.g.v. vocht te herkennen en te benoemen.
- is op de hoogte van de preventieve maatregelen uit het eigen instellingsprotocol.
- is in staat om de patiënt met een risico op decubitus te signaleren, observeren.
- weet de preventieve maatregelen toe te passen bij de individuele patiënt.

2. Afdelingsniveau

De AVD:

- is in staat om deze preventieve maatregelen onder de aandacht te brengen bij de collega's op de afdeling.
- bewaakt de coördinatie en de continuïteit van de preventieve zorg bij de patiënt met een risico op decubitus.
- is bekwaam tot het plannen en het geven van klinische lessen over de preventie van decubitus met een frequentie van 2x per jaar.
- is contactpersoon voor de afdeling en de decubitusverpleegkundige van de instelling.

3. Organisatieniveau

De AVD:

- heeft inzicht in het organisatiebrede decubitusbeleid en is in staat initiatief te tonen tot verbetering hiervan.
- Levert met haar collega's AVD een belangrijke bijdrage in het naleven en het verbeteren van het lokale decubitusprotocol.



Kenniscentrum Wondzorg

Vorbereiding voor de eerste bijeenkomst

1. Op de eerste bijeenkomst wordt een instaptoets decubitus gegeven. Middels deze instaptoets wordt je kennis getest over preventie en behandeling van decubitus. Het resultaat van de toets geeft jou en de docent een indruk van de kennis die je hebt en waar eventuele hiaten liggen.
2. Lees door het hoofdstuk decubitus van het WCS Wondenboek
3. Lees deze reader door
4. Ga na welke taken en bevoegdheden je hebt of zou willen hebben als AVD en beschrijf waar knelpunten zitten. Gebruik hierbij de bijlagen 1, 2 en 3 als referentie en kijk waar de overeenkomsten zitten of verschillen. Neem dit mee naar de cursusbijeenkomst en lever in bij de docent, dit wordt op de tweede cursusdag besproken.
5. Over welk klein onderdeel van decubituspreventie of -behandeling zou je een klinische les op de afdeling willen geven? Met welk doel wil je hier iets over vertellen? Gebruik hierbij bijlage 16.
6. Onderzoek welke hulpmiddelen, cq. matrassystemen je gebruikt bij de preventie en behandeling van decubitus. Op welke wijze worden ze geïnitieerd.
7. Noteer je vragen, naar aanleiding van de gelezen artikelen.

Aanbevolen literatuur

- Landelijke internationale multidisciplinaire richtlijn Decubituspreventie en -behandeling; Utrecht 2011(www.venvn.nl)
- Hoofdstuk algemene wondbehandeling WCS Wondenboek
- Bijlagen 1,2 en 3



Kenniscentrum Wondzorg

Vorbereiding voor de tweede bijeenkomst:

In de tweede bijeenkomst gaan we na wat de implementatie van decubitusbeleid betekent. Voor deze bijeenkomst krijg je de volgende opdracht:

1. Lees het hoofdstuk decubitus uit het WCS Wondenboek blz. 49-51 over implementatie.
2. Bereid je klinische les voor. Gebruik hiervoor bijlage 16 en 17. In de eerste bijeenkomst heb je informatie gekregen over de inhoud van de klinische les. Werk dit in twee- of drietallen uit voor de tweede bijeenkomst. De klinische les duurt 8 minuten en wordt opgebouwd met behulp van het lesschema. Beschrijf met welke middelen je deze les wilt geven en geef aan welke vragen je denkt die er in je team leven over decubituszorg. Sluit jouw scholing hierop aan?



Kenniscentrum Wondzorg

Verbeterplan van afdeling:

Naam aandachtsvelder decubitus:

Wat gaat goed?
Wat kan beter?
Wat wil ik bereiken?
Hoe ga ik dat doen?
Is het doel bereikt?



Kenniscentrum Wondzorg

Taken en verantwoordelijkheden van diverse beroepsbeoefenaren

De preventie en behandeling van decubitus behoren tot de basiszorg.¹ Voor de goede uitvoering van deze zorg is de inbreng en het samenspel van verschillende disciplines vereist. Ook wanneer het management heeft voorzien in een adequaat kwaliteitssysteem, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen voorschrijft, kunnen er hiaten zijn in de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de preventie en behandeling van decubitus.

Om tot een goede afstemming en coördinatie van de decubituszorg te komen, moet onderscheiden worden welke taken en verantwoordelijkheden ondubbelzinnig aan een beroepsgroep worden toegeschreven, en op welke gebieden er een overlap is.

Dit hoofdstuk benoemt eerst de taken van de bij decubituszorg betrokken disciplines.¹ Voorzover de taken behartigd kunnen worden door verschillende beroepsgroepen, wordt aangegeven welke afstemming daarbij is vereist. Dan worden de verantwoordelijkheden van de beroepsgroepen beschreven. Vervolgens wordt aangegeven hoe in de patiëntenzorg bij decubitus de werkzaamheden van de betrokken disciplines worden geïntegreerd.

Een voorwaarde voor de kwaliteit van zorg is de patiëntgerichtheid van de zorgverlener. Patiëntgerichtheid behoort tot de verantwoordelijkheid van alle zorgverleners. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk geeft aan hoe de patiëntgerichte benadering vorm moet krijgen in de decubituszorg.

Voor informatie over de kaders waarbinnen de verschillende beroepsgroepen opereren, verwijzen wij naar de bijlage Wettelijke en beroepsinhoudelijke kaders.

5-1 Taken in de decubituszorg

PREVENTIE

Bij binnenkomst van een nieuwe patiënt maakt een vertegenwoordiger van de verpleegkundigen & verzorgenden een inschatting van het decubitusrisico, op grond waarvan

maatregelen worden genomen. Een plan voor preventie wordt opgesteld en vastgelegd in het zorgplan. Dit plan wordt met de verpleeghuisarts besproken. Wanneer de situatie ten aanzien van decubitus verandert, volgt een aanpassing van de preventieve maatregelen.

De vertegenwoordiger van v & v coördineert al dan niet in samenwerking met de aandachtsvelder of coördinator decubitusbeleid² de afgeleide taken, zoals het verkrijgen van hulpmiddelen.

Voor alle betrokken beroepsgroepen geldt dat zij activiteiten gericht op het geven van advies over preventie zelfstandig kunnen uitvoeren. Het betreft dan taken die binnen het competentiegebied van de desbetreffende zorgverlener liggen. Voor goede resultaten is de multidisciplinaire afstemming van de preventieve maatregelen een vereiste (zie §5.3).

BEHANDELING

De verpleeghuisarts zorgt voor het instellen van de behandeling, bewaakt de voortgang, evalueert en schakelt zo nodig andere disciplines in. Verwijzingen vinden schriftelijk plaats, waarbij wordt teruggeslapteerd. De vertegenwoordiger van de v & v kan bij de behandeling door de verpleeghuisarts gedelegeerde bevoegdheden uitoefenen, waarbij de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) geldt.³ Dit brengt met zich mee dat de

VOETNOTEN

- ¹ Voorzover deze taken en disciplines binnen het bestek van deze richtlijn vallen.
- ² Meer informatie over deze functionarissen: voor aandachtsvelder zie § 5.2 en § 6.2.3.4, voor coördinator decubitusbeleid § 6.2.2.

verantwoordelijkheid van de arts bij delegatie blijft gehandhaafd. Zo kan het zijn dat de vertegenwoordiger van de v & v zelfstandig graad I en II decubitus behandelt en de arts alleen bij graad III en IV wordt ingeschakeld. Plan en verloop van de behandeling en afspraken in het kader van gedelegeerde taken worden schriftelijk vastgelegd. Wanneer een decubitusconsulent in het verpleeghuis is aangesteld, kan de verpleeghuisarts de uitvoering en het indiceren van taken ten aanzien van decubitus aan hem overdragen, mits de procedure in het protocol is vastgelegd, door de artsen is goedgekeurd, en er regelmatige terugkoppeling plaatsvindt. Ook hierbij geldt dat de wet BIG onverkort van toepassing is.

5.2 Verantwoordelijkheden in de decubituszorg

Uit de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) volgen verschillende verantwoordelijkheden. Bij de voorbehouden handelingen en de opdrachten tot paramedische behandeling zijn deze verantwoordelijkheden helder afgebakend. In andere gevallen is de verdeling van de verantwoordelijkheid vaak afhankelijk van de specifieke inhoud van de taken, in dit geval die rondom decubituszorg.³

De onderstaande tekst beschrijft de verdeling van verantwoordelijkheden in de decubituszorg. Daarbij wordt ook de decubitusconsulent aangehaald. Hoewel deze functionaris niet vanzelfsprekend in de verpleeghuissetting werkzaam is, acht de werkgroep het zinnig de functie te beschrijven vanwege de kwalitatieve bijdrage die deze levert aan de zorg. Deze bijdrage kan ook door een andere medewerker (verpleeghuisarts of leidinggevende) worden geleverd. Het is aan de individuele verpleeghuizen om te bepalen hoe zij hun decubitusbeleid organiseren en borgen.

VERPLEEGHUISARTS

De verpleeghuisarts is verantwoordelijk voor het beleid rondom decubitus, de inhoud van het zorgplan en eventuele bijstellingen ervan.³ Dit betreft onder meer het instellen van de behandeling en de voortgangsbewaking hiervan. In het multidisciplinair overleg (MDO) bewaakt hij de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de andere ingeschakelde disciplines. In samenwerking met v & v worden behandelprotocollen en werkafspraken gemaakt.

De verpleeghuisarts betreft waar nodig paramedische disciplines (ergotherapie, fysiotherapie, diëtetiek) bij de behandeling van decubitus door verwijzing. Na anamnese, onderzoek en brede diagnosestelling stelt de verpleeghuisarts het doel van de behandeling vast. Dit heeft onder andere betrekking op wondbehandeling, voeding, transfers en preventieve materialen. Daarbij evalueert hij wekelijks

het effect van de behandeling en stelt deze zo nodig bij. De keuzes die de verpleeghuisarts maakt, moeten onderbouwd worden door zowel deze richtlijn en het daarvan afgeleide locale protocol, als door zijn deskundigheid en de inbreng van de patiënt.

Wat betreft de uitvoering is de verpleeghuisarts niet voor meer verantwoordelijk dan wettelijk nodig. De verantwoordelijkheid voor de planning, uitvoering, coördinatie en evaluatie van de zorg, waaronder de basiszorg, dient zo veel mogelijk bij anderen te liggen.³ Dit laat onverlet dat de verpleeghuisarts verantwoordelijk is voor het behandelbeleid rondom decubitus.

Wanneer de patiënt en/of diens vertegenwoordiger met het zorgplan heeft ingestemd, dan is de verpleeghuisarts ervoor verantwoordelijk dat de doelstelling overeenkomstig de professionele standaarden wordt gerealiseerd. Om hieraan binnen redelijke grenzen te voldoen, moet de verpleeghuisarts afspraken met de betrokken zorgorganisatie maken over kwaliteit en kwantiteit van de behandeling. De verpleeghuisarts moet aangeven welke kwaliteit hij op basis hiervan kan leveren.³

VERPLEEGKUNDIGE & VERZORGENDE

De vertegenwoordiger van v & v is verantwoordelijk voor het uitvoeren van alle verpleegkundige en verzorgende handelingen op het gebied van decubitus. Dit betreft ook handelingen die beschreven worden in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk, onder Preventie. Dit gebeurt gedeeltelijk zelfstandig, gedeeltelijk volgens instructie van de andere betrokken disciplines. Daarnaast heeft de vertegenwoordiger van v & v de rol van zorgcoördinator in het verpleeghuis. Dit betekent dat hij erop toeziet dat alle afspraken over de behandelingen worden uitgevoerd, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Hij verricht werkzaamheden ten aanzien van:

- observatie van signalen;
- verzorging;
- begeleiding;
- verpleegtechnische handelingen;
- informatie en advies;
- preventie;
- coördinatie.

De vertegenwoordiger van v & v signaleert als eerste dat decubitus ontstaat. Hij onderneemt direct de noodzakelijke stappen voor het inzetten van hulpmiddelen als een anti-decubitusmatras. Hij geeft de patiënt voorlichting, verzorgt de huid en doet de wondbehandeling. Hij ziet toe op het onafgebroken gebruik van preventief anti-decubitusmateriaal en voert relevante activiteiten zoals wisselliggingen uit. Het dagelijkse effect van de behandeling wordt door de vertegenwoordiger van v & v gecontroleerd en gerapporteerd.

In de hoedanigheid van zorgcoördinator ziet de vertegenwoordiger van de v & v erop toe dat de overeengekomen behandelingen worden uitgevoerd en dat deze behandelingen worden geëvalueerd en bijgesteld.

³ De opvattingen over de verantwoordelijkheid in relatie tot het zorgplan zijn onderwerp van gesprek tussen de NVVA en Arcareas. Bij het overleg over de implementatie van het 'Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriatier' komt dit nader aan de orde en wordt hierover overeenstemming gezocht.

DECUBITUSCONSULENT

De decubitusconsulent⁴ is verantwoordelijk voor de advisering over decubitus aan de betrokken zorgverleners en het instellingsmanagement. Hij houdt zich bezig met advisering, voorlichting, instructie en behandeling. Hij werkt zelfstandig binnen de door de instelling aangegeven kaders en richtlijnen.

Hij registreert de prevalentie van decubitus, het ingezette materiaal en de behandelresultaten. Hij evalueert het beleid en neemt het initiatief tot beleidsontwikkeling. Hij geeft bij- en nascholing over het decubitusbeleid. Hij ziet erop toe dat anti-decubitusmateriaal effectief wordt ingezet. Uitvoerende behandelingen koppelt hij regelmatig terug naar de verpleeghuisarts. Hij adviseert over de wondbehandeling bij patiënten en ondersteunt in dit opzicht de verpleeghuisarts.

De aanstelling van een decubitusconsulent in het verpleeghuis is geen vereiste. Maar de taken van de decubitusconsulent moeten wel behartigd worden, bijvoorbeeld door ze toe te bedelen aan een andere medewerker en/of door in regionaal verband gebruik te maken van een decubitusconsulent.

AANDACHTSVELDER DECUBITUS

Een vertegenwoordiger van v & v wordt aangesteld als aandachtsvelder decubitus op de afdeling waar hij werkzaam is. Hij is verantwoordelijk voor de advisering over decubitus aan de zorgverleners op de afdeling. Hij ziet toe op de verspreiding van kennis en informatie op de afdeling, inventariseert de knelpunten en heeft regelmatig overleg met de coördinator van het decubitusbeleid. Voor alle beschreven activiteiten geldt dat ze volgens protocol worden uitgevoerd.

FYSIOTHERAPEUT

De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor het uitvoeren van taken op het gebied van de mobiliteit (bewegingsfuncties) van de patiënt.

De fysiotherapeut signaleert verkeerde belastingen van het lichaam of delen van het lichaam, als gevolg van passiviteit of verkeerde belasting bij bewegen of verplaatsingen. Hij adviseert bij verplaatsingstechnieken en aanpassingen als lig- en zitprothesen of verbandschoenen. Verder werkt hij zelfstandig bij signalering, advisering en instructie. De fysiotherapeut geeft behandelingen ingevolge verwijzing van de verpleeghuisarts.

ERGOTHERAPEUT

De ergotherapeut is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de taken op het gebied van het opheffen van lichamelijke beperkingen, het verbeteren van transfers en de verstrekken van hulpmiddelen, anti-decubitusmateriaal en rolstoelen.

De ergotherapeut analyseert het risico van het ontstaan van decubitus bij het liggen en zitten. Om dit risico te verminderen, adviseert en verstrekt hij de geschikte middelen uit depot, bijvoorbeeld anti-decubitusmatrassen, zitvoorzieningen, rolstoelen of transferbanden.

Wanneer deze middelen niet uit depot leverbaar zijn of individuele aanpassing behoeven, adviseert hij bij de procedures voor het aanvragen en verstrekken.

De ergotherapeut werkt zelfstandig bij signalering, advisering en instructie. Hij geeft behandelingen ingevolge verwijzing van de verpleeghuisarts.

Doorgaans beheert de ergotherapeut het anti-decubitusmateriaal. Het depotbeheer kan ook een taak zijn van andere disciplines, zoals de fysiotherapeut, decubitusconsulent of facilitair manager.

DIËTIST

De diëtist is verantwoordelijk voor het uitvoeren van taken op het gebied van vocht en voedselvoorziening. Ondervoeding kan het ontstaan van decubitus bevorderen, dan wel de wondgenezing vertragen.

De diëtist adviseert bij het bestrijden van ondervoeding. Verder werkt hij zelfstandig bij signalering, advisering en instructie. Hij geeft behandelingen ingevolge verwijzing van de verpleeghuisarts.

5.3 Afstemming in de samenwerking rondom de decubituszorg

In de verpleeghuiszorg krijgt de samenwerking tussen de verschillende professionals onder andere vorm in multidisciplinaire overlegvormen, waarvan het multidisciplinair overleg (MDO) de belangrijkste is. De interpretatie van het begrip MDO in de verschillende instellingen varieert echter. De frequentie, agendering, deelnemende disciplines en de plaats binnen de organisatiestructuur kunnen van verpleeghuis tot verpleeghuis verschillen. Voor de decubituszorg definieert de werkgroep Salode het MDO als volgt: het overleg waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn, en waar de aspecten die voor de patiënt van belang zijn zoals persoonlijke wensen, comorbiditeit en de prognose worden besproken. Decubitus wordt hier in de context van de gehele toestand van de patiënt geplaatst. Aan de hand daarvan worden maatregelen geformuleerd of aangepast.

De maatregelen die de betrokken medewerkers al hadden genomen worden op elkaar afgestemd en geëvalueerd. De uitkomsten van dit overleg worden met de patiënt en/of mantelzorg besproken. Alle interventies worden vastgelegd in plannen om toetsing en evaluatie mogelijk te maken.⁵ Deze plannen vormen samen het zorgplan.⁶

VOETNOTEN

- ⁴ *Nota bene: de decubitusconsulent en de coördinator decubitusbeleid zijn verschillende functies. Het is echter mogelijk dat één medewerker de taken die uit beide functies voortkomen uitvoert. In § 6.2.1 en § 6.2.2 komen beide functies aan de orde.*
- ⁵ *De termen waarmee deze plannen in het veld worden omschreven, zijn nog niet geïnventariseerd en gedefinieerd. Om begripsverwarring te voorkomen ziet de werkgroep ervan af de plannen specifiek te benoemen. Bedoeld worden alle plannen waarin de betrokken beroepsgroepen het ingezette beleid en het verloop daarvan vastleggen.*

Het streven is in het multidisciplinair overleg consensus te bereiken. Wanneer echter geen overeenstemming wordt bereikt heeft de verpleeghuisarts de verantwoordelijkheid besluiten te nemen rond de inhoud en mogelijke aanpassing van het zorgplan.⁶ De onderstaande punten moeten besproken en vastgelegd worden, zodat de gemaakte afspraken toetsbaar zijn. De fundamentele zaken worden in het MDO besproken, de verdere uitwerking kan ook plaatsvinden in andere overlegvormen.

Preventie:

- risicofactoren en risico-indicatoren;
- preventiedoel;
- activiteiten gericht op preventie;
- evaluatie.

Behandeling:

- ontstaan;
- behandeldoel;
- activiteiten gericht op behandeling;
- evaluatie.

5.4 Kwaliteitscriteria voor de zorg aan patiënten

De kwaliteit van zorg wordt niet alleen bepaald door de beroepsinhoudelijke kennis en vaardigheden van de zorgverlener, maar ook door diens benadering van de patiënt. Een zorgverlener luistert naar de behoeften van patiënten en mantelzorgers en stemt de zorg daarop af, voorzover dat mogelijk is binnen de grenzen van professionaliteit en organisatie.

Patiënten en mantelzorgers kunnen een rol spelen bij het uitvoeren van de decubituszorg. Die rol bestaat uit:

- het uitvoeren van adviezen van zorgverleners over preventie en behandeling;
- het signaleren of de vastgelegde maatregelen worden geëffectueerd en dit indien nodig bespreken met de zorgverleners.

Voorwaarden zijn dat patiënt en mantelzorgers voorlichting krijgen en er ruimte is voor inspraak en overleg. Vanuit een volledig afhankelijke positie hebben patiënten en/of mantelzorgers geen gelegenheid een bijdrage te leveren.

Een onderdeel van de voorlichting is de beschikbaarheid van een patiëntenbrochure over decubitus, waarin in heldere taal wordt uitgelegd wat patiënt en mantelzorgers kunnen verwachten.

Voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit het patiëntenperspectief zijn gesprekken met decubituspatiënten gehouden.

Daaruit zijn de volgende aanwijzingen gedestilleerd:

Communicatieve vaardigheden

De zorgverlener luistert aandachtig. Hij voert geen gesprekken over het hoofd van de patiënt heen. Wel gaat hij in gesprek met de patiënt en de mantelzorgers om begrijpelijke voorlichting te geven en om na te gaan welke bijdrage beiden in de zorg kunnen hebben.

Atmosfeer, mentaliteit

De wondbehandeling vindt plaats in een goede sfeer, waarbij niet uitsluitend aandacht is voor de wond, maar ook voor de mens die de wond heeft. Er is sprake van een samenspel tussen zorgverlener en patiënt, waarin beiden aandacht hebben voor de lichamelijke, sociale en psychosociale facetten van het contact.

Pijn en angst

Het lijden van de patiënt is vaak groot: decubitus kan heel pijnlijk zijn en gaat vaak gepaard met angst. Als de zorgverlener goede voorlichting en een deskundige behandeling geeft, neemt de angst af.

De zorgverlener is alert op pijnsignalen en reageert met een adequaat beleid. Hij luistert naar aanwijzingen van de patiënt over het voorkomen van de pijn en handelt daarnaar.

Zorgverlening

Zorg wordt ononderbroken verleend. Op een hulpvraag van de patiënt wordt adequaat gereageerd.

De zorgverlener is vakbekwaam in preventie, signalering en behandeling van decubitus. Hij signaleert risicofactoren vroegtijdig en neemt de juiste maatregelen.

Multidisciplinaire zorg

Een patiënt een decubituswond wordt geconfronteerd met verschillende zorgverleners die samenwerken in een multidisciplinair team. Patiënten vinden het belangrijk dat de behandeling zo veel mogelijk door een vast team wordt uitgevoerd. Dat biedt de volgende voordelen: de reactie van de patiënt op de behandeling is bekend bij het team, de hulpverleners weten hoe ze de patiënt het minst belasten en de patiënt ervaart zo weinig mogelijk onzekerheden in de zorg.

VOETNOOT EN EINDNOTEN

6 De opvattingen over de verantwoordelijkheid in relatie tot het zorgplan zijn onderwerp van gesprek tussen de NVVA en Arcares. Bij het overleg over de implementatie van het 'Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater' komt dit nader aan de orde en wordt hierover overeenstemming gezocht.

I De bodem in de zorg. Uitkomsten van overleg tussen Arcares, NVVA, AVVV, LOC, verkrijgbaar via de NVVA.

II Zie bijlage Wettelijke en beroepsinhoudelijke kaders.

III Zie Nota Taken pakket verpleeghuisarts/sociaal geriater, NVSG/NVVA (2002).

Bijlage 2: Profiel aandachtsveldfunctionaris decubitus, Vilans, 2007

Taakgebieden

Voor de uitwerking van het profiel is aansluiting gezocht bij de algemene taakomschrijving van Verzorgende (Arcares et al, 2005) en de uitwerking van het beroepscompetentieprofiel verzorgende (NIZW et al, 2005). In dit beroepscompetentieprofiel wordt uitgegaan van 3 taakgebieden:

- zorgverlening,
- organisatie van de zorgverlening,
- professionalisering van het beroep.

In het profiel 'aandachtsveldfunctionaris decubitus' wordt bij deze taakgebieden aangesloten.

Deskundigheidsniveau

- verpleeg- en verzorgingshuis, verstandelijk gehandicaptenzorg: minimaal verzorgende 3 IG,
- thuiszorg: minimaal verpleegkundige niveau 4.

Voorwaarden

De aandachtsveldfunctionaris:	
- heeft <i>naast</i> basiskennis over decubitus aanvullend nodig:	
- inhoudelijke verdiepingskennis, bijv. m.b.t.:	
o oorzaken decubitus, onderscheid incontinentieletsel, smetten;	0
o mogelijke interventies,	0
o AD-materiaal;	0
- methodische kennis en vaardigheden;	0
- kennis van aanbod van en verwijzing naar andere disciplines;	0
- kennis van logistiek en regels m.b.t. aanvragen/regelen van materialen;	0
- sociale vaardigheden en gespreksvaardigheden;	0
- houdt vakliteratuur bij.	0
- heeft voldoende tijd beschikbaar voor de decubitustaken, bijv. 2 uur per week.	0
- werkt minimaal uren per week overdag (i.v.m. afstemming en overleg met collega's en andere disciplines).	0
- krijgt de gelegenheid om de decubituszorg ook onder de aandacht te brengen bij avond-, weekend- en nachtmedewerkers, bijv. tijdens overdrachtsmomenten en teamoverleg en via de rapportage in het zorgdossier, logboek.	0
- heeft structureel overleg met collega-aandachtsveldfunctionarissen (evt. buiten de eigen instelling).	0
- wordt inhoudelijk en/of methodisch ondersteund door een coördinator decubituszorg, stafverpleegkundige of andere functionaris.	0
- heeft een duidelijke positie in de organisatie:	
- taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd;	0
- leidinggevende faciliteert deze taken en verantwoordelijkheden;	0
- collega's en andere disciplines zijn bekend met deze taken en verantwoordelijkheden.	0

- geeft op een pro-actieve wijze invulling aan toegewezen taken en verantwoordelijkheden.	0
- wordt tijdens afwezigheid i.v. m. ziekte of vakantie vervangen door een collega.	0

Taakgebied: zorgverlening

<i>Ondersteunen bij de persoonlijke basiszorg</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
- handelt conform het preventieprotocol decubitus en vervult voorbeeldfunctie.	0
- neemt een pro-actieve houding aan t.a.v. het uitvoeren van maatregelen om decubitus graad 1 te voorkomen of op te heffen (bijv. m.b.t. het signaleren van noodzakelijke lig- en zitondersteuning).	0
- vervult een pro-actieve rol m.b.t. de registratie van decubitus in zorgdossier/logboek.	0
<i>Ondersteunen bij het wonen en huishouden</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
- vervult naar collega's een voorbeeldfunctie t.a.v.:	
- het creëren van een leefomgeving waarin risico's op decubitus zo mogelijk worden voorkomen; bijv. d.m.v. aandacht voor:	
o voeding en maaltijdbereiding;	0
o slaap- en zitcomfort;	0
o schoeisel;	0
o reinigen kleding en AD-materiaal, verschoneren beddengoed.	0
- vervult naar collega's een voorbeeldfunctie t.a.v.:	
- het ondersteunen van de cliënt bij bijkomende problemen, bijv. pijn, isolement, mobiliteitsbeperkingen;	0
- het ondersteunen van de mantelzorger bij (dreigende) overbelasting.	0
<i>Geven van voorlichting, advies en instructie</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
- vervult naar collega's een voorbeeldfunctie t.a.v.:	
- het vroegtijdig signaleren van (dreigende) decubitus;	0
- het geven van voorlichting, advies en instructie aan de cliënt/mantelzorger over preventie van decubitus en het treffen van maatregelen;	0
- het gebruik van AD-materiaal en geven van uitleg aan cliënt/mantelzorger.	0
<i>Verlenen van verpleegtechnische zorg</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
- handelt conform het behandelprotocol decubitus en vervult voorbeeldfunctie.	0
- neemt een pro-actieve houding aan t.a.v. het uitvoeren van maatregelen om decubitus graad 2 t/m 4 te voorkomen of op te heffen.	0
<i>Ondersteunen eerstverantwoordelijken m.b.t. bovenstaande taken</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
- ondersteunt de eerstverantwoordelijke verzorgende bij:	
- het bijstellen van het zorgplan;	0
- het informeren en instrueren van de mantelzorg;	0
- het inschakelen van de behandelend arts of inhoudelijk adviseur (intern, extern);	0
- het (in overleg met de behandelend arts) raadplegen van, en verwijzen naar anderen, bijvoorbeeld gespecialiseerd verpleegkundige, diëtist, ergotherapeut;	0

<ul style="list-style-type: none"> - het uitvoeren van begeleidings- en activeringsdoelen die zijn opgesteld samen met of door andere disciplines; - het aanvragen en inzetten van AD-materiaal. 	0
--	---

Taakgebied: organisatie van de zorgverlening (specifiek voor de decubituszorg)

<i>Samenwerken en afstemmen van zorg</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
<ul style="list-style-type: none"> - vervult naar collega's een voorbeeldfunctie m.b.t samenwerken, afstemmen van zorg: <ul style="list-style-type: none"> - binnen de eigen discipline; - met andere disciplines en vrijwilligers. 	0 0
<ul style="list-style-type: none"> - ondersteunt de eerstverantwoordelijke verzorgende, m.b.t deze taken, bij: <ul style="list-style-type: none"> - het voorbereiden van een multidisciplinair overleg; - het evalueren van de zorg en het bijstellen van het zorgplan. 	0 0
<ul style="list-style-type: none"> - is naar de arts (en andere) disciplines het eerste aanspreekpunt in 'probleemsituaties'. 	0
<i>Bijdragen aan verbeteren organisatie van zorg, beheer en kwaliteit</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
<ul style="list-style-type: none"> - werkt collega's in; - begeleidt leerlingen en stagiaires. 	0 0
<ul style="list-style-type: none"> - beheert en onderhoudt voorraden wondverzorgings- en AD-materiaal; - geeft adviezen over het gebruik van AD-materiaal. 	0
<ul style="list-style-type: none"> - voert bureau-activiteiten uit, bijv.: <ul style="list-style-type: none"> - registreren van prevalentie- en incidentie-cijfers decubitus; - registreren van het uitgezette AD-materiaal; - 	0 0 0
<ul style="list-style-type: none"> - implementeert, samen met anderen, het decubitus preventie- en behandelprotocol. 	0
<ul style="list-style-type: none"> - borgt en handhaaft deze protocollen, bijv. d.m.v.: <ul style="list-style-type: none"> - checken van accuraat invullen decubitusregistratie in zorgdossier; - 	0 0
<ul style="list-style-type: none"> - signaleert knelpunten en hiaten en meldt dit bij verantwoordelijke functionarissen, bijv. leidinggevende en gespecialiseerd verpleegkundige. 	0
<ul style="list-style-type: none"> - voert (samen met anderen) kwaliteitsverbeteringen door en vervult voortrekkersrol. 	0
<ul style="list-style-type: none"> - neemt deel aan interne overleggen waar decubituszorg centraal staat, bijv. decubituscommissie, vakgroepoverleg met collega-aandachtvelders. 	0

Taakgebied: professionalisering van het beroep (specifiek voor de decubituszorg)

<i>Ontwikkelen en professionaliseren van het beroep</i>	
De aandachtsveldfunctionaris:	
<ul style="list-style-type: none"> - ontwikkelt, samen met anderen, inhoudelijke richtlijnen, standaarden en protocollen; - probeert nieuwe AD-materialen uit en doet verslag van de bevindingen. 	0 0
<ul style="list-style-type: none"> - neemt actief deel aan zorginhoudelijke discussies (regionaal, landelijk). 	0
<ul style="list-style-type: none"> - voert, samen met anderen, klanttevredenheidsonderzoeken uit in de instelling. 	0
<ul style="list-style-type: none"> - 	

Bijlage 3: Werkwijze Aandachtsvelder Decubitus' (AVD) te Hilversum

De AVD is een belangrijke schakel tussen de afdeling en de dermatologie-verpleegkundigen en de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het decubitusbeleid op de eigen afdeling.

Hiertoe zal de AVD de volgende taken toegewezen krijgen:

Preventie:

- Het geven van klinische lessen over de preventieve maatregelen aan de hand van een standaard klinische les welke ontwikkeld/bijgesteld wordt door de dermatologie verpleegkundigen.
- Het bieden van advies/ondersteuning aan collega's bij het observeren/analyseren van een patiënt met risico op decubitus en het toepassen van de juiste preventieve maatregelen.
- Het oplossen van vragen/problemen in de preventie van decubitus en deze zonodig doorspelen aan de dermatologie verpleegkundigen.
- Het onder de aandacht brengen van het decubitusprotocol bij de collega's en er op toezien dat er ook volgens het protocol wordt gewerkt.
- Het oplossen van vragen/problemen rond de anti-decubitusmaterialen (kussens, matrassen) waarbij met name de technische problemen zelf worden opgelost*.

Behandeling:

- Het geven van advies over de behandeling van decubitus stadium 1 en 2.
- Het zorg dragen voor het tijdig inschakelen van de dermatologie verpleegkundigen voor de behandeling van stadium 3 + 4 en andere chronische wonden zoals ulcus cruris, oncologische wonden, chirurgische wonden, open buik behandeling en andere chronische wonden. Tevens wordt de dermatoloog en de dermatologie verpleegkundige ingeschakeld voor ACT zwachtelen en de begeleiding van patiënten met Constitutioneel Eczeem/huidaandoeningen.
- Draagt zorg voor de planning en de evaluatie van de klinische lessen over de behandeling van decubitus welke worden gegeven door de dermatologie verpleegkundigen.
- Houdt het gebruik en de toepassing van de specifieke verbandmiddelen op de afdeling in de gaten en geeft zonodig advies over het aanbrengen van de verschillende verbandmiddelen.
- Het coördineren van het uittesten van nieuwe verbandmaterialen op de eigen afdeling.**
- Het registreren van alle patiënten op de afdeling met decubitus en de ingevulde formulieren inleveren/opsturen naar de dermatologieverpleegkundigen.

Algemeen:

- Het verzamelen van ideeën/vragen vanuit de afdeling die van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van het decubitusbeleid op de afdeling en op ziekenhuisniveau en deze bespreken met de dermatologieverpleegkundigen.
- Het coördineren van het uittesten van anti-decubitusbedden/matrassen en zitkussens***
- Overleg met de dermatologieverpleegkundige: 1x per maand individueel en 4x per jaar een (thema)vergadering met alle VAD's

*Het bestellen van anti-decubitusmatrassen moet altijd via de dermatologieverpleegkundigen gebeuren in verband met de registratie van de bedden.

**De verbandmaterialen + evaluatieformulieren worden door de dermatologie verpleegkundigen aangeleverd.

***Materialen en evaluatieformulieren worden door de dermatologieverpleegkundige aangeleverd.

Bijlage 4 Preventie decubitus praktijkkaart, Landelijke Richtlijn decubitus 2011
<http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=o2B5XjrKWzA%3D&tabid=1852>

Bijlage 5 Behandeling decubitus praktijkkaart, Landelijke Richtlijn decubitus 2011
http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=_qtWZAz_Q0U%3D&tabid=1852

Bijlage 6 Preventie smetten praktijkkaart, Landelijke Richtlijn Smetten 2011
http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=RNoNCz_286U%3D&tabid=1852

Bijlage 7 Behandeling smetten praktijkkaart, Landelijke Richtlijn Smetten 2011
<http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=Ices6deGjoU%3D&tabid=1852>

Bijlage 8 Voedingssupplementen zijn zinvol bij de preventie en de behandeling van decubitus; Jos Schols, Ned Tijdschr Geneeskd. 2007 5 mei;151(18)
www.ntvg.vl

Bijlage 9 Methodische voorlichting: zes stappen om tot gedragsverandering te komen, Vilans 2007
[http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Huidletsel/0417%20Methodische%20voorlichting%20In%20zes%20stappen%20gedragsverandering\[1\].pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Huidletsel/0417%20Methodische%20voorlichting%20In%20zes%20stappen%20gedragsverandering[1].pdf)

Bijlage 10 Observatie, beoordeling en behandeling van pijn, IKNL Pallialine
http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35225&richtlijn_id=838

Bijlage 11 Decubitus registratie Saskia Rolloos, WCS jaargang 20 nr 3
<http://www.wcs.nl/wiki/bekijk/Decubitus-Registratie/914>

Bijlage 12 Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers: A literature review Katrien Vanderwee, International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 784–801
<http://maaz.ihmc.us/rid=1H0LXFJSF-1M62J91-J1X/1-Alternating%20pressure%20air%20mattresses%20as%20prevention%20for%20pressure%20ulcers,%20a%20literature%20review.pdf>

Bijlage 13 Wisselliging en positionering in het kader van decubituspreventie WCS 16-6-2000
www.wcs.nl/bestanden/1634/download

Bijlage 14 Chronische wondbehandeling WCS Nieuws 3 2006 Henri Post
<http://www.wcs.nl/wiki/bekijk/Beslisboom-chronische-wonden-/1525>

Bijlage 15 Kunnen chirurgen en verpleegkundigen open wonden betrouwbaar beoordelen volgens het WCS model, A. Eskes 2012
www.wcs.nl/bestanden/614/download

Bijlage 16: Het opzetten en geven van een klinische les

Bijlage 17 Beoordelingscriteria bij het geven van een klinische les

Naam student :
 Opleiding :
 Datum :
 Naam begeleider :
 Onderwerp :

	Motivatie
<p>Inleiding Geeft de student de inleiding volgens de criteria van het lesplan? Ten aanzien van: - doelstellingen; - uitleg werkwijze.</p> <p>Is er gelegenheid tot het stellen van vragen?</p>	
<p>Inhoud Schat de student de beginsituatie van de doelgroep goed in? Waaruit blijkt dit?</p> <p>Komen de verpleegkundige aspecten voldoende naar voren? Waaruit blijkt dit?</p> <p>Is de keuze van de didactische werkvormen in overeenstemming met de doelstellingen van de les?</p> <p>Kiest de student de goede leermiddelen? Worden de gekozen hulpmiddelen juist gebruikt?</p>	
<p>Presentatie Worden de deelnemers actief betrokken bij het onderwerp? Waaruit blijkt dit?</p> <p>Geeft de student gelegenheid tot het stellen van vragen? Worden de vragen juist en correct beantwoord?</p> <p>Spreekt de student duidelijk en verstaanbaar?</p>	
<p>Afsluiting Rond de student de les volgens de criteria af?</p>	

(samenvatting, slotvraag) Bereikt de student zijn doelstellingen? Waaruit blijkt dit? Is de tijdsplanning in overeenstemming met de lesinhoud?	
---	--

Beoordeling van de klinische les
GOED / VOLDOENDE / ONVOLDOENDE

Kernpunten uit de evaluatie met de begeleider:

Naam begeleider:

Handtekening begeleider:

Handtekening student:

Bijlage 18: Prestatie indicatorenset IGZ 2013: Wond Expertise Centrum
http://www.igz.nl/Images/Basisset%20ziekenhuizen%202013-def_tcm294-332358.pdf