

*De ontwikkeling van een „artsenarbeidsrecht”.* Op de arts in vrij beroep werkzaam is niet van toepassing het gemene arbeidsrecht, noch het gemene gezondheidsvoorzieningenrecht, noch het gemene ziekenhuisvoorzieningenrecht. Geen insider maakt zich de illusie dat nieuwe wettelijke regelingen binnen afzienbare tijd ingevoerd, laat staan uitgevoerd zullen worden. Tot de kernproblemen waarover nog geen overeenstemming is bereikt, behoren:

- a. de taakverdeling tussen centrale overheid, provincie en gemeenten;
- b. de nieuwe zg. bestuurlijke indeling van ons land in provincies;
- c. de taakverdeling tussen de diverse lijnen;
- d. uniformiteit of pluriformiteit (flexibiliteit) van de gezondheidszorgstructuur.

Naarden, juni 1978

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Subsidies Prinses Beatrix Fonds*

Het Bestuur van het Prinses Beatrix Fonds te 's-Gravenhage deelt mede, dat de gelegenheid bestaat verzoeken in te dienen om in het genot gesteld te worden van een subsidie voor wetenschappelijk onderzoek.

De Stichting heeft ten doel het bevorderen van de bestrijding van de kinderverlamming en andere aanverwante – door het Stichtingsbestuur als zodanig aan te wijzen – ziekten en (of) aandoeningen in hun oorzaak en gevolgen, in de ruimste zin des woords. Als zodanig zijn tot nu toe door het Stichtingsbestuur aangewezen de volgende groepen:

I. Neuromusculaire ziekten: a. aandoeningen van de motorische voorhoorncellen (o.a. poliomyelitis anterior acuta, spinale spieratrofieën); b. polyneuropathieën; c. myasthenia gravis; d. myopathieën (o.a. ziekte van Duchenne).

II. Bepaalde erfelijke of nader omschreven aandoeningen van het zenuwstelsel: a. ziekte van Huntington; b. heredo-ataxiëën; c. infantiele encefalopathie; d. spastische spinale paralyse; e. amyotrofische laterale sclerose; f. multipele sclerose.

III. Bepaalde aanlegstoornissen van het zenuwstelsel: a. spina bifida; b. syringomyelie; c. z.g. Softenon-kinderen.

De wetenschappelijke onderzoeken dienen gericht te zijn op de preventie van ziekten of de bevordering van de gezondheid en moeten zowel wat de tijdsduur als de kosten betreft overzienbaar zijn. Aanvragen worden slechts tweemaal per jaar in behandeling genomen. Belanghebbers kunnen zich voor de toezending van een aanvraagformulier en van de algemene richtlijnen voor de subsidies wenden tot het Bestuur van het Prinses Beatrix Fonds, Bezuidenhoutseweg 229, 2945 AL 's-Gravenhage (postbus 90414, 2509 LK 's-Gravenhage), telefoon 070-853100.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

### *De behandeling van decubitus*

In zijn artikel beschrijft HAALBOOM (1978) een medicamenteuze en fysiotherapeutische behandeling van decubitus. Het is ongetwijfeld juist, dat het therapieschema gebaseerd moet zijn op een onderverdeling in stadia, hoewel er een andere indeling mogelijk is dan HAALBOOM aangeeft: bijvoorbeeld een indeling naar uitgebreidheid, gecombineerd met pathologisch-anatomisch uiterlijk (WELTEN en KLEYZING 1973). Hoewel de indeling in stadia van WELTEN niet parallel loopt met de indeling die HAALBOOM gebruikt, heb ik toch een vergelijking gemist met een van de weinige onderzoeken naar de behandeling van decubitus, namelijk die van WELTEN bij ongeveer 170 decubituspatiënten WELTEN en KLEYZING 1973). Deze vonden bij hun behandelingsmethode een genezingspercentage binnen vier weken van 52,6. Hoewel het aantal decubitusgevallen, dat bij het onderzoek van HAALBOOM is betrokken, erg laag ligt, lijkt zijn gecombineerd medicamenteuze en fysiotherapeutische behandeling van decubitus een goed resultaat te hebben. In een ander onderzoek, dat ondergetekende in zijn verpleeghuis heeft gedaan, werd ook een kleiner percentage genezingen binnen vier weken (46,7%) geconstateerd (TONINO 1977).

Wat ik echter node mis in het artikel van HAALBOOM is de verpleegkundige kant van de behandeling van decubitus.

HAALBOOM geeft wel aan, dat de behandeling behoort te geschieden door een team, bestaande uit verpleegkundige, fysiotherapeut en arts, iets waar niet genoeg de aandacht op kan worden gevestigd. Naar mijn mening is de verpleegkundige kant nog steeds de belangrijkste. Waarschijnlijk is, gezien ook de gunstige resultaten bij de behandeling van HAALBOOM, de nodige aandacht aan de verpleegkundige behandeling geschonken. Waarom deze dan niet vermeld? De verpleegkundige behandeling beoogt namelijk niets minder dan de oorzaak van decubitus: langdurige druk op één plaats, op te heffen. We willen toch immers als medicus een ziekte bij zijn oorzaak aanpakken. Die druk kunnen we op twee manieren verminderen, en wel door (1) het gebied te vergroten, waarop het gewicht van de patiënt rust, (2) reductie van de duur van de druk. Het gebied waarop de druk wordt uitgeoefend, is te vergroten door gebruik te maken van speciale matrassen, zoals luchtmatrassen en waterbedden, antidecubituskussens, schapevachten en vette watten. Reductie van de duur van de druk kan bereikt worden door bijvoorbeeld bewegende bedden, wisselgigging en de naar mijn mening meest elegante oplossing: de zogenaamde „alternating pressure” matrassen. Zo'n matras bestaat uit een aantal dwarsverlopende „tubes”, die afwisselend worden opgeblazen en leeglopen door de werking van een elektrische pomp. Van het gebruik van dit type matras zijn uitstekende resultaten

beschreven (BLISS e.a. 1967). De verpleging moet verder bedacht zijn op het gevaar van het ontstaan van een frictie-ulcus. Dit ulcus zien we nogal eens op de stuit ontstaan bij halfzittende bedpatiënten; vanuit die houding kunnen zij gemakkelijk terugzakken in de liggende, waarbij de stuit naar het voeteneinde schuift. Andere verpleegkundige maatregelen, zoals glad strijken van lakens en kleren, verwijderen van ongerechtigheden in bed en bestrijden van incontinentie (snelle verdroging!) zijn ook zeer belangrijk.

Met HAALBOOM ben ik het hartgrondig eens, dat de preventie belangrijker is dan de therapie. We moeten dus een patiënt niet in bed leggen als het niet strikt noodzakelijk is, en, mocht een patiënt toch bedlegerig worden, dan zullen we hem verpleegkundig moeten behandelen — zoals boven kort beschreven — als decubituspatiënt.

*Literatuur:* BLISS, M. R., R. McLAREN, A. N. EXTON-SMITH (1967) *Brit. Med. J. II*, 394. — HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. — TONINO, C. F. M. (1977) *Onderzoek naar behandeling van decubitus*. Verpleeghuis „Nieuw Vrijthof”, Tiel. — WELTEN, J. B. V. en A. G. J. KLEYZING (1973) De doorligwond, behandeling, preventie en verloop. In: *Klinisch geriatrische bijdragen*, bl. 93. Van Loghem-Slaterus-Deventer.

Ochten, november 1978

C. F. M. TONINO

Collega TONINO ben ik erkentelijk voor zijn ingezonden stuk met enkele nuttige aanvullingen op mijn artikel. Ik ben het met hem eens dat het beschreven aantal patiënten klein is. Daarom heb ik ook geen genezingspercentages genoemd. De aanvullende ervaringen in de Kliniek voor Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht hebben echter de beschreven resultaten bevestigd. De resultaten zijn zelfs nog beter, vooral door de grotere ervaring van alle betrokkenen in het behandelingsteam. De verpleegkundige speelt hierin, zoals collega TONINO terecht opmerkt, een grote rol. Ik denk echter niet dat een meer dan normale aandacht voor de patiënt belangrijk is geweest voor het gunstige resultaat, want in ons ziekenhuis steepte de verpleging altijd al veel aandacht aan decubituspatiënten. Essentieel lijkt mij de opmerking van collega TONINO over het frictie-ulcus. Men kan voor- en tegenargumenten aanvoeren over de half-zittende houding van patiënten. Het in nagenoeg alle ziekenhuizen nog gebruikte, na enkele wasbeurten als schuurpapier aanvoelende steeklaken doet de balans echter naar de negatieve kant doorslaan. Het gebruik hiervan bevordert, zeker in half-zittende houding, het ontstaan van decubitus. Het beste is mijns inziens de half-zittende houding af te wisselen met plat liggen en zitten zo rechtop als mogelijk is. Deze laatste, voor ernstig zieke patiënten moeilijk vol te houden houding, zal er snel toe leiden dat er weer een half-zittende houding wordt aangenomen. Ik vrees dan ook dat het frictie-ulcus moeilijk kan worden uitgebannen. Wellicht kan de afschaffing van het steeklaken hier gunstig toe bijdragen.

Utrecht, december 1978

J. R. E. HAALBOOM

De door HAALBOOM (1978) voorgestelde behandeling dient kritisch te worden bekeken alvorens bestralingen met UV-licht, trypure-applicatie en xantinolnicotinaationtoforese worden toegevoegd aan het arsenaal van zalven, smeersels, poeders, anti-stankcompressen, welke de hoofdverpleegkundigen gebruiken in hun strijd tegen het

doorliggen. Zeer terecht stelt de schrijver dat het met de behandeling van decubitus doorgaans droevig is gesteld.

Onvoldoende aandacht krijgt de preventie van decubitus. Zoals het woord aangeeft is het langdurig zitten of liggen in één bepaalde houding de oorzaak van lokale ischemie van de huid op predilectie-plaatsen, welke in later stadium leidt tot erosies en ulcera. Absolute voorwaarde voor een doeltreffende behandeling is het wegnemen van de oorzaak. Bij patiënten die hiertoe niet in staat zijn en hiertoe ook niet gebracht kunnen worden, is het de taak van de verpleging de oorzaak weg te nemen. Een zéér arbeidsintensieve en ondankbare taak overigens, die — zoals eerder gezegd — doorgaans ongaarne of onvoldoende wordt vervuld. Het belangrijkste aandeel in de preventie moet echter komen van de patiënt zelf. Het uitvoeren van eenvoudige gymnastische oefeningen op regelmatige tijden zorgt voor een fysiologische stimulering van de bloedcirculatie. Daarbij moet de patiënt aangeleerd worden regelmatig, d.w.z. om de vijf à tien minuten, te gaan „ver-zitten of ver-liggen”. Ook gezonde personen doen dat reflexmatig, omdat paresthesieën bijvoorbeeld in de regio van het zitvlak daartoe aanleiding geven. Bij patiënten waar dit reflex-mechanisme geheel of gedeeltelijk verdwenen is, moet door middel van intensieve revalidatie en oefeningen deze reflex „aangeleerd” worden. Het is zinloos decubituswonden te behandelen als niet met grote zekerheid vaststaat dat de patiënt niet vervalt in zijn oude gewoontes, waardoor de ulcera ontstonden. Vanzelfsprekend zijn aangepaste zittingen of matrassen hierbij noodzakelijk — de bioscoopstoelen zijn ook gecapitonneerd!

De operatieve behandeling wordt door HAALBOOM in een groot aantal der gevallen als onmogelijk beschouwd, omdat de patiënten in een te slechte algemene conditie zijn en een algehele anesthesie niet kunnen verdragen. Indien de toestand zo slecht is, zal de wondgenezing dat ook zijn; van allerlei lokale therapie is dan weinig heil te verwachten. Deze patiënten verkeren doorgaans in een „katabole” voedingsfase waarvoor de continue gewichts-daling een eenvoudige maatstaf is. Door deze patiënten in een „anabole” voedingsfase te brengen, bijvoorbeeld door enterale of parenterale hyperalimentatie, en door behandelen van bijkomende ziekten en deficiënties, legt men de basis voor een goede wondgenezing. Het bedekken van een goed granulerend defect met een huidtransplantaat of huidlap kan de tijdsduur van totale genezing aanzienlijk bekorten.

In zijn therapie-schema worden flegmoneuze ulcera behandeld met ultraviolet licht; BRZĘDECKI (1897) vond óók dat magnetisme hielp tegen brandwonden. Een ulcus met necrose en pus dient behandeld te worden, met het lancet en pincet, zodat het dode weefsel verwijderd wordt en ruime afvoer van etter gewaarborgd is, eventueel ondersteund met antibiotische therapie. De xantinolnicotinaationtoforese is slechts bij 1 patiënt toegepast, zonder vermelding van het resultaat. Of was dat bij één der patiënten die overleden zijn „zonder aanwijzingen van sepsis t.g.v. decubitus”, doch wellicht aan ernstige katabole stoornissen<sup>2</sup>. In zijn tabel 1 worden de patiënten, behandeld met trypure aangegeven tussen „haakjes” — zeer terecht want trypure tast niet alleen dood weefsel aan, maar stellig ook granulatiweefsel.

Gezien de resultaten van HAALBOOM's behandeling mag aan het effect daarvan ernstig worden getwijfeld. Van de 30 patiënten waren 4 weken na aanvang van de behandeling nog 28 patiënten over. Hiervan waren slechts 7 (25%) genezen, 4 in hetzelfde stadium gebleven en 2 verergerd. In totaal had dus bij 21% van de patiënten 28 dagen intensieve behandeling geen enkel succes! Van de overige 15