

gegevens voor 3% de variatie in problemen verklaarden. De leeftijd bleek, in dit geval, met 16% een veel betere voorspeller te zijn voor het optreden van verblijfproblemen. Vooral patiënten van 45 jaar en jonger hadden meer problemen met zowel verveling als isolement. Bij de interpretatie van deze percentages is het van belang dat in het algemeen ervaringen van patiënten multifactorieel worden bepaald, zodat zelden hoge percentages voor één type factor gevonden zullen worden.

Beschouwing

Ons onderzoek heeft tot de conclusie geleid dat aan medische gegevens in de meningsvorming van patiënten over hun verblijf in het ziekenhuis geen bijzondere betekenis kan worden toegekend. Een belangrijk resultaat is dat de problemen verveling en isolement structureel bepaald blijken te zijn. Ze zijn terug te voeren op de vrij plotselinge rolwisseling, de collectieve dagindeling, het voortdurend aanwezig moeten zijn, de contact- en informatiebeperking, de onpersoonlijke manier van omgaan met patiënten én de mogelijkheid van de staf om voor de patiënt niet-welkome maatregelen te treffen.⁴ In navolging van Schalm kan gesteld worden dat de benadering van patiënten in het ziekenhuis niet is afgestemd op „gezonde” patiënten.⁵ De patiënten die verblijfproblemen krijgen, zijn voor het ziekenhuis vaker de „routine-patiënten”. Een van te voren vaststaand

programma wordt afgewerkt. Dit kan vaak samengaan met routinematig handelen van de staf, waarin de patiënt object is en de persoonlijke aandacht gering. Hierdoor voelen patiënten zich eerder geïsoleerd. Omdat daarnaast de lichamelijke toestand van de patiënt het hem mogelijk maakt zijn leven zelf in te richten – een situatie waarop het ziekenhuis niet is afgestemd – ontstaat vaak verveling. Artsen en verpleegkundigen kunnen hiermee rekening houden.

Op beleidsterrein kunnen de bevindingen aanleiding zijn de discussies over het aanbrenge van differentiatie in het aanbod van ziekenhuiszorg te heropenen. Tenslotte kan worden opgemerkt dat de uitkomsten van enquêtes onder patiënten ook beter begrepen kunnen worden indien ook gegevens bekend zijn over de medische achtergrond van patiënten.

LITERATUUR

- 1 Wendte JF. Patiënten oordelen over ziekenhuizen. Tijdschr Soc Geneesk 1981; 59: 102-6.
- 2 Wendte JF. Patiënten in het ziekenhuis. De betekenis van medische gegevens voor de meningen van patiënten over hun verblijf in het ziekenhuis. Leiden: 1984. Proefschrift.
- 3 Cremers AGP. Hoe gebruiken wij ons ziekenhuis? Deventer: Van Loghum Slaterus, 1974.
- 4 Siegrist, J. Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus. In: Begemann H, red. Patient und Krankenhaus. München: Urban & Schwarzenberg, 1976: 25-48.
- 5 Schalm L. Is onze verpleging voor alle groepen patiënten psychologisch het meest verantwoord? Ned Tijdschr Geneesk 1950; 94: 1700-4.

Mei 1984

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Decubitus in het ziekenhuis

DR. J.R.E. HAALBOOM

Het is goed dat er de laatste tijd in dit tijdschrift meer aandacht wordt besteed aan decubitus.^{1,3} De omvang van het probleem is in Nederland nog onvoldoende bekend, hoewel Keuzenkamp in 1982 berekende dat decubitusbehandeling per jaar een bedrag van 400 miljoen gulden vergt!⁴ Er zijn weliswaar cijfers bekend omtrent het voorkomen van decubitus in verpleeghuizen (12 tot 21% van de opgenomen patiënten)⁴ en in revalidatiecentra met afdelingen voor patiënten met dwarslaesie (tot 50%, hoewel bij 70% van deze patiënten decubitus al bestond bij opname in het centrum),⁵ maar cijfers van algemene en (of) academische ziekenhuizen zijn nog niet bekend.

In het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) is een dergelijk onderzoek verricht. In totaal werden

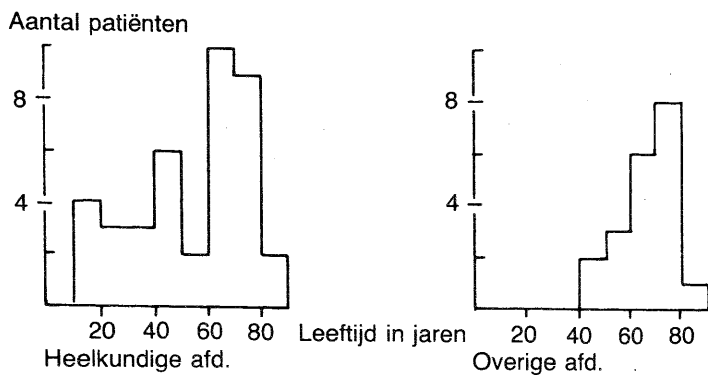
534 voornamelijk bedlegerige patiënten onderzocht op decubitus; 298 patiënten waren opgenomen op heelkundige afdelingen en 236 op andere afdelingen. Allen werden door de onderzoeker te zamen met de verantwoordelijke verpleegkundige onderzocht. Bij iedere patiënt met decubitus (in totaal 59, 11%) werden lokalisaties, stadium (volgens een eerder in dit tijdschrift gepubliceerde indeling)⁶ en behandeling genoteerd:

– Plaatsen waar de 92 gevallen van decubitus werden waargenomen, waren: stuit (51; 55%), hielen (25; 27%), heupen (8; 9%), ellebogen (5; 5%), schouders (2; 2%) en oren (1; 1%).

– Stadiëring. De verdeling van de 59 patiënten naar de stadia waarbij de ernstigste aantasting was waargenomen, was als volgt: stadium I 19 (32%), stadium II 7 (12%), stadium IIIA 22 (37%), stadium IIIB 6 (10%) en stadium IV 5 (8%).

– Behandeling. De 59 patiënten kregen de volgende behandeling: wisselgitting bij 49 (83%), wrijven met

Correspondentie-adres: Kliniek voor Inwendige Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht.



De geslachts- en leeftijdsverdeling van de 39 patiënten op heelkundige afdelingen: 20 mannen (gemiddelde leeftijd en SD: $51,3 \pm 22,5$ jaar) en 19 vrouwen (gemiddelde leeftijd en SD: 57 ± 20 jaar) en van de 20 patiënten op overige afdelingen: 11 mannen (gemiddelde leeftijd en SD: $61,7 \pm 12$ jaar) en 9 vrouwen (gemiddelde leeftijd en SD: $71,3 \pm 8,6$ jaar).

lanettewascrème bij 39 (66%), zinkolie rondom wondranden bij 16 (27%), ultrageluid bij 8 (14%), ijsapplicatie en föhnen bij 8 (14%) en desinfectie met Dakinsvloeistof (natriumhypochlorietoplossing) bij 4 (7%).

– De leeftijden van de patiënten zijn vermeld in de figuur.

Uit de bevindingen blijkt dat bij 11% van alle opgenomen patiënten een vorm van decubitus voorkomt. Op de heelkundige afdelingen is de frequentie bijna tweemaal zo hoog als op de niet-heelkundige afdelingen. De leeftijdspieken liggen bij vrouwen ongeveer 10 jaar later dan bij mannen. De jonge heelkundige decubituspatiënten zijn bijna allemaal patiënten met meervoudige letsels.

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Hoe dient het beleid bij kindercontusies te zijn?

Vraag 43. Onlangs hoorde ik van een beleid bij kindercontusies, dat nogal afwijkt van het huisartsenbeleid. Het zou zo zijn, dat de ADH-afgifte bij kindercontusies gestoord is met gevolgen voor de elektrolyten-huishouding. In dit verband vraag ik mij het volgende af: in welk stadium is deze stoornis klinisch herkenbaar?; is er dan nog voldoende tijd om door te sturen, bijvoorbeeld met een wekschema om de twee uur?; wat is de frequentie van voorkomen?; tot welke leeftijd komt dit voor?

Antwoord. Een kindercontusie is per definitie een klinisch beeld, waarbij korte tijd na een licht trauma een daling van het bewustzijn optreedt, gepaard met bleekheid, transpireren, braken en soms neurologische afwijkingen. Vaak is het beeld daarna goedaar-

Elf procent lijkt veel, maar dit getal behoeft enig commentaar. In de weinige publikaties uit andere grote (niet-Nederlandse) ziekenhuizen wordt doorgaans pas van decubitus gesproken indien een epitheeldefect zichtbaar is. Volgens de in het AZU gebruikte indeling is dit het stadium IIIA en hoger. Passen we de in de literatuur gebruikte indeling toe op onze patiënten, dan zijn er niet 59 maar 33 patiënten met decubitus, ofwel 6,2% van alle opgenomen patiënten. Dit getal komt overeen met die uit grote opleidingsklinieken in Canada en Zuid-Afrika.^{7,8} In het AZU wordt de behandelend arts al gewaarschuwd bij stadium I. Het is struisvogelpolitiek om de eerste twee stadia niet in een onderzoek als hier beschreven te betrekken. Het is bekend dat stadium I en II zich zeer snel tot meer ernstige vormen kunnen ontwikkelen. Het is dan ook noodzakelijk om patiënten al bij stadium I doeltreffend te behandelen.

LITERATUUR

- Bloem JJAM. De chirurgische behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1468-70.
- Keuzenkamp T. Conservatieve behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1470-3.
- Bouman FG. De behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1474.
- Keuzenkamp T. De conservatieve behandeling van decubitus. Utrecht, 1982. Proefschrift.
- Bakker H. Preventie van decubitus: een leerproces. Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek 1980; 5: 56-9.
- Haalboom JRE. De behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1978; 122: 1652-6.
- Fernie GR, Dornan J. The problems of clinical trials with new systems for preventing or healing decubiti. In: Kenedi RM, Cowden JM. Bed sore biomechanics. London: The Macmillan Press Ltd., 1976: 315.
- Manley MT. Incidence, contributory factors and costs of pressure sores. S Afr Med J 1978; 53: 217-22.

Juli 1984

dig, maar soms is de ontstane hersenzwelling zodanig dat er levensgevaar bestaat.^{1,2} Veel minder vaak dan bij volwassenen wordt het beloop dat is gekenmerkt door een verslechteren van de toestand enige tijd na een trauma veroorzaakt door een epiduraal hematoom. In beide gevallen is doorsturen naar een ziekenhuis voor verdere diagnostiek (computertomografie), observatie en behandeling gewenst en lijkt een wekschema niet juist te zijn. De latente periode is meestal vrij kort (minuten tot enkele uren). Het beeld van de kindercontusie kan zich voordoen tot het 15e à 20e jaar, maar komt vooral voor bij jonge kinderen. De oorzaak van de hersenzwelling is niet bekend, maar het wordt beschouwd als een acute stoornis in de autoregulatie van de cerebrale bloeddorstrooming („luxury perfusion”).

Het „inappropriate anti-diuretic hormone syn-