

Frank van Wijck

# Alle partijen aan zet

**Decubitus en incontinentie  
in breder perspectief**



Nefemed is de belangenorganisatie van producenten en leveranciers van medische hulpmiddelen. De leden hebben vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid een duidelijke strategische visie op de toekomst van de gezondheidszorg in het algemeen en de rol en bijdrage van de medische hulpmiddelensector daarin in het bijzonder. De leden van Nefemed onderscheiden zich doordat zij zich richten op innovatie: het structureel werken aan verbetering van de producten, in samenwerking met artsen, patiënten en wetenschappers.

Frank van Wijck

# Alle partijen aan zet

**Decubitus en incontinentie  
in breder perspectief**



## Inhoudsopgave

Voorwoord	4
<b>1</b> Inleiding	7
<b>2</b> Decubitus	11
<b>3</b> Incontinentie	17
<b>4</b> Decubitus en praktijk	22
<b>5</b> Incontinentie en praktijk	30
<b>6</b> De maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen	38
<b>7</b> Slotbeschouwing	44
<b>8</b> Conclusie	50

## Aandacht voor de kwaliteit van decubitus- en incontinentiezorg

Nefemed brengt dit boekje uit om de beeldvorming over decubitus en incontinentie te nuanceren. De titel, **Alle partijen aan zet**, refereert aan het feit dat alle partijen – zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beleidsmakers en zorgconsumenten – een rol moeten spelen om tot kwaliteitsverbetering van de zorg te komen.

Wat is het beeld in de samenleving? Dat is kort gezegd dit: Je gaat voor een simpele operatie een week het ziekenhuis in en je komt vanwege een decubituswond pas drie maanden later weer naar buiten. In het verpleeghuis word je bewust incontinent gemaakt, want dat is gemakkelijker voor de verpleging. Het is onterechte, maar zeer hardnekkige beeldvorming over de kwaliteit van de gezondheidszorg. En die beeldvorming is zo hardnekkig omdat de gezondheidszorg een sector vol emoties is. Het zal immers je vader of moeder maar overkomen.

Nefemed beseft terdege dat één boekje niet volstaat om die beeldvorming volledig om te buigen. Het boekje moet dan ook worden gezien als een bijdrage aan de zo noodzakelijke beeldvorming die nu over decubitus en incontinentie bestaat.

Decubitus en incontinentie zijn onderwerpen waarmee enorm veel mensen te maken krijgen. In *Alle partijen aan zet* komen zulke mensen aan het woord. Maar ook komen directeurs van verpleeghuizen en verpleeghuisartsen aan het woord, die vertellen hoeveel winst ten opzichte van vijftien jaar geleden is geboekt in de preventie en behandeling van decubitus. Deze winst is deels mogelijk geworden omdat de behandelaars hierop gericht beleid hebben ontwikkeld, maar ook omdat de medische industrie een duidelijke kwaliteitsverbetering in de medische hulpmiddelen voor decubitus en incontinentie heeft bewerkstelligd. Het boekje zet uiteen hoe belangrijk de rol van die medische hulpmiddelen is. Een van de geïnterviewden zegt bijvoorbeeld: 'Als we in de werksituatie van nu weer zouden moeten werken met de hulpmiddelen van vijftien jaar geleden, dan zou dat tot grote problemen leiden.' Geplaatst in het licht van het feit dat de zorgzwaarte in de zieken- en verpleeghuizen in die tussenliggende vijftien jaar alleen maar is toegenomen, is dit een zeer veelzeggende opmerking.

**Alle partijen aan zet** heeft het doel alle betrokken partijen te wijzen op hun rol om tot verdere kwaliteitsverbetering te komen. De zorgverlener dient in iedere fase van de behandeling het meest geëigende hulpmiddel toe te passen. Hij moet dus de kennis, het personeel en de middelen hebben om dit te kunnen doen. De zorgverzekeraar dient zorg in te kopen op basis van prijs en kwaliteit. Dit betekent dat hij inhoudelijke kennis moet hebben over decubitus- en incontinentiezorg. De overheid dient een faciliterende rol te spelen om zorgverleners aan te sporen tot optimaal gebruik van medische hulpmiddelen en tot vergroting van wetenschappelijke kennis op dit gebied om te waarborgen dat deze “evidence based” optimaal worden ingezet. En de zorgconsument dient te weten welke hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de preventie en behandeling van decubitus en incontinentie. Door de vergrijzing zal de prevalentie van decubitus en incontinentie de komende jaren toenemen. We hebben daarom mensen, wetenschappelijke kennis én hulpmiddelen nodig om de stijgende zorgvraag aan te kunnen. Dat lukt alleen als samenwerking het uitgangspunt is. Dus zijn inderdaad alle partijen aan zet.





## Inleiding

Je gaat voor een simpele operatie een week het ziekenhuis in en je komt vanwege een decubituswond pas drie maanden later weer naar buiten. In een verpleeghuis word je bewust incontinent gemaakt, omdat het voor het verzorgend personeel veel gemakkelijker is om de bewoners drie keer per dag een schone luier om te doen dan om hen steeds weer opnieuw naar het toilet te moeten brengen.

### Hardnekkig

Waar of niet waar? Niet waar natuurlijk. Maar beeldvorming is een hardnekkig iets en de gezondheidszorg is een sector vol emoties. Het zal immers je vader of moeder maar overkomen. Wellicht verklaart dat waarom over decubitus en incontinentie zoveel hardnekkige misverstanden bestaan.

Nefemed wil helpen deze misverstanden uit de weg te ruimen. Dat lukt niet in één keer met slechts één boekje. Een kenmerk van misverstanden is immers dat ze zo hardnekkig zijn. Maar met dit boekje kunnen we wel een bijdrage leveren aan de zo noodzakelijke nuancering van de beeldvorming die nu over decubitus en incontinentie bestaat. In dit boekje komen mensen aan het woord die vertellen wat het zou betekenen als ze met de werkdruk van nu weer zouden moeten werken met de hulpmiddelen van vijftien jaar geleden. Een van hen zegt letterlijk: 'Als we terug zouden moeten naar het oude incontinentiemateriaal, moet er per afdeling een formatieplaats bij. Dat is in ons geval zeven afdelingen maal 35.000 euro, 245.000 euro dus.' Dat zegt wel wat over de waarde van medische hulpmiddelen, en het plaatst de discussie over de kosten hiervan in een heel nieuw daglicht.

Maar dit boekje gaat over meer dan geld alleen. Het gaat over de wereld die er achter ligt. Dat de prevalentiecijfers voor decubitus en incontinentie de komende jaren zullen stijgen, is duidelijk. De vergrijzing is immers een keihard gegeven. Dit boekje wil laten zien wat dit betekent voor patiënten en zorgverleners, en welke gevolgen het moet hebben voor beleidsvorming, om te waarborgen dat patiënten met decubitus of incontinentie ook in de toekomst de goede zorg en het menswaardige bestaan kunnen verwachten waarop ze recht hebben.

## **Enorme impact**

Waarom juist deze twee onderwerpen? Daarvoor bestaan diverse redenen. In de eerste plaats zijn decubitus en incontinentie beide onderwerpen waarmee heel veel mensen te maken krijgen. Ten tweede zijn het allebei onderwerpen die een enorme impact kunnen hebben op iemands mensenleven en sociale functioneren. Een decubituswond hebben of incontinent zijn voor urine of feces betekent een grote aantasting van de kwaliteit van leven. Mensen die dit overkomt, verdienen het daarom om zo optimaal en effectief mogelijk behandeld te worden. Dat is alleen mogelijk als we allemaal weten waarover we het precies hebben en wat precies mogelijk is om die kwaliteit van leven te verbeteren. Verkeerde beeldvorming staat dit proces in de weg.

Ten derde zijn het allebei aandoeningen waarvoor een gericht preventiebeleid weliswaar van enorm groot belang is, maar waarvoor tevens geldt dat niet altijd is te voorkomen dat mensen er toch mee te maken krijgen. Is dat het geval, dan bestaan voor zowel decubitus als incontinentie hulpmiddelen die kunnen bijdragen aan genezing, of die er in ieder geval voor kunnen zorgen dat mensen ondanks hun beperking normaal maatschappelijk kunnen blijven functioneren. Maar als de beeldvorming over decubitus en incontinentie verkeerd is, kunnen die hulpmiddelen nooit op hun juiste waarde worden geschat.

## **Opzet en doel**

In dit boekje zetten we daarom om te beginnen precies uiteen wat decubitus en incontinentie inhouden. Vervolgens brengen we in beeld wat decubitus en incontinentie in de praktijk betekenen. We laten mensen aan het woord die deze aandoeningen aan den lijve ondervonden hebben. Ook laten we mensen uit de zorgpraktijk uitleggen wat zij kunnen betekenen voor mensen met decubitus of incontinentie en tegen welke problemen zij hierbij aanlopen. En dat zijn er nogal wat: bezuinigingen, personeelsgebrek, onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van de waarde van (be)handelingen, ontoereikende scholing.

We zetten uiteen hoe alle partijen – zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beleidsmakers en zorgconsumenten – een bijdrage kunnen leveren aan verbetering van de kwaliteit van zorg op het gebied van decubitus en incontinentie. En we laten zien hoezeer deze kwaliteitsverbetering onlosmakelijk verbonden is met de optimale inzet en toepassing van medische hulpmiddelen.

Het doel hiervan is dat de lezer beseft hoe dringend de beeldvorming omtrent decubitus en incontinentie aan een kritische herziening toe is. Dit boekje schetst in kort bestek de contouren daarvan. Het is vervolgens aan de genoemde betrokken partijen om hierop actie te ondernemen.





Als je op de tocht staat word je verkouden. Maar als je een nacht in bed ligt, word je niet wakker met een decubituswond.

## Decubitus

Decubitus vormt een van de grootste en meest voortdurende bedreigingen van onze gezondheidszorg. Een decubituswond bezorgt de patiënt een uiterst pijnlijk lijden, meestal op een moment dat de algemene gezondheidstoestand door andere oorzaken toch al is aangetast. Voor het personeel in de gezondheidszorg is de preventie van decubitus een voortdurend aandachtsgebied. Het optreden van decubituswonden bij patiënten betekent voor het personeel dat een intensief en vaak lang behandelingstraject moet worden ingezet. Een traject dat bovendien – juist door die slechte algemene gezondheidstoestand van de patiënt – een onzekere uitkomst heeft. Beleidsmakers zien zich geconfronteerd met de noodzaak om gericht beleid te voeren op de preventie van decubitus. Een beleid waarbij hulpmiddelen moeten worden ingezet die een forse investering vergen. Slagen ze desondanks niet in hun preventiebeleid, dan zien ze zich geconfronteerd met enorme kosten om decubitus effectief te behandelen en de patiënt te genezen. Voor de overheid betekent het onderwerp decubitus dat ze jaar op jaar moet toezien hoe de incidentiecijfers ervoor zich niets, of in ieder geval te weinig, blijken aan te trekken van de gerichte aandacht die het onderwerp al meerdere jaren krijgt.

### Definitiebepaling

Decubitus wordt ook wel aangeduid met termen als doorliggen of bedzeer. De meest heldere definitie is te vinden in de consensus uit 2002 over dit onderwerp van kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO: "Onder decubitus wordt verstaan iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkraften, of een combinatie daarvan". Uit deze definitie wordt duidelijk dat decubitus ontstaat als gevolg van veranderingen in het weefsel. Hieruit valt – theoretisch althans – te concluderen dat decubitus te voorkomen valt door die veranderingen te voorkomen. In veel gevallen is dit, door toepassing van gericht preventiebeleid, inderdaad mogelijk. Maar in de praktijk is het door diverse factoren helaas niet altijd haalbaar. Wie lang staat, zal onbewust regelmatig van standbeen veranderen om te voorkomen dat teveel druk op het weefsel van één been ontstaat. Wie lang zit, verandert regelmatig van houding. En zelfs iemand die slaapt, neemt ongeveer ieder kwartier een andere houding aan. Hiermee wordt voorkomen dat door voortdurende druk op één plek op het weefsel zuurstoftekort ontstaat.

## **Verhoogde druk**

Niet iedereen is echter in staat om zelfstandig te beslissen dat het tijd wordt om een andere houding aan te nemen. Een patiënt die voor een langdurige operatie onder narcose op de operatietafel ligt, ligt gedurende al die tijd in dezelfde houding. Het zijn dan voor de volledige duur van de operatie de weefsels op dezelfde plaats die aan verhoogde druk blootstaan. Als hierop geen effectief preventiebeleid wordt gevoerd, bijvoorbeeld door de operatietafel van een drukverlagende bekleding te voorzien, kan reeds een begin van decubitus ontstaan. Ook om andere redenen kunnen mensen onvoldoende in staat zijn om zelfstandig te bewegen. Denk aan mensen met ernstige neurologische aandoeningen die gepaard gaan met motorische uitval, zoals dwarslaesie- en hemiplegiepatiënten. Denk ook aan mensen die door een ziekte als reumatoïde artritis verminderd mobiel zijn, aan mensen die na een fractuur of operatie geruime tijd gedwongen immobiel zijn, of aan mensen die onder invloed van psychofarmaca te kampen hebben met een afgenomen reactievermogen. Daarnaast zijn er mensen die door een neurologisch defect onvoldoende in staat zijn om pijn te voelen en die dus ook niet op een pijnprikkel reageren.

## **Stadia I tot en met IV**

Wat in al deze gevallen in eerste instantie gebeurt, is dat een rode vlek op de huid ontstaat. Wordt met een vinger druk op die plek uitgeoefend, en verdwijnt die roodheid niet, dan is de eerste schade aan het huidweefsel al een feit. We spreken dan van decubitus stadium I. Wordt hierop niet effectief ingegrepen, dan gaat de aantasting van het weefsel verder. We spreken van stadium II als de eerste ernstige schade zichtbaar wordt. Die beschadiging kan zich manifesteren in de vorm van een blaas die is gevuld met bloederig vocht of een opperhuid die droog is en een zwarte kleur vertoont. Het is ook mogelijk dat in dit stadium zeer oppervlakkige zweren ontstaan. De decubitus beperkt zich op dit moment nog tot de opperhuid en een deel van de lederhuid. Weer erger wordt het in stadium III. Dan is niet alleen de gehele huid op de aangedane plek afgestorven, maar vaak ook een deel van het onderhuidse vetweefsel. Het afgestorven huidweefsel heeft een gele of zwarte kleur, maar de onderliggende spieren zijn nog niet aangetast. Hiervan is wel sprake bij stadium IV. De zweer kan dan veel groter zijn dan op het eerste gezicht waarneembaar is, en de wond kan centimeters diep zijn. Hoewel aan de huid slechts een gat van enkele centimeters te zien is, kan daaronder sprake zijn van een holte die veel groter is en die zich uitstrekt tot ver onder de huidranden van de zichtbare opening.

## **Aanpalende problemen**

Zeer belangrijk om te beseffen is het dat decubitus vooral optreedt in situaties waarin mensen door bepaalde omstandigheden gedurende een langere periode genoodzaakt zijn in dezelfde houding liggen of zitten. Decubitus is dus in dit opzicht geen zelfstandig bestaand ziektebeeld in die zin dat het niet op zichzelf ontstaat. Als je valt, breek je je heup. Als je op de tocht staat, word je verkouden. Maar als je een nacht in bed ligt, word je niet wakker met een decubituswond. Zo'n wond ontstaat pas als de omstandigheden ervoor zorgen dat het weefsel op een bepaalde

plek niet meer voldoende wordt beschermd, en dus wordt aangetast. Wie dit beseft, begrijpt ook waarom het niet altijd mogelijk is om decubitus te voorkomen. Wordt iemand na een ongeval met spoed op de operatietafel gelegd omdat sprake is van levensbedreigend trauma, dan staat het levensreddend handelen voorop. Dat de patiënt door het langdurige stilliggen op de operatietafel een decubituswond kan oplopen, is dan een probleem waaraan pas in een later stadium aandacht wordt besteed. Het kan ook voorkomen dat iemand in een ziekenhuis- of verpleeghuisbed belandt omdat diens gezondheidstoestand zo slecht is geworden dat opname geïndiceerd is. Is zo iemand bedlegerig, dan vraagt dit actieve inzet van het verplegend of verzorgend personeel om middels wisselleggingen te voorkomen dat decubitus ontstaat. Niet voor niets kiezen steeds meer verpleeghuizen ervoor om voor hun patiënten standaard drukverlagende matrassen op de bedden te leggen. Dat is weliswaar een kostbare maatregel, maar het is wel een effectieve vorm van preventie. Verder komt het nogal eens voor dat iemand die wordt opgenomen, op het moment van opname ondervoed is. Met het klimmen der jaren gaan mensen minder eten. Komen daar gebitsproblemen bij die het eten bemoeilijken, dan bestaat het risico dat iemand nog minder gaat eten. En is iemand incontinent voor urine, dan kan hij uit angst voor ongewenst urineverlies beslissen minder te gaan drinken. Dit beperkt inderdaad het ongewenste urineverlies, maar een te beperkte vochtinname tast wel de algemene gezondheidstoestand aan.

Verder kan het voorkomen dat de situatie van ondervoeding in een instelling onbedoeld wordt versterkt. Zet een instelling buitenlandse verzorgenden in omdat Nederlands verzorgend personeel niet te vinden is, dan kan dit onbedoeld tot problemen leiden. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die gevoed moet worden en die het gewend is om na iedere paar happen een slokje water te nemen. Een verzorgende die de Nederlandse taal onvoldoende machtig is, begrijpt mogelijk niet de door de patiënt geuite wens om gedurende de maaltijd regelmatig te drinken. Weert die patiënt de hap eten af, dan kan de verzorgende de conclusie trekken dat de patiënt niet meer wil eten. Gebeurt dit meer dan eens, dan tast dit de voedingstoestand van de patiënt aan, en dus ook zijn algemene gezondheidstoestand. Hetzelfde kan overigens gebeuren als de verzorgende wel de Nederlandse taal machtig is, maar de patiënt geen spraakvermogen meer heeft en bovendien onvoldoende motorische kracht heeft om het glas water te pakken of ernaar te wijzen.

### **Problematisch herstel**

De bovenstaande voorbeelden geven aan dat het ontstaan van decubitus vaak in het verlengde ligt van andere problemen. Dit maakt duidelijk waarom het niet altijd mogelijk is om decubitus te voorkomen. En het laat zien waarom het vaak zo moeilijk is een eenmaal ontstane decubituswond weer te genezen. Noodzaakt iemands gezondheidstoestand ertoe dat hij langdurig in dezelfde houding blijft liggen of zitten, dan beperkt dit gegeven de mogelijkheden om de decubituswonden te genezen. Is iemands voedingstoestand slecht en door ziekte of verzwakking niet te verbeteren, dan heeft dit een negatief effect op het vermogen van het aangetaste weefsel om te herstellen.

Daarnaast kan de wijze van werken in een instelling een belemmering vormen voor herstel. Geavanceerde wondbedekkers waarin een werkzame stof is verwerkt, bieden alleen een optimaal effect als ze meerdere dagen op de wond kunnen blijven zitten. Ze kunnen dan wondvocht afvoeren en zorgen voor weefselherstel. Maar als het behandelprotocol stelt dat de wond iedere dag geïnspecteerd moet worden, wordt dit effect nooit bereikt en is de inzet van zo'n kostbare wondbedekker zinloos.

### **Als de dood nadert**

Wat we vooral in relatie tot decubitus niet uit het oog mogen verliezen, is dat dit weefselversterf in een aantal gevallen een symptoom kan zijn van het feit dat de patiënt in zijn laatste levensfase verkeert. Als de dood nadert, kunnen verplegenden en verzorgenden weinig anders meer doen dan zorgen dat de patiënt gedurende deze laatste periode zo comfortabel mogelijk verpleegd wordt. De decubitus is dan niet meer te voorkomen en ook niet meer te behandelen.

Maar wie incidentiecijfers voor decubitus bekijkt, moet zich wel bewust zijn van het feit dat ook de decubituswonden bij deze patiënten meetellen in de decubitusstatistieken. Dit biedt een vertekend beeld en doet geen recht aan de inzet van het verplegend en verzorgend personeel in de instellingen om het ontstaan van decubitus te voorkómen en om bij eventueel optredende decubitus snel, adequaat en genezingsgericht te handelen.

### **Vochtletsel**

Tot slot nog een laatste aandachtspunt op het gebied van decubitus. In 2006 vroegen de universitair docenten verplegingswetenschappen Lisette Schoonhoven en Tom Defloor (respectievelijk van het UMC St. Radboud in Nijmegen en de Universiteit Gent) aandacht voor het onderscheid tussen decubituswonden en vochtletsel. Zij stelden dat decubitus ontstaat door druk- en schuifkrachten, en vochtletsel door de inwerking van vocht op de huid. Dit kan komen door incontinentie, maar het kan ook wondvocht zijn of vocht van overmatig transpireren. Beide moeten dus ook verschillend worden behandeld, concludeerden ze.

De reacties op hun stellingname, vooral van medisch specialisten, waren fel. Ron Legerstee, programmaleider en wetenschappelijk docent aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum in Rotterdam voor de opleiding tot wond- en decubitusverpleegkundige zegt hierover: 'Ik heb de indruk dat omtrent decubitus en vochtletsel ofwel smetten een politieke strijd wordt gevoerd en daarmee is niemand minder gebaat dan de patiënt. Een discussie kan explosief worden door onduidelijkheid over de definities. Dat lijkt hier aan de hand.'

Om helderheid in de discussie te krijgen, is het zinvol te beseffen dat de huid, het grootste menselijke orgaan, bestaat uit weefsels. Weefsels kunnen onder andere worden kapotgemaakt door mechanische of chemische invloeden.

Breng je iemand onder narcose dan ligt die langdurig en zonder in staat te zijn om te reageren op waarschuwingssignalen op dezelfde plek. Hierdoor ontstaat druk op de zachte weefsels tussen het bot en de huid. De blauw-paarse verkleuring van de huid ter plaatse laat zien dat het weefsel onder die huid dood is. Het lichaam gebruikt



eiwitten om dat dode weefsel te kunnen afbreken. In tweede instantie gaat onder invloed van dit proces ook de huid kapot.

Bij smetten is geen sprake van druk. Neem het voorbeeld van een vrouw met door de leeftijd slap geworden, zware borsten. Tussen de twee huidlagen die elkaar dan raken, ontstaat zweet en een broeierige, benauwde omgeving. Hetzelfde kan bij mensen met overgewicht gebeuren op de buik of de billen. Het zweet werkt in op de huid, waardoor een chemische reactie ontstaat. Hierbij is het dus in eerste instantie de huid die kapot gaat. En dus niet pas in tweede instantie, zoals bij het voorbeeld van decubitus dat ik gaf.

Decubitus ontstaat door druk-, schuif- of wrijfkrachten. In mijn voorbeeld ontwikkelt de schade zich van binnenuit naar buiten, onder invloed van druk. Ligt de oorzaak daarentegen in schuif- of wrijfkrachten, dan is het wel de huid die in eerste instantie wordt aangetast. Dit verschil suggereert dat bij decubitus sprake kan zijn van twee van elkaar te onderscheiden fenomenen. Ik kan dat niet wetenschappelijk hard maken, maar het zou zeker zinvol zijn deze hypothese te toetsen.

Ook belangrijk hierbij is het besef dat de frequentie van wissellegging die op dit moment in de praktijk wordt gehanteerd – vier tot zes keer per dag – veel te laag is. Zelfs voor een gezonde persoon is twee uur al de grens. Als ook nog eens sprake is van onderliggend lijden, dan ligt het bij vier tot zes wisselleggingen per dag voor de hand dat problemen ontstaan.'

Om de discussie zuiver te houden, gaan we in het vervolg van dit boekje uitsluitend in op het onderwerp decubitus en laten we vochtletsel buiten beschouwing.

Dat we incontinentie een ziekte noemen is een bewuste keuze; het is de enige manier het probleem serieus te laten nemen door alle partijen.



## Incontinentie

Wie beseft dat bijna anderhalf miljoen mensen in Nederland aan incontinentie lijden, begrijpt eigenlijk niet waarom het een ziekte is die met zoveel schaamte gepaard gaat. Een miljoen Nederlanders betekent immers één op de zestien: in iedere straat één, in iedere sportclub één, op iedere werkplek één. In ieder café en in iedere concertzaal die we bezoeken bevinden zich mensen die hun urine of ontlasting niet kunnen ophouden. Ze zaten zojuist nog op de kruk of stoel die nu door de volgende bezoeker wordt bezet. En dankzij de effectiviteit van medische hulpmiddelen die de urine of feces opvangen, leidt dit op geen enkele wijze tot problemen. Kruk of stoel blijven volkomen schoon en ook verspreidt zich geen onaangename geur.

Toch is incontinentie een onderwerp dat met enorm veel schaamte omgeven is en dat voor de lijdens vaak tot een sociaal isolement leidt dat voor gezonde medemensen nauwelijks voorstelbaar is. De hulpmiddelen kunnen wel het lichamelijke probleem ondervangen, maar doen blijkbaar weinig af aan het feit dat incontinentie mensen het gevoel hebben niet door de maatschappij te worden geaccepteerd. Meer exacte cijfers over het vóórkomen van incontinentie zijn recent gepresenteerd door promovenda Doreth Teunissen, huisarts. Zij stelt dat urine-incontinentie bij 29 procent van de vrouwen boven zestig jaar voorkomt en bij negen procent van de mannen vanaf die leeftijd. Bij tachtigjarigen gaat het om respectievelijk 65 en dertig procent. Ontlastingsincontinentie komt bij zes procent van de mannen en vrouwen voor.

### Definitiebepaling

Voor de goede orde eerst even dit: we noemen in dit boekje incontinentie een ziekte. Dit is geenszins kwetsend bedoeld, maar het is wel een bewuste keuze. Het is de enige weg om het probleem serieus te laten nemen door alle partijen, inclusief de patiënten. Door het als een symptoom te kenschetsen – wat in de praktijk nogal eens gebeurt – blijkt het vaker onbesproken en krijgt het niet de serieuze aandacht die het verdient.

Zoals duidelijk zal zijn, is incontinentie niet één probleem, het zijn er twee. De definitie van incontinentie is immers: onvrijwillig urineverlies en niet-controleerbaar ontlastingsverlies. Hoewel het problemen zijn waarmee vooral oudere mensen en vrouwen behept zijn, kunnen ze in feite iedereen treffen. Vanwege de omvang van het probleem, de sociale problemen en de medische complicaties die ermee kunnen samenhangen, beschouwt de World Health Organisation (WHO) preventie en behandeling van incontinentie als een van haar belangrijke aandachtsgebieden. Op de vraag hoe moeilijk behandeling is, komen we nog terug. Eerst zetten we uiteen welke vormen van incontinentie bestaan.

## Urine-incontinentie

Urine-incontinentie kan zich op verschillende manieren manifesteren en de ene komt veel vaker voor dan de andere. Stress- of inspanningsincontinentie komt relatief vaak voor. Hiervan is sprake als iemand onverwacht wat urine verliest bijvoorbeeld op het moment dat hij moet hoesten, niezen of lachen. Hetzelfde kan gebeuren als iemand aan het sporten is of bukt om iets zwaars op te tillen en vervolgens weer overeind komt. Maar het kan ook voorkomen tijdens het vrijen. De term "stress" heeft hier betrekking op de fysieke spanning die voor een kort moment op de bekkenbodemspieren wordt gezet. Dit zijn de spieren die de blaas en darmen ondersteunen.

Ook aandrangincontinentie komt verhoudingsgewijs vaak voor. Het staat ook wel bekend onder de naam urge-incontinentie. Hiervan is sprake als iemand, ten gevolge van een overactieve blaas, ineens aandrang voelt en al het volgende moment moet ontlasten. In veel gevallen gebeurt dit dan zó snel dat iemand niet meer op tijd bij het toilet kan komen. Dit probleem kán tijdelijk zijn, als een blaasontsteking zorgt voor irritatie van het slijmvlies van de blaas, maar het kan ook een chronisch karakter hebben. Het is een onvrijwillige spiercontractie die eraan ten grondslag ligt. Het zijn met name mannen die last kunnen hebben van overloopincontinentie. Deze mannen legen tijdens het plassen de blaas niet helemaal. Ze hebben moeite met plassen – de straal is zwak – en verliezen ook wel eens urine tijdens de slaap. Ook hebben ze vaker dan gemiddeld last van urineweginfecties. Het probleem wordt gaandeweg groter en er is sprake van druppelsgewijs urineverlies. Een bekende oorzaak is vergroting van de prostaat, waarbij deze de urinebuis beknelt.

Functionele incontinentie komt veel minder vaak voor. We spreken hiervan als iemand niet zonder hulp naar het toilet kan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als iemand door ziekte of ongeval een mobiliteitsbeperking heeft. Het kan ook te maken hebben met ernstige reuma. Daarnaast kan het voorkomen dat iemand – bijvoorbeeld door Alzheimer of Parkinson – dusdanig verward is dat hij niet zelfstandig naar het toilet kan.

Totale incontinentie ten slotte kan worden veroorzaakt door vergroeiingen of beschadigingen die ten gevolge van kanker optreden, of door de bestraling. Maar ook zenuwbeschadigingen ten gevolge van een andere ziekte, een ongeval of een beroerte kunnen eraan ten grondslag liggen. Ook aangeboren afwijkingen zoals onvolkomenheden van de blaas kunnen de oorzaak zijn van totale incontinentie. Tot slot kan soms sprake zijn van incontinentie als gevolg van geneesmiddelen-gebruik. Geneesmiddelen kunnen bijvoorbeeld de spieren verslappen of kunnen voorkomen dat de signalen van een volle blaas de hersenen bereiken.

Voor de duidelijkheid wijzen we erop dat we met incontinentie niet hetzelfde bedoelen als bedplassen. Bedplassen is een probleem dat bij één op de tien kinderen tot negen jaar normaal voorkomt. Alleen als het op die leeftijd niet op natuurlijke wijze of met behulp van speciale trainingsprogramma's overgaat, wordt de oorzaak

in een onderliggende klacht gezocht. Voor het overige laten we bedplassen buiten beschouwing.

### **Fecale incontinentie**

Het gegeven dat zes procent van de mannen en vrouwen in Nederland lijdt aan fecale incontinentie, betekent dat bijna een miljoen mensen in ons land te kampen hebben met ongewild verlies van feces.

Aan fecale incontinentie kunnen uiteenlopende klachten ten grondslag liggen.

Een ontsteking van de darmen kan bijvoorbeeld leiden tot een prikkeling die ervoor zorgt dat de ontlasting onaangekondigd naar buiten komt. Daarnaast kan ook juist obstipatie voor problemen zorgen. De darmwand kan door die obstipatie geïrriteerd raken, wat ongewilde dunne afscheiding veroorzaakt.

Hiernaast kan sprake zijn van afwijkingen in het onderste gedeelte van het ruggenmerg, waar de functie van de endeldarm en de sluitspier van de anus worden geregeld. Dementie kan ook tot incontinentieklachten leiden. Hierbij is geen lichamelijke oorzaak aan te wijzen, maar is veeleer sprake van een psychisch defect waardoor mensen niet meer beseffen dat ze naar het toilet moeten of wat ze daar moeten doen.

Zeer zeldzaam is de ziekte van Hirschprung. In Nederland worden ongeveer 35 kinderen per jaar geboren met deze ziekte, waarbij de zenuwcellen in de dikke darm ontbreken of onvolkomen functioneren. Soms geldt hetzelfde voor de zenuwcellen in de dunne darm. Ook anusatresie is een uiterst zeldzame aangeboren afwijking. Deze houdt in dat het kind zonder anus wordt geboren. Bij beide aandoeningen is operatief ingrijpen mogelijk. In veel gevallen blijven echter ook daarna in meerdere of mindere mate incontinentieklachten bestaan.

### **Preventie en genezing**

Veel ouderen zijn van mening dat incontinentie er gewoon bij hoort als je ouder wordt, net zoals veel vrouwen denken dat incontinentie een logisch gevolg is van zwangerschap en bevalling. Huisartsbezoek blijft dan uit, met als gevolg dat de problemen gaandeweg verergeren. Bij ouderen komen bovendien vaak ook andere gezondheidsklachten voor, zoals hart- of vaatproblemen, diabetes of hoge bloeddruk. De incontinentie wordt dan als een verhoudingsgewijs gering probleem gezien en blijft om die reden bij huisartsbezoek onvermeld of in ieder geval onderbelicht. Dat is betreurenswaardig, want studies in de Verenigde Staten, Egypte en Australië tonen aan dat bij zowel stressincontinentie als aandrangincontinentie training – van respectievelijk de bekkenbodem of de blaas – enorme verbetering kan geven. Dit vereist wel professionele begeleiding door een bekkenfysiotherapeut. De plaats voor medicatie in de behandeling van incontinentieklachten is klein. Bij stressincontinentie kan duloxetine worden overwogen, als training onvoldoende helpt. Bij aandrangincontinentie kunnen geneesmiddelen worden voorgeschreven om de zenuwpulsen die zorgen voor de spiercontracties in de blaas in goede banen te leiden. Over de effectiviteit van deze middelen is echter nog weinig bekend. Een van de beschikbare middelen beïnvloedt de werking van de nieren op zodanige wijze

dat de urineproductie afneemt. Voor alle geneesmiddelen geldt evenwel dat ze niet bij iedereen toepasbaar zijn. Bovendien kunnen ze bijwerkingen veroorzaken. Bij fecale incontinentie kunnen laxeermiddelen worden gebruikt om tot een bepaalde regelmaat in de ontlasting te komen. Een echte oplossing voor de fecale incontinentie biedt dit echter niet. Ook geeft het geen absolute zekerheid over de controle op de ontlasting.

### **Operatieve behandeling**

Een bekende chirurgische ingreep voor stressincontinentie met een hoog slagingspercentage (85 procent) is de TVT behandeling. Bij deze korte ingreep wordt een bandje onder de plasbuis geplaatst, zodat deze wordt dichtgedrukt op het moment dat er druk op wordt uitgeoefend. De blaas moet wel wennen aan de aanwezigheid van dit bandje. Het kan voorkomen dat iemand na plaatsing ervan de eerste dagen niet goed kan uitplassen. In slechts een enkel geval lukt dit ook gedurende langere tijd niet. Zelf katheteriseren biedt dan een oplossing.

Het HagaZiekenhuis in Den Haag helpt patiënten met urine-incontinentie sinds kort poliklinisch met Botox injecties. De patiënt krijgt het middel in de blaasspier ingespoten, waardoor die minder gevoelig wordt voor de prikkel om te plassen. De behandeling geschiedt onder plaatselijke verdoving en is bestemd voor mensen bij wie medicijnen tegen incontinentie geen uitkomst bieden.

Voor urine-incontinentie en fecale incontinentie bestaan verder ingrepen waarbij een sfincterprothese wordt geplaatst. Is sprake van incontinentie voor vaste ontlasting, dan is het mogelijk een pacemaker in de bil te plaatsen, vanwaar een elektrode naar de kringspier rond de anus wordt geleid. De sluitspier wordt dan met elektrische signalen geprikkeld en blijft daardoor functioneren. De Maastrichtse chirurg Cor Baeten legde in NRC Handelsblad (29 augustus 2007) uit dat deze ingreep succesvol is, maar wel kostbaar. Daarom mag hij slechts vijftig operaties per jaar uitvoeren. Hij zei: 'De hele ingreep, inclusief elektrode, kost zo'n 15.000 euro. (...) Dertig jaar incontinentie materiaal dragen kost "maar" zeven- tot achtduizend euro. (...) Een deel van de mensen loopt nu met een stoma. Dat geeft veel meer menselijke ellende en kost aan "plakjes en zakjes" over een periode van dertig jaar gemiddeld zo'n 55.000 euro. Dat vergoedt de verzekeraar wel.'

Voor alle behandelingen tegen incontinentie voor urine of feces geldt dat ze niet voor iedereen toepasbaar zijn. Dit kan te maken hebben met de leeftijd van de patiënten of met lichamelijke of geestelijke factoren, maar ook met de kosten die de behandeling met zich meebrengen. In de praktijk zijn de meeste patiënten daarom aangewezen op absorberende of afvoerende incontinentiesystemen. Voor patiënten die wel operatief kunnen worden geholpen of die nog in behandeling zijn, geldt in ieder geval dat ze direct na de operatie of gedurende de behandeling het gevoel willen hebben dat ze veilig zijn. Goed incontinentiemateriaal is hierbij onontbeerlijk.





Wanneer de beeldvorming over decubitus (en incontinentie) verkeerd is, kunnen de hulpmiddelen nooit op hun juiste waarde worden geschat.



## Decubitus en praktijk

Voor de meeste mensen is de loop van het leven redelijk voorspelbaar. Ze hebben een vaste baan en zien dus aan het einde van iedere maand hetzelfde bedrag aan loon op hun rekening verschijnen. Ze wonen goed en kunnen de hypotheek afbetalen. De kinderen doen het prima op school. Maar dan slaat het noodlot toe. De vrouw overlijdt plotseling en de man blijft alleen achter met de zorg voor twee jonge kinderen, die onmogelijk te combineren is met de drukke baan die het gezin de zo noodzakelijke financiële zekerheid biedt. De naschoolse opvang heeft een wachttijd van vijf maanden en de werkgever – aanvankelijk zo coulant – begint na verloop van tijd te klagen. Alle begrip hoor, maar na een paar maanden moet er toch echt weer gewoon gewerkt worden. Met heel veel moeite, pijn en verdriet lukt het de man om zijn leven weer een beetje op orde te krijgen. Maar het wordt nooit meer zoals het was. De man moet een parttime baan accepteren tegen een lager salaris, de kinderen kunnen niet aarden op de naschoolse opvang en het gemis van de vrouw en moeder blijft.

### Complicatie

Onverwachte gebeurtenissen kunnen diepe wonden slaan in een mensenleven. Soms kunnen die wonden geestelijk zijn, zoals in bovenstaande voorbeeld, maar soms ook lichamelijk. Iemand gaat het ziekenhuis in voor een relatief eenvoudige operatie. Maar door een complicatie ontstaat een decubituswond die zo groot is dat er een tennisbal in past. Van het belofde “Tot volgende week”, zo hoopvol op het werk uitgesproken, komt dan niets meer terecht. Het herstel vergt maanden, en kost veel pijn en enorm veel moeite.

## Het verhaal van Erik van Genken, 74

Ik werd in december 2006 opgebeld door het ziekenhuis met de mededeling dat ik eindelijk de hartoperatie kon ondergaan waarvoor ik al een tijdje op de wachtlijst stond. Ik kreeg de verzekering dat het een routine-ingreep was en ging er dan ook met vertrouwen naar toe. Maar na de ingreep ging het helemaal niet goed. Ik kreeg een gat boven mijn stuitje met een omtrek van veertien centimeter en een diepte van zeven centimeter. De dokter zei: "Daar kan wel een sinasappel in". Ik heb drie maanden in een ziekenhuis gelegen, op een zandbed. Vooraf was me verteld dat ik acht dagen na de operatie weer naar huis zou mogen.

Ze hebben me lang slapend gehouden. Toen ik uit de narcose kwam, sloeg ik van de morfine wartaal uit. Ook toen ze me vertelden dat ik decubitus had, zeiden ze dat het wel goed zou komen. Op dat zandbed lag ik op mijn rug aan een infuus en zo moest ik ook blijven liggen. Dankzij de medicijnen heb ik nooit pijn gevoeld. Pas na een maand ging het infuus eraf en kon ik – met hulp – op mijn zij gaan liggen. Maar ik was tien kilo afgevallen en voelde me te slap om me te bewegen. Dan word je ter afwisseling van het vele liggen af en toe in een stoel gehesen. En dan denk je: als dit nu mijn einde is...

Verbandmiddelen en een vacuümpomp moesten helpen om de decubituswond weer dicht te krijgen. Het duurde een maand voordat daarmee enige zichtbare verbetering werd bereikt. En ook toen ik weer naar huis mocht, had ik nog steeds een wond. Ik kreeg thuiszorg en ik mocht gaan lopen met een kleine vacuümpomp in een schoudertas. Ook die heb ik weer een maand gebruikt. Toen was de wond schoon en mocht ik weer gewoon rechtop gaan zitten.

Ik heb nu een hele deuk boven mijn stuitje. Op foto's heb ik dat ook zelf gezien. In de spiegel lukte het niet. Ik schrok niet van die foto. Ik dacht alleen maar: ik geloof het wel, ik ben er weer. Inmiddels is de wond dichtgegaan, zonder dat ik plastische chirurgie nodig heb gehad. Ik gebruik nu alleen nog een zalfje om de wondranden weer soepel te krijgen. Die zijn helemaal hard geworden.

Ik heb geluk gehad, denk ik. Alles is weer min of meer bij het oude. Alleen heb ik dit jaar wel de biljartcompetitie gemist. En dat vind ik jammer, want ik had dit jaar voor de derde keer op een rij winnaar kunnen worden. Ik weet dat ik dat in me had. Maar het heeft maanden geduurd voordat ik me weer over het biljart kon buigen. Nu gaat het weer, een kwartiertje toch.

## Gezondheidstoestand

Erik van Genken heeft inderdaad – relatief gesproken – geluk gehad. Zoals we in hoofdstuk twee hebben uitgelegd, kunnen decubituswonden diep slaan. De gevolgen kunnen dan blijvend zijn. Vooral als het ouderen betreft, die toch al niet in een optimale gezondheidstoestand verkeren. Het komt dan ook voor dat een nieuwe bewoner in een verpleeghuis al met een decubituswond binnenkomt. Marco Wisse is directeur van academisch verpleeghuis Naarderheem, een onderdeel van de Vivium Zorggroep. In een academisch verpleeghuis vindt behalve patiëntenzorg ook onderzoek en onderwijs plaats. Hij vertelt: 'Een deel van de decubitusproblemen is al ontstaan voordat iemand in Naarderheem komt wonen, bijvoorbeeld in het ziekenhuis. De opname in een instelling leidt niet tot kwalen, maar de ouderdom zelf doet dat.' Veel verpleeghuizen proberen mee te werken aan een oplossing voor dit probleem. Marco Wisse legt uit hoe: 'We zijn met het nabijgelegen ziekenhuis in gesprek over het onderwerp decubitus, omdat we merken dat de verzorgenden van het verpleeghuis beter met deze materie kunnen omgaan dan de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Dus nemen we oudere patiënten steeds sneller over, om complicaties te voorkomen. Wij kunnen mensen weer sneller op een beter functie- en conditieniveau krijgen. De schakelafdeling die we hebben opgezet met het ziekenhuis zorgt ervoor dat mensen naar een lagere zorgvorm kunnen. Dus naar de thuiszorg in plaats van naar het verzorgingshuis of naar het verzorgingshuis in plaats van het verpleeghuis. We leveren daarmee een bijdrage aan de zorg die enorm onderschat wordt.' Maar hoe belangrijk deze handelwijze ook is – en dat is ze onbetwist – toch kan niet iedereen er het voordeel van genieten, zoals volgend relaas aantoont.

Het verhaal van

## Wilco van der Plas, 69

Ik heb 43 jaar gewerkt. De meeste jaren in de mijnen en de laatste tien jaar op kantoor. Met mijn 58ste ging ik eruit. Dat vond ik niet erg, want ik ben een fanatieke sportman en kreeg nu eindelijk meer tijd om te fietsen. Ik zal nooit de dag vergeten waarop ik nét die auto kon ontwijken, maar niet de aanhanger erachter. Ik vloog door de lucht en belandde op mijn rug. Toch ben ik nog naar huis gefietst, maar eenmaal thuis in bed werd de pijn snel erger. In het ziekenhuis bleek dat ik twee ruggenwervels had gebroken.

De jonge arts gaf me twee opties: een brace of een operatie. Hij raadde me het laatste aan. Helaas, weet ik nu, maar toen leek het zo'n goed idee, want hij was ervan overtuigd dat ik weer op de fiets kon stappen. Maar toen ik uit de operatie kwam, kon ik mijn benen niet meer bewegen en was ik volledig incontinent. Een van de stukje bot, die hij uit mijn dij had gehaald en in mijn rug had gezet, bleek losgeschoten en had zenuwen doorgesneden. Ik verbleef acht maanden in een revalidatiekliniek en daarna nog eens zeven maanden in een verpleeghuis, totdat we een nieuwe woning hadden. In dat verpleeghuis liep ik een decubituswond op en die werd na thuiskomst steeds groter. Hij ging stinken en werd zwart. Al na een week lag ik weer in het ziekenhuis. Ik kreeg een zogenaamde zwaailap-operatie, waarbij het eigen weefsel wordt gebruikt om de wond te dichten. Dat lukte. Maar weer thuis kwamen de problemen snel terug. Je mag niet te lang in één houding zitten, maar dat kan moeilijk anders als je verlamd bent. De vacuümpomp bracht ook na vijf maanden geen oplossing. Binnenkort ga ik dus weer naar het ziekenhuis voor een nieuwe zwaailap-operatie. Dat is dan de laatste keer dat dit mogelijk is. En daarna moet ik weer naar een revalidatiecentrum.

Zo is het nu al negen jaar. Met een dwarslaesie kun je eigenlijk niet de hele dag zitten. Als ik een rode plek krijg, ga ik meteen liggen, maar toch keert die decubituswond al negen jaar lang steeds weer terug. Mijn vrouw doet zelf de wondverzorging. Je raakt aan alles gewend, zegt ze. Dat is een enorme steun. Ik gun het haar dan ook dat ze twee keer per jaar een weekje op vakantie gaat. Maar ik word dan geholpen door steeds weer andere leerling-verpleegkundigen en als zij thuiskomt sta ik er dan ook altijd slechter voor dan wanneer ze weggaat.

### Achterliggende problemen

Zoals ook bij Wilco van der Plas het geval is, ontstaat decubitus niet als een op zichzelf staand probleem. Vaak is sprake van diverse gezondheidsproblemen, die het risico op het ontstaan van decubitus verergeren en genezing moeilijker maken. 'Een aspect dat in relatie tot decubitus duidelijk aandacht verdient, is ondervoeding', zegt Jos Venes. Hij is hoofd psychogeriatric bij Intrazorg Plus, locatie De Meent. 'Hierdoor wordt tien procent van de thuiswonende tachtig plussers getroffen en vijftig procent van de tachtig plussers in een ziekenhuis of verpleeghuis. Wij gaan ondervoeding het liefst niet tegen door sondes te gebruiken. Het gebruik van sondevoeding of andere belastende ingrepen proberen we zo weinig mogelijk toe te passen, al zullen we die niet uitsluiten om noodsituaties te overbruggen. Maar liever formuleren we op individueel niveau wensdiëten, om te zorgen dat mensen weer gaan eten, en investeren we in de aanbidding van en begeleiding tijdens het eten. Door het gebruik van een volgsysteem kunnen we ondervoeding goed op het spoor komen en onder controle houden.' Marco Wisse vult hierop aan: 'We hebben ook aandacht voor de gebitten van onze bewoners. Onderzoek heeft aangetoond dat hun algemene gezondheidstoestand beter is als de kwaliteit van het gebit in orde is. Dat heeft ook weer invloed op het risico voor decubitus. Een ziekenhuis kijkt monodisciplinair naar een decubituswond en wil die behandelen. Wij kijken multidisciplinair en willen die wond voorkomen.'

### Beter dan vroeger

Er is veel winst geboekt ten opzichte van het verleden. Martin van Leen, algemeen geriatr bij Avoord Zorg & Wonen, is daar heel stellig in: 'Als we in de werksituatie van nu weer zouden moeten werken met de hulpmiddelen van vijftien jaar geleden, dan zou dat tot grote problemen leiden. In het verleden werd een eenmaal ontstane wond met een verbandmiddel bedekt en dan keek je na een paar dagen weer verder. Nu is de aanpak beter gestructureerd. Toen ik drie jaar geleden bij Avoord kwam, had 25 procent van de bewoners decubitus, nu negen procent. Pijlers onder dit succes zijn de aandacht die je het probleem geeft, plus verantwoordelijkheden daar leggen waar ze horen. Maar tot nul procent komen de verpleeghuizen nooit. De meeste decubituswonden ontstaan immers al in de ambulance of op de OK.'

Ook Armand Rondas, verpleeghuisarts bij Zorggroep Noord-Limburg, regio Horst-Venray, ziet duidelijke verbetering: 'Nu moeten werken met de decubitusmaterialen van vroeger zou ernstig negatieve consequenties hebben. De beschikbare hulpmiddelen compenseren een bestaande lacune in kennis. Wetenschappelijk bewijs voor de kwaliteit van hulpmiddelen bestaat nog slechts mondjesmaat. Ik kan alleen gevoelsmatig zeggen dat ze beter zijn geworden. Maar bewijs maar eens dat het aan de kwaliteit van de medische hulpmiddelen ligt als iemands decubitusklachten wel of niet verminderen.'

Het ligt aan veel meer dan dat alleen, erkent ook Van Leen. En ook hij wijst in dit verband nadrukkelijk op de voedings- en vochttoestand van de patiënt. 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft hierin een belangrijke rol gespeeld', zegt hij. 'Maar deze aandacht heeft lang op zich laten wachten. Pas de laatste paar jaar zien

we studies die hierop de aandacht vestigen. Wat ondertussen nog altijd moeilijk blijft, is het besef dat mensen op een gegeven moment gewoon “op” zijn. Er zijn situaties waarin je accepteert – en ook wel moet accepteren – dat decubitus ontstaat. Dan voer je een andersoortig beleid. Maar in een prevalentie­meting zie je niet terug welke mensen dit betreft of hoeveel het er zijn. Dat blijft een probleem.’

### **Preventie en behandeling**

Het zal duidelijk zijn dat met betrekking tot decubitus de nadruk moet liggen op preventie. Met gerichte aandacht van alle betrokkenen kan deze in veel gevallen succesvol zijn. Maar dat betekent dan wel dat ook partijen die op zich slechts korte tijd deel uitmaken van de zorgketen, adequate maatregelen moeten nemen op dit gebied. Dit geldt dus voor de ambulance, waarin de temperatuur van de patiënt op peil kan worden gehouden en de brancard van de juiste bekleding kan worden voorzien. En het geldt ook voor de operatiekamer, waar dezelfde maatregelen kunnen worden genomen om te voorkomen dat de patiënt met een beginnende decubituswond uit de narcose ontwaakt. De behandelaars waarmee de patiënt langer te maken heeft, kunnen als preventief hulpmiddel drukverlagende matrassen inzetten. Steeds meer ziekenhuizen en verpleeghuizen passen deze inmiddels niet meer alleen toe voor hun risicopatiënten, maar gebruiken ze standaard op alle verpleegbedden. Ontstaat wel decubitus, dan is effectieve behandeling hiervan zonder medische hulpmiddelen ondenkbaar. Hierbij geldt in algemene termen: hoe hoger de decubitusgraad, hoe kostbaarder de hulpmiddelen. Als de schade gering is, kunnen zalven en verbandmiddelen een actieve bijdrage leveren aan snel herstel. Maar is de schade ernstiger, dan kan het nodig zijn om kostbare hulpmiddelen in te zetten als speciale bedden, die de druk bij de wond wegnemen en deze zo de kans bieden om te herstellen, of andere systemen voor moderne wondbehandeling, die de wond schoonmaken om een voedingsbodem voor herstel te bieden. Speciale bedden en vacuümsystemen zijn doorgaans te kostbaar voor zorginstellingen om zelf aan te schaffen. Ze huren deze van hierin gespecialiseerde bedrijven. Zonder inzet van moderne medische hulpmiddelen zou genezing van eenmaal ontstane decubituswonden ondenkbaar zijn. Ook zou de prevalentie van decubitus stadia II, III en IV vele malen hoger zijn dan nu het geval is.

# 4

## Decubitus en praktijk



Als we terug moeten naar het  
incontinentiemateriaal van 15 jaar  
geleden, komt er per afdeling een  
formatieplaats bij.



## Incontinentie en praktijk

Stel, u bent te voet op weg naar een afspraak. Het is nog maar een minuut of tien lopen, maar u bent aan de late kant. U zet er dus flink de pas in. Tot uw ergernis begint het te regenen. U hebt geen paraplu bij u, geen tijd om te schuilen. Wetend dat u doorweekt zult aankomen op de afspraak, waarvan voor u veel afhangt, loopt u gehaast door. Als u uw voet op de mat met "welkom" zet, merkt u dat u onderweg ook nog in een nat geworden hondendrol bent gestapt. Uw schoen zit onder, het zit zelfs tussen de veter. Vol afschuw staart u naar beneden, en als u weer omhoog kijkt, ziet u precies dezelfde blik op het gezicht van uw gastheer, die u al had zien aankomen en zijn werkkamer was uitgekomen om u te begroeten. U kunt niet meer weglopen zonder gezien te zijn, niet meer de hoek om lopen en met uw mobieltje bellen dat u – helaas, helaas – verhinderd bent en de afspraak moet verzetten. Wat doet u dan? U stamelt wat, maar weet eigenlijk niet wat u wilde gaan zeggen op het moment dat u uw mond open deed, en u schaamt zich dood. U zou het liefst wensen dat de grond onder u zich opende om u te verzwelgen. Maar de grond onder de mat met het nu zo ironische "welkom" is solide. U staat te kijk, alsof u halfnaakt in het pashokje van een drukke kledingwinkel staat en te laat merkt dat u vergeten bent het gordijn te sluiten.

### Afschuw

Iets soortgelijks overkomt een grote groep mensen dagelijks. Vooral ouderen, maar ook mensen in de bloei van hun leven. Vooral vrouwen, maar ook mannen kunnen erdoor overvallen worden. Ze zijn incontinent voor urine of feces en kunnen dus net als de ongelukkige in het bovenstaande voorbeeld ineens tot de ontdekking komen dat ze nat zijn, stinken en vol afschuw aangestaard worden door mensen die dit opmerken.

Wel is er één belangrijk verschil. Die scène met de regen en de hondenpoep overkomt u hoogstwaarschijnlijk slechts eenmaal in uw leven. Mensen die incontinent zijn, lopen dit risico doorlopend. Niet alleen als ze thuis zijn en dus in de buurt van douche en schone kleren, maar ook op het werk, tijdens het winkelen, tijdens bezoek bij familie of vrienden, in een volle tram. En ze kunnen nooit voorspellen wanneer.

**Het verhaal van**

## **Simone Singor, 56 jaar**

Ik was dertig jaar toen ik een baarmoederoperatie moest ondergaan. De gynaecoloog vertelde me dat ik hierdoor na verloop van tijd incontinentieklachten kon ontwikkelen. Maar ik herstelde goed en bleef lang klachtenvrij. Tot die dag – ik was toen 49 jaar – toen ik ineens merkte dat ik mijn plas niet kon ophouden. Gelukkig was ik thuis toen het gebeurde. Maar toch word je meteen bang dat het ook een keer buiten de deur gebeurt. En als je boodschappen gaat doen, wil je toch droog blijven. Het is vreselijk als dat niet lukt.

Ik ging meteen naar de huisarts. Die verwees me door naar de apotheek. Daar kreeg ik in een aparte ruimte alle uitleg die ik nodig had over incontinentiehulpmiddelen en het gebruik daarvan. Ik had het geluk in één keer het juiste product te hebben. Ik was toen nog ziekenfondspatiënt en kreeg het volledig vergoed. Gelukkig is dat met de nieuwe zorgverzekering zo gebleven. Ik bel gewoon op naar de apotheek als ik een nieuwe voorraad nodig heb en dan worden een paar pakken thuisgebracht.

Sinds ik die incontinentiehulpmiddelen heb, is het nooit meer fout gegaan. Ik voel het snel genoeg als ik onverwacht moet plassen. Bovendien zie je ze niet onder kleding en je hoort ze ook niet ritselen. Hierdoor herwon ik snel het zelfvertrouwen om weer de deur uit te gaan. En dat hielp me weer om mijn probleem te accepteren. Ik schaam me er nu niet meer voor, al praat ik er alleen maar over met de mensen die heel dichtbij me staan.

## Menswaardig

Zo hoort het ook te zijn, denkt u waarschijnlijk. En dat is ook zo: als een medisch probleem ontstaat dat niet oplosbaar is, dienen hulpmiddelen beschikbaar te zijn die de ontstane klachten adequaat opvangen. Want alleen met dergelijke hulpmiddelen kan iemand toch een menswaardig leven blijven leiden. Deelnemen aan het arbeidsproces bijvoorbeeld. Naar de bioscoop gaan. Op bezoek gaan bij familie. Langer zelfredzaam blijven en nog niet naar het verpleeghuis hoeven. Of in een verpleeg- of verzorgingshuis schoon en verzorgd blijven, geen huidklachten ontwikkelen door overmatige blootstelling van vocht aan de huid, in de recreatiezaal blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Om nog maar te zwijgen van de mensen die na een operatie al worden ontslagen uit het ziekenhuis op een moment dat ze nog niet in staat zijn om zelf naar het toilet te gaan.

Een wereld zonder die hulpmiddelen zouden gebruikers en hulpverleners zich totaal niet meer kunnen voorstellen. Jos Venes van Intrazorg Plus zegt het zo: 'De meerwaarde van de innovaties op het gebied van incontinentie van de laatste twintig jaar hebben geleid tot beheersing van de werkdruk. Zouden die innovaties niet hebben plaatsgevonden, en zou de werkdruk zich wel hebben ontwikkeld zoals ze dat daadwerkelijk heeft gedaan, dan zouden we enorm in de problemen komen. De kwaliteit van de huid van de bewoners zou dan minder zijn en ze zouden ontevreden zijn over hun incontinentiezorg. En het personeel zou meer te maken hebben met ongenoegen en agressie. We hebben nu systemen waarmee mensen urine kunnen verliezen zonder daarvan gezondheidslast of hinder te ondervinden. Een alternatief is dat je iemand veel vaker verschoont. Maar daarvoor is meer incontinentiemateriaal nodig dan we nu gebruiken. En meer personeel dan waarover we nu beschikken. Bovendien belast je de bewoner ermee, want die moet voor verschooning worden uitgekleeed en moet vanwege verminderde mobiliteit vaak in een tillift worden geplaatst. Een aantal jaren geleden kwam het veel voor dat bewoners totaal verschoond moesten worden in verband met incontinentie. Zowel de onder- als bovenkleding waren dan geheel nat. Dat dit ontluisterend is, mag helder zijn. Dit komt nu nog slechts zeer zelden voor.'

## Van ouderwets naar modern

Marco Wisse van academisch verpleeghuis Naarderheem herkent dit maar al te goed. Hij vertelt: 'Hoe het vroeger was, weet ik uit mijn periode als verpleegkundige nog erg goed. Eind jaren zeventig werkten we met wasbare luiers en die heb ik ook daarna nog heel lang gezien. In vijftig procent van de gevallen was niet alleen de luier nat. Dan moest niet alleen de luier worden verschoond, maar ook de bewoner en diens bed of stoel. Ook kostte het wasproces veel tijd en logistieke handelingen.' Deze verbetering hebben we te danken aan de ontwikkeling van het incontinentiemateriaal. Absorberend incontinentiemateriaal bevat in de kern een superabsorber die het vocht absorbeert, verdeelt en vasthoudt. Dit product kan een forse hoeveelheid urine vasthouden zonder dat het de drager hindert en zonder dat diens kleding er nat van wordt. Bovendien wordt in die superabsorber de geur zodanig geneutraliseerd dat de omgeving er niets van merkt.

Voor mensen die het nodig hebben, zijn er ook afvoerende incontinentiesystemen. Deze voeren via een slangetje de urine af naar een opvangzak, die veelal om het bovenbeen vastgeknoopt zit. Omdat dit een gesloten systeem is, komen ook hierbij geen onaangename luchtjes vrij die de omgeving kunnen hinderen of de gebruiker in verlegenheid kunnen brengen.

Een andere mogelijkheid is het gebruik van eenmalige katheters: Clean Intermittent Catheterisation ofwel CIC. Mensen die niet meer geheel zelfstandig kunnen plassen, gebruiken zo'n katheter als ze naar het toilet gaan. Het gebruik hiervan heeft als voordeel dat ze feitelijk geen belemmering ervaren bij het functioneren in het dagelijks leven. Er zijn zelfs systemen die gebruikt kunnen worden als er geen toilet in de buurt is. In tegenstelling tot verblijfskatheters zijn er weinig bijwerkingen. Door de doorontwikkeling van deze producten zijn ze ook geschikt voor mensen met een beperkte handfunctie.

### **Feces**

Ook voor incontinentie voor feces zijn hulpmiddelen beschikbaar. Maar de opvang van feces in een systeem is veel gecompliceerder dan die van urine en dat vertaalt zich in het praktische gebruiksgemak van deze middelen.

## Het verhaal van

# Anita de Graaf 63

Ik kreeg drie jaar geleden een darmziekte, ulcerosa. Een van de gevolgen daarvan was dat ik soms niet mijn ontlasting kon ophouden. Toen dat de eerste keer gebeurde, schrok ik me kapot. Ik schaamde me zo voor wat er gebeurde, dat ik het aanvankelijk voor mezelf hield. Dit leidde ertoe dat ik heel voorzichtig werd als ik de deur uit wilde. Moest ik naar de winkel, dan ging ik eerst thuis naar de wc. Bovendien zorgde ik ervoor dat ik in het winkelcentrum alle locaties kende waar ik van het toilet gebruik kon maken. Mijn darmen waren zo ontstoken dat de ontlasting er met geweld uitkwam. Ik moest me dan enorm haasten.

Toch ging het een keer fout. Die dag zal ik nooit vergeten. Ik moest voor onderzoek naar het ziekenhuis. Op de terugweg – ik was al bijna thuis – voelde ik dat het niet meer ging. Ik stapte uit en voelde de ontlasting langs mijn been lopen. Dat is mensonterend. Je voelt je zó vies. En dan moet je nog naar huis. Op een gegeven moment durfde ik dan ook nauwelijks meer de deur uit. Maar ik woon alleen, dus daardoor raakte ik echt in een isolement. Mijn volkstuintje had ik ook al moeten opgeven, want daar zijn geen wc's. Het is een probleem dat echt je kwaliteit van leven aantast.

Op een gegeven moment durfde ik er toch met een vriendin over te praten. Die raadde me aan incontinentiematerialen te gaan gebruiken. Dan blijft de ontlasting in ieder geval in zo'n broekje zitten. Dat is een enorme verbetering, al ben ik toch nog wel eens van mijn fiets afgestapt omdat ik niet meer op het zadel kon blijven zitten. Ook heb ik me wel eens in een winkel afgevraagd of mensen het niet konden ruiken. Maar toen ik om me heen durfde te kijken, bemerkte ik bij niemand een vreemde reactie. Ik slaagde erin mijn gezicht in de plooi te houden. In ieder geval durf ik nu weer de deur uit. En dat moet ook. De hond moet toch eten, en ik ook. Gelukkig had ik in het ziekenhuis tussen lotgenoten gelegen. Dan durf je erover te praten. Gaandeweg durfde ik het daarom ook te vertellen aan de kinderen en aan een paar heel goede vriendinnen. Die kon ik toen weer bezoeken en dat maakt je kringetje toch weer wat groter.

De voorlichting in de apotheek was goed. Ik werd apart genomen en degene die me voorlichtte, nam er alle tijd voor. Gelukkig, want je schaamt je natuurlijk dood. Het materiaal zit prettig en valt onder kleding niet op. Ik heb er nog steeds een halve doos van staan. Op dit moment heb ik het niet nodig, want de ontsteking is rustig. Maar ik weet dat het probleem altijd kan terugkomen. Daar ben ik bang voor. Urine-incontinentie is erg, maar dit is tien keer erger.

## Behandeling

Dat laatste is natuurlijk een strikt persoonlijke observatie. Iedereen zal dit op geheel eigen wijze beleven. Feit is wel dat het met urine-incontinentie in veel gevallen eenvoudiger is een sociaal leven te onderhouden dan met incontinentie voor feces.

Een behandeling die in het geval van fecale incontinentie voor veel mensen toepasbaar is, is de darmspoeling. Vooral mensen met neurologische problemen hebben er baat bij. Met eenmaal spoelen per twee dagen bereiken deze mensen een redelijke staat van continentie. De spoelingen kunnen op het toilet plaatsvinden. Hiervoor zijn speciale ballonkatheters ontwikkeld, waarmee de patiënt redelijk eenvoudig zelf kan leren omgaan. Alleen biedt dit bij diarree die wordt veroorzaakt door een afsluiting van de darm geen oplossing.

Een alternatief is de anaaltampon. Die biedt geen soulaas voor mensen bij wie de feces met grote kracht naar buiten komt, omdat daarbij de tampon kan lekken of zelfs uit de anus kan schieten. Mensen met fecale incontinentie door bekkenbodemp Problemen hebben er wel baat bij. De patiënt kan de tampon zelf inbrengen en deze kan enige uren op zijn plaats blijven.

Ten derde zijn er incontinentieluiers. Maar luiers die specifiek voor fecale incontinentie zijn bedoeld, bestaan niet. Het probleem van luiers is dat de daarin aanwezige superabsorbers niet in staat zijn om de vezels van de feces op te nemen. De gebruiker zit dus letterlijk op zijn eigen drol. Precies zoals Anita de Graaf, die niet meer kon fietsen na haar ontlasting.

Wordt de luier na het ontlasten niet redelijk snel verschoond, dan kan dit toch leiden tot onbedoelde verspreiding van geur. Bovendien kunnen de in de feces aanwezige bacteriën de huid rond de anus aantasten, als de feces niet snel genoeg wordt verwijderd. Het is duidelijk dat een goede huidverzorging voor patiënten met fecesincontinentie essentieel is om deze problemen te voorkomen.

## Beheersbaar

Volgens de behandelaars zijn met de huidige hulpmiddelen de gevolgen van de fecale incontinentie voldoende beheersbaar te maken. Wat natuurlijk niet wegneemt dat wel altijd de oorzaak van de incontinentie moet worden opgespoord en zo mogelijk moet worden behandeld.

De enige operatieve mogelijkheid om fecale incontinentie tegen te gaan, is op dit moment de plaatsing van een stoma. Wel is recent het alternatief van sacrale stimulatie ontwikkeld en voor het eerst toegepast. De Maastrichtse chirurg Cor Baeten heeft toestemming om deze ingreep bij vijftig patiënten per jaar toe te passen, zoals al in hoofdstuk drie is beschreven..







## De maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen

Een mensenleven is eindig en dat mensen ziek worden, is ook bij een actief preventiebeleid in een aantal gevallen onvermijdelijk. In de vorige hoofdstukken hebben we laten zien hoe incontinentie en decubitus kunnen ontstaan. We hebben ook beschreven welke behandelmogelijkheden ervoor bestaan. Ook is al naar voren gekomen hoe belangrijk de rol van medische hulpmiddelen is voor mensen die met incontinentie of decubitus te kampen hebben. In het geval van decubitus spelen ze een allesbepalende rol om genezing mogelijk te maken. En als sprake is van incontinentie bieden ze de patiënt de mogelijkheid om een zo normaal mogelijk sociaal leven te blijven leiden.

### Maatschappelijke relevantie

In 2007 voerde TNO Kwaliteit van Leven (Delft/Leiden) in opdracht van Nefemed een onderzoek uit naar de maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen. Hieruit is een aantal conclusies naar voren gekomen, die rechtstreeks te vertalen zijn naar het enorme maatschappelijke belang van hulpmiddelen voor decubitus en incontinentie. Een greep:

- ▶ Moderne verbruikshulpmiddelen zijn absoluut onmisbaar voor een kwalitatief goede gezondheidszorg, zowel voor de ziekenhuiszorg (cure) als langdurige verpleging en verzorging (care). Het huidige pakket aan verbruikshulpmiddelen is noodzakelijk over de volle breedte van een kwalitatief goede gezondheidszorg.
- ▶ De behoefte aan medische hulpmiddelen zal de komende vijftien jaar zeker nog stijgen. De doorbraken in preventie of diagnose- en behandelingsmethoden zullen die stijging hooguit wat afremmen, maar zeker niet laten ombuigen in een daling.
- ▶ De afgelopen vijftien jaar hebben de bedrijven zich meer gericht op het onderbouwen van de kosteneffectiviteit van nieuwe producten en voorzieningen waarin ze worden gebruikt. Er is veel informatie beschikbaar gekomen over de daadwerkelijke bijdragen aan een verhoogde kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, patiëntgerichtheid, ergonomie en doelmatigheid.
- ▶ De verwachting is dat de komende vijftien jaar nog vele wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen zullen leiden tot nieuwe of sterk verbeterde hulpmiddelen. Er bestaat maatschappelijk een zeer dringende behoefte aan hulpmiddelen die helpen de groeiende kloof te dichten tussen vraag en aanbod, met name in relatie tot kostenbeheersing en de arbeidsmarktproblematiek.

## Ontwikkeling

Algemeen geriater Martin van Leen van Avoord Zorg & Wonen maakt duidelijk hoe groot de ontwikkeling van kennis op het gebied van decubitus de laatste jaren is geweest. 'Ik heb ruim 22 jaar ervaring in dit vakgebied', zegt hij. 'Toen ik begon, bestond er geen decubitusbeleid. Het aantal wonden was groot. In de loop der jaren kwam hierin verbetering, deels door beleidsontwikkeling en deels door de ontwikkeling van betere hulpmiddelen. Maar de genezingsduur van decubituswonden is nog steeds tussen de zes en twaalf weken. Wel is de preventie steeds beter geworden. Hierdoor ontstaat een verschuiving in de ernst van de decubituswonden. Decubitus stadium IV treedt nog slechts sporadisch op, maar stadia II en III zien we nog wel regelmatig.' Dit betekent geenszins dat de kwaliteit van de beschikbare medische hulpmiddelen te wensen overlaat. Van Leen legt uit: 'Het ontstaan van decubitus is in belangrijke mate afhankelijk van het onderliggend lijden. Denk aan vaatlijden, multiple sclerose, neurologisch lijden, diabetes, ondervoeding of immobiliteit door bijvoorbeeld een dwarslaesie.'

Voor de laatste jaren ontstaat meer duidelijkheid over de vraag waarom wonden zo slecht genezen. Dat heeft een positief gevolg voor de productontwikkeling, stelt Van Leen: 'Nu zien we de ontwikkeling van wondproducten die interveniëren in de wond, de wondbehandelaars met een actieve stof. Die producten pas je gericht toe, in de stadia III en IV. Ze zijn namelijk kostbaar. Een decubituswond stadium II geneest met de hedendaagse verbandmiddelen toch wel, als je maar gericht beleid voert om de druk- en schuifkrachten te verlagen en te voorkomen dat het stadium III wordt.'

## Standaardisatie en kennisopbouw

Gericht gebruik van hulpmiddelen is dus heel belangrijk. Ook verpleeghuisarts Armand Rondas van de Zorggroep Noord-Limburg onderschrijft dit. 'Bij mijn vorige werkring in Oostelijk Zuid-Limburg heb ik in de Stuurgroep Decubitus Nederland gezeten die onder andere tot doel had om, door meerdere instellingen heen, tot standaardisatie en beleid op het gebied van medische hulpmiddelen te komen', vertelt hij. 'Er is een veelheid aan hulpmiddelen voor aan decubitus lijdende patiënten, of je het nu hebt over speciale matrassen of over verbandmiddelen. Maar er is in de dagelijkse praktijk een gebrek aan kennis om ze allemaal correct toe te passen. Aan zeven of acht wondbehandelingsproducten heb je in principe voldoende. Misschien doen zich soms bijzondere situaties voor waarin je hiervan moet afwijken, maar in tachtig procent van de gevallen kom je hiermee uit. Toch lukt standaardiseren vaak niet, en dat heeft mijns inziens onder andere te maken met het deskundigheidsniveau van artsen en verpleegkundigen. Waarbij ik wel moet aantekenen dat de laatste vaak meer open staan voor vernieuwing dan de eerste. De kennis van medische hulpmiddelen in relatie tot de risico-inschatting van de decubitusklacht is er niet, of is ver weggezakt. Dus moet je het bestaande kennisniveau inventariseren en op basis daarvan mensen gericht scholen. Voor verzorgenden en verzorgenden betekent dit dat je niet alleen een verhaal moet vertellen, maar dat je ook aan het bed moet laten zien wat het effect is van medische hulpmiddelen in relatie tot decubitus. Op mijn huidige werkplek zijn daarom zogenaamde aan-

dachtsvelders aangesteld. Ook dan nog is het moeilijk genoeg om kennis te borgen. Mensen blijven tegenwoordig niet erg lang in functie. Op dit moment is de situatie té vaak zo dat de decubituscijfers te hoog zijn omdat de zorg tekort schiet. Instellingen gaan dan dure hulpmiddelen aanschaffen, zoals wisseldruk matrassen. Maar die zijn veel duurder dan goede scholing, met name op het gebied van preventie.'

### Praktische problemen

De praktijk is dus weerbarstig, zo blijkt uit het betoog van Rondas. We hebben te maken met ontoereikende kennis, met een gebrek aan standaardisatie en met functiewisselingen. Uit de bewoordingen die Rondas kiest, is duidelijk dat hij dit geenszins verwijtend bedoelt. De zaken zijn gewoon zo. Verpleeghuizen, waar de problematiek van decubitus en incontinentie het meest geconcentreerd voorkomt, hebben problemen om hun beleid op deze aandachtsgebieden te optimaliseren. En ze beschikken niet altijd over de middelen om hiervoor effectieve oplossingen te ontwikkelen. Jos Venes, hoofd psychogeriatric bij Intrazorg Plus, kaartte in hoofdstuk 4 al het probleem aan dat decubitus in een aantal gevallen al is ontstaan voordat iemand in een verpleeghuis komt wonen. Marco Wisse van academisch verpleeghuis Naarderheem stelde in datzelfde hoofdstuk al dat de problematiek van decubitus wordt verergerd door de algemene gezondheidstoestand waarin bewoners verkeren en door de steeds ouder wordende populatie.

Ook bij incontinentie zien de verpleeghuizen zich voor problemen gesteld. Wisse: 'Diagnosestelling is vooral op de psychogeriatricische afdeling vaak moeilijk omdat mensen soms zo verward zijn dat ze niet in staat zijn om aan te geven dat ze naar het toilet moeten, terwijl ze technisch op zich wel in staat zijn om hun behoefte tot dat moment op de houden. Urine-incontinentie kun je deels ondervangen door mensen op gezette tijden op het toilet te zetten. Dat is bij fecale incontinentie veel moeilijker. We proberen een ritme per individuele patiënt te ontdekken, maar hebben geen toiletronde. Wel zie je dat als een verpleegkundige aan één bewoner vraagt of die naar het toilet moet, twee of drie andere bewoners in diens nabijheid aangeven dat ze ook moeten. Wellicht zit hier de gedachte achter dat ze maar nooit weten wanneer weer een verpleegkundige beschikbaar is. Onze stelregel is dan ook dat 95 procent van de bewoners binnen vijf minuten naar het toilet moet kunnen. Dit is vastgelegd in onze kwaliteitsnorm en hierop vindt ook meting plaats.'

Een dergelijk protocol bestaat ook in De Meent. Venes: 'Volgens ons protocol moet negentig procent van de mensen binnen vijf minuten naar het toilet kunnen. Meestal lukt dat, maar het is wel eens een probleem als 's ochtends vijf verzorgenden dertig bewoners naar het toilet moeten helpen.'

### Verkeerde beeldvorming

Venes is er veel aan gelegen een verkeerde beeldvorming over de incontinentieproblematiek in de verpleeghuizen te voorkomen. 'Een begrip als toiletronde werkt als een rode lap op een stier', zegt hij. 'Het beeld is dat de mensen voor zo'n toiletronde in de rij staan omdat de verpleegkundige dat wil. Maar zo is het niet. Door observatie hebben we inzicht in het toiletbezoek van onze bewoners en we

stemmen daar ons handelen op af. Alleen hebben sommige bewoners lichamelijke problemen en willen anderen – dementerende mensen bijvoorbeeld – wel honderd keer per dag. Dat plaatst ons in een situatie van onmacht. Het begrip toiletronde heeft in ieder geval in de praktijk een andere invulling dan de beeldvorming die erover bestaat. Een bewoner kan dus vragen naar de wc gebracht te worden terwijl die net hiervan terug is. Het niet steeds op die wens kunnen ingaan, leidt soms tot onbegrip bij familie en omstanders.’

Venes benadrukt hierbij dat mensen goed moeten beseffen dat het verpleeghuis een last resort is. Een term die hij niet zelf heeft bedacht en ook zeker niet cynisch gebruikt. Het is een term die is genoemd in een visiedocument van het ministerie van VWS. Hij legt uit: ‘De patiëntencategorie die in aanmerking komt voor opname in het verpleeghuis is steeds zwaarder geworden en het budget is niet significant aangepast.’ Het beeld in de maatschappij dat verpleeghuizen een oplossing voor dit knellende budget proberen te vinden door pyjamadagen in te voeren, ergert hem mateloos. Hij vertelt: ‘We spreken hier in huis niet over pyjamadagen maar beddagen. En ze bestaan niet uit personeelsgebrek maar vanwege de afnemende mogelijkheden van bewoners. Overmatige vermoeidheid kan leiden tot insultachtige beelden. Ter preventie hiervan kan in overleg worden besloten tot rust, bijvoorbeeld in de vorm van een beddag. Je zou dan verwachten dat decubitus of trombose optreden, maar dat blijkt in de praktijk erg mee te vallen. Mensen kunnen rustig een dag op bed liggen zonder dat het tot problemen leidt.

Bij gevorderde dementie kan het een vraag zijn of het nog zin heeft elke dag met pijn in een stoel te moeten zitten. Voor wie heeft het dan meerwaarde om dit toch te doen? Laat iemand dan in bed liggen als hij dat wil. Het kan iemand veel meer rust of ontspanning geven en andere mogelijkheden voor contact. Overigens worden deze vragen altijd in overleg met de cliënt besproken en wordt het besluit door de cliënt genomen.’

### **Onmacht**

Het feit dat Venes de term onmacht gebruikt, is heel veelzeggend. Personeel in verpleeghuizen voelt die onmacht vooral met betrekking tot de beeldvorming in de maatschappij over wat er in die verpleeghuizen gebeurt. Ten aanzien van incontinentie merkt hij in dit verband op: ‘Het merendeel van de incontinentie bewoners is functioneel incontinent, een vorm van incontinentie zonder medische oorzaak. Dat zou om die reden vermijdbaar zijn, wordt gezegd. Maar dat is niet zo. Door de wegvallende mogelijkheden bij dementie ontstaan beperkingen als niet op tijd bij toilet kunnen komen of niet begrijpen wat je op een toilet moet doen. Die beperking kunnen wij niet opheffen. Maar het is een teken van de tijd dat alles een oorzaak moet hebben en te behandelen moet zijn, incontinentie dus ook. Onze opdracht is verergering van incontinentie te voorkomen of te zorgen dat we met respect omgaan met een cliënt met incontinentie.’

De rol van effectieve medische hulpmiddelen is dus alleen maar groter geworden. Wisse zegt hierover: ‘Met de huidige incontinentiesystemen is een verband wisselen net zoveel werk als iemand naar het toilet brengen. Als ik een schatting moet maken,

zou ik zeggen dat we hiermee tussen een half uur en drie kwartier per dag kwijt zijn. Dat is een enorme winst ten opzichte van vroeger.'

Hierbij kan nog worden aangetekend dat het woord onmacht natuurlijk in even sterke mate betrekking heeft op de patiënt. Decubitus of incontinentie overkomt je. Bij decubitus is iemand sterk afhankelijk van de behandeling en de aandacht die hij krijgt. Iemand die incontinent wordt, wil zo snel mogelijk weer normaal kunnen terugkeren naar het gewone, dagelijkse leven, zonder daarbij door deze beperking gehinderd te worden.

### Kosten

Het beeld dat uit dit alles ontstaat, is dat de verpleeghuizen ten aanzien van decubitus en incontinentie moeten roeien met de riemen die ze hebben. De mogelijkheden zijn verre van eindeloos. Waarmee beslist niet gezegd is dat dan maar ongebreideld geld mag worden uitgegeven om mensen met decubitus of incontinentie te helpen. Dat gebeurt dan ook beslist niet. Venes vertelt: 'De kosten van decubitusmaterialen zijn versluierd. Reken je een drukverlagende matras tot de decubitusmaterialen of tot de investeringsgoederen? Hierover bestaat geen eenduidigheid. Voor incontinentie is het gemakkelijker. Wij besteden hieraan een gering bedrag. Valt daarop toch nog te bezuinigen? Wisse zegt: 'Bezuinigingen zoeken we overal, al jarenlang. Mijn voordeel is dat ik de geschiedenis ken. Als we terug zouden moeten naar het oude incontinentiemateriaal, moet er per afdeling een formatieplaats bij. Dat is in ons geval zeven afdelingen maal 35.000 euro, 245.000 euro dus.' Een bedrag dat gelijkstaat aan 3,5 jaar aan incontinentiemateriaal. Maar de prijs van een medisch hulpmiddel zegt niet alles, benadrukt Wisse. 'Het is hoog tijd voor een kosteneffectiviteitsonderzoek op dit gebied', benadrukt hij. 'In de Verenigde Staten heeft the Food and Drug Administration dit al lang verplicht gesteld. In Nederland zal het er onder druk van de zorgverzekeraars ook van komen. Nu kan het nog gebeuren, als je pech hebt, dat de afdeling inkoop van een zorginstelling bepaalt welke hulpmiddelen worden aangeschaft. Maar de kosten zitten uiteindelijk niet in de hulpmiddelen, die zitten in de handen aan het bed.'

En gelet op de vergrijzing zal de behoefte aan die handen aan het bed de komende jaren alleen maar toenemen. Om dat betaalbaar te houden, moeten de kostbare zorgprofessionals zo effectief mogelijk worden ingezet. Medische hulpmiddelen spelen hierin een cruciale rol. Immers: wie dankzij de inzet van goede incontinentiematerialen langer zelfredzaam kan blijven, hoeft niet naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit sluit niet alleen aan bij de maatschappelijke wens tot extramuralisatie, het zal in de nabije toekomst ook simpelweg bittere financiële noodzaak blijken te zijn.



## Slotbeschouwing

Zonder medische technologie hadden we nu alleen nog maar gazen voor decubituswonden en katoenen luiers voor incontinentie. Het leven zou er dan anders uitzien en bepaald niet beter. Patiënten in de algemene bevolking zouden veel minder, of zelfs helemaal niet, in staat zijn om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. En mensen in verpleeghuizen zouden aanzienlijk minder kwaliteit van leven hebben. De zorgprofessionals zouden bovendien veel meer werk hebben om hen adequate zorg te verlenen. Gelet op de beperkte beschikbaarheid van deze professionals waarschijnlijk zelfs zóveel meer werk dat ze het volstrekt niet zouden aankunnen.

### Aantoonbare meerwaarde

Medische hulpmiddelen voor decubitus en incontinentie zijn in de hedendaagse maatschappij dan ook niet meer weg te denken. Hun meerwaarde is op meerdere fronten duidelijk aantoonbaar en waarneembaar:

- ▶ Investeren in medische technologie heeft een matigende invloed op de totale kosten voor de gezondheidszorg.

Voor decubitus is dit ondubbelzinnig duidelijk op het gebied van preventie zowel als behandeling. Wie voor een ingreep het ziekenhuis in moet en daar naar verwachting acht dagen moet verblijven, kost de maatschappij geld. Deze kosten lopen enorm op als het ziekenhuisverblijf met weken of zelfs maanden moet worden verlengd omdat een decubituswond optreedt, of als het ziekenhuisbezoek door zo'n wond onverwacht resulteert in verblijf in een verpleeghuis of revalidatiecentrum. En de kosten lopen niet alleen op omdat het verblijf in een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum vele malen hoger is dan – al dan niet met thuiszorg – terugkeren naar huis, maar ook omdat wondbehandelingsmiddelen moeten worden ingezet om de ontstane wond weer te genezen.

Het is ook duidelijk voor de behandeling van mensen met incontinentie. Incontinentiehulpmiddelen stellen mensen in staat om volledig te blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Dit betekent dat geen kosten hoeven te worden gemaakt voor ziekteverzuim. Kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer voorkomt bovendien veel eenzaamheid en geestelijk leed. Dit betekent dat geen beroep hoeft te worden gedaan op geestelijke bijstand. Het gevoel ondanks een beperking zelfredzaam te kunnen blijven, draagt enorm bij aan de kwaliteit van leven.



- ▶ Het doorzetten van innovaties heeft nut in verband met de efficiency in zorgprocessen en zorginnovatie.

Dit behoeft ten aanzien van decubitus en incontinentie nauwelijks nog uitleg. In dit boekje zijn diverse sprekers opgevoerd die duidelijk hebben gemaakt hoeveel slechter patiënten én zorgprofessionals ervoor zouden staan als op de gebieden decubitus en incontinentie de laatste vijftien jaar geen productontwikkeling had plaatsgevonden.

- ▶ Medische hulpmiddelen hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven.

Iedereen die één decubituswond heeft gezien, weet hoezeer dit inzake decubitus opgaat. De patiëntverhalen van Erik van Genken en Wilco van der Plas in hoofdstuk 4 onderstrepen dit nadrukkelijk. Hetzelfde geldt met betrekking tot incontinentie, zoals blijkt uit de verhalen die de patiënten Simone Singor en Anita de Graaf vertellen in hoofdstuk 5. Inzet van goede incontinentiematerialen helpt mensen bovendien om langer zelfstandig te kunnen blijven.

- ▶ Toekomstig gebrek aan personeel in de zorg leidt tot substitutie van arbeid door technologie.

Op het gebied van decubitus en incontinentie genieten vooral de verpleeghuizen – waar zich de hoogste concentratie bevindt van mensen met deze aandoeningen – hiervan een enorm voordeel. De zorgprofessionals die in dit boekje aan het woord gekomen zijn, maken ondubbelzinnig duidelijk dat de zorg zonder hulpmiddelen veel duurder en veel minder efficiënt zou zijn dan die nu is. Voor beide probleemgebieden geldt dat dan veel meer personeel nodig zou zijn om de benodigde zorg te verlenen. En wie kijkt naar de plannen die staatssecretaris Jet Bussemaker moet ontwikkelen om personeel voor de zorg te interesseren, beseft dat dit personeel bepaald niet voor het oprapen ligt.

- ▶ Medische technologie heeft een positief effect op de economie.

Een patiënt die na een ingreep decubitus ontwikkelt, leidt tot hogere zorgkosten, kost zorgprofessionals meer werk en is langer uit het arbeidsproces dan nodig is. Een patiënt die incontinent wordt, kan met adequate middelen gewoon blijven deelnemen aan het arbeidsproces. De winst is duidelijk.

### **Kennisoverdracht**

Wel moeten deze hulpmiddelen optimaal worden ingezet, om de patiënten er zo goed mogelijk mee van dienst te kunnen zijn en om tegelijkertijd de kosten van het gebruik van die hulpmiddelen in de hand te kunnen houden. Kennisoverdracht is daarbij onontbeerlijk. Deze kennisoverdracht dient gericht te zijn op de eindgebruiker van het product, op de financiers en beleidsmakers en op de zorgprofessional



die de eindgebruiker helpt met de correcte toepassing ervan. Op hun beurt kunnen de zorgprofessionals weer kennis teruggeven aan de industrie, zodat die effectief vorm kan geven aan haar wens tot productverbetering. Zo ontstaat een voortdurende opwaartse cyclus. Armand Rondas maakte in het vorige hoofdstuk wel duidelijk hoe moeilijk het is om tot structurele kennisoverdracht en -verbetering te komen. 'Van beleidsmakers verwacht ik dat ze steun bieden bij deskundigheidsbevordering', zegt hij. 'Hiervoor is geld nodig. Het kost formatieplaatsen en uren.' Gerichte deskundigheidsbevordering waarborgt dat patiënten bij decubitus of incontinentie de zorg krijgen die ze verdienen. Het levert een bijdrage aan optimaal gebruik van kostbare medische hulpmiddelen. En het kan een bijdrage leveren aan verdere verbetering van deze hulpmiddelen. Tenminste: als deskundigheidsbevordering geschiedt in een setting die waarborgt dat wetenschappelijk onderzoek wordt verricht en dat onderzoeksresultaten structureel worden vastgelegd en gedeeld. Gespecialiseerde verpleegkundigen moeten hierin investeren, maar moeten in hun werkomgeving ook de ruimte en de middelen krijgen om dit te doen. Hierin speelt de werkgever een rol, maar ook de politiek. 'Ik vraag me echter af of de wetenschappelijke onderbouwing voldoende politieke aandacht krijgt', zegt Rondas.

Deskundigheidsbevordering vergt ook een inspanningsverplichting van de industrie die hulpmiddelen levert voor decubitus en incontinentie. Het is aan deze partij om toegang tot wetenschappelijke kennis te faciliteren, omdat op basis daarvan het inzicht in diagnose, behandeling en herstel continu kan worden verbeterd. De hulpmiddelenindustrie sponsort daarom nationale en internationale evenementen voor medische professionals.

Ook is Nefemed is initiatiefnemer geweest van de opleiding tot wond- en decubitus-verpleegkundige aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ten slotte kunnen ook de gebruikers en hun familieleden een bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering. Zij hebben het recht om eisen te stellen aan de kwaliteit van de hulpmiddelen die voor decubitus of incontinentie worden ingezet.

### **Evidence based**

Aan al deze facetten moet zijn voldaan wil sprake kunnen zijn van effectieve medische hulpmiddelen die "evidence based" meerwaarde hebben en het dus verdienen om te worden toegelaten tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet. In het kader van dit vergoedingstelsel klinken vaak de termen doelmatigheid en effectiviteit. Dit is terecht, want de betrokken partijen moeten waarborgen dat medische hulpmiddelen alleen worden gebruikt als dit meerwaarde heeft. Overconsumptie en oneigenlijk gebruik moeten worden tegengegaan, optimaal gebruik moet worden bevorderd. Om die balans te kunnen vinden en behouden, zijn de deskundigheidsbevordering en het wetenschappelijk onderzoek nodig waar we zojuist al op wezen.

### **Kosten en baten**

Kernbegrippen in het Nederlandse zorgstelsel zijn kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze drie uitgangspunten staan echter in toenemende mate ter discussie. We moeten alert blijven om te zorgen dat ze ook in de toekomst van

kracht blijven. Dat dit niet eenvoudig is, zal duidelijk zijn. Door de veroudering van de Nederlandse bevolking zal de zorgvraag alleen maar toenemen. Dit betekent dat een groter beroep zal worden gedaan op medische hulpmiddelen. Het gebruik hiervan kost geld, maar levert ook baten op. Om te beginnen in de vorm van gezondheidswinst voor de patiënt. Maar het leidt ook tot besparingen bij sociale fondsen door verlaging van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en door een beperking van het beroep op andere zorgverleners. En tot verhoging van arbeidsproductiviteit. Juist gebruik van medische hulpmiddelen verhoogt de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van patiënten, zodat ze minder gebruik hoeven maken van intramurale voorzieningen.

Met al deze zaken moet rekening worden gehouden in de discussie over de waarde van medische hulpmiddelen. Die discussie moet niet alleen worden gevoerd op basis van de kosten van die hulpmiddelen, maar op basis van de kosten in verhouding tot de baten. Als instellingen worden verplicht om efficiënter te werken en kosten te besparen, ligt het voor de hand dat dit laatste aspect soms onvoldoende aandacht krijgt. Maar het gevaar bestaat dan wel dat beslissingen worden genomen die weliswaar voor de korte termijn tot een besparing leiden, maar die toch op de langere termijn alleen maar kostenverhogend blijken te zijn. Patiënten die verstoken blijven van optimaal hulpmiddelengebruik, hebben immers meer zorg nodig dan mensen die deze middelen wel krijgen. En personeel is nu eenmaal veruit de grootste kostenpost in de gezondheidszorg.

### **Eisen stellen**

Uit het bovenstaande mag duidelijk zijn dat voor een verantwoord en efficiënt gebruik van hulpmiddelen voor decubitus en incontinentie eisen mogen worden gesteld aan alle betrokken partijen.

- ▶ De zorgverlener dient in iedere fase van de behandeling het meest geëigende hulpmiddel toe te passen. Dit betekent dat hij kennis van deze hulpmiddelen moet hebben. Hiervoor is scholing nodig, die scholing moet niet alleen gericht zijn op correcte toepassing van medische hulpmiddelen en het bijhouden van productontwikkeling. Deze scholing dient ook op basis van wetenschappelijk onderzoek aanleiding te geven tot voortdurende verbetering van medische hulpmiddelen en van de optimale toepassing hiervan. Behandelaars dienen dus open te staan voor kennisopbouw en het management dient financieel en organisatorisch hiertoe de ruimte te bieden. De zorgaanbieders dienen hun opgebouwde kennis te delen met elkaar, met de patiënten en met de zorgverzekeraars.

- ▶ De zorgverzekeraar dient zorg in te kopen op basis van prijs en kwaliteit. Ten aanzien van decubitus- en incontinentiezorg betekent dit dat de zorgverzekeraar inzicht dient te hebben in de vraag hoe hulpmiddelen hiervoor optimaal kunnen worden ingezet. Beschikken ze over die kennis, dan kunnen ze bij hun zorginkoop eisen op dit gebied stellen aan zorgverleners. Ook hebben ze dan een instrument waarmee ze in de politieke discussie kunnen hardmaken hoeveel geld nodig is om de zorg voor decubitus- en incontinentiepatiënten met medische hulpmiddelen optimaal te ondersteunen.
- ▶ De overheid dient een faciliterende rol te spelen om zorgverleners aan te sporen tot optimaal gebruik van medische hulpmiddelen en tot vergroting van wetenschappelijke kennis op dit gebied om te waarborgen dat deze “evidence based” optimaal worden ingezet. Ook dient de overheid de kwaliteit van de medische zorg te toetsen. Voorts dient ze de zorgverzekeraars middelen te bieden om zorg op basis van prijs en kwaliteit in te kopen, en erop toe te zien dat dit daadwerkelijk gebeurt. Tot slot moet de overheid zorgen dat de patiënt beschikt over informatie op basis waarvan hij kan optreden als medebehandelaar in zijn eigen genezingsproces.
- ▶ De zorgconsument dient te weten welke hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de preventie en behandeling van decubitus en incontinentie. Wel mag hierbij worden aangetekend dat Nederland in Europa op de laatste plaats staat als het gaat om eigen bijbetalingen (acht procent, in tegenstelling tot 23 procent in België). Aan de ene kant is het een groot goed dat hulpmiddelen voor iedereen zo breed toegankelijk zijn. Maar aan de andere kant draagt dit gebrek aan eigen bijbetaling niet bij tot bewustwording van de zorgconsument van de kosten van zijn hulpmiddelenconsumptie. In een vraaggestuurde gezondheidszorg moet een grotere individuele bijdrage dan ook niet bij voorbaat worden uitgesloten. Deze discussie dient nog te worden gevoerd.



## Conclusie

Kortom: om te waarborgen dat de uitgangspunten van de Nederlandse gezondheidszorg – kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid – ook op het gebied van decubitus- en incontinentiezorg voor de toekomst behouden blijven, is betrokkenheid van alle partijen vereist. Dit boekje geeft aan welke kennis op het gebied van decubitus en incontinentie bij behandelaars en patiënten aanwezig is. Het laat ook zien hoe moeilijk het is die kennis te delen en te vergroten en verdiepen. Het laat zien hoe enorm groot het belang van medische hulpmiddelen is om patiënten met decubitus of incontinentie een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bezorgen en hen zo mogelijk te genezen. Het laat ook zien hoe moeilijk het door beeldvorming, personeelsgebrek en discussie over bezuinigingen en doelmatigheidsvergroting is om de voordelen van het gebruik van deze hulpmiddelen ten volle te genieten. Het is in het belang van de gehele maatschappij om alle belemmeringen op dit gebied zo snel mogelijk op te heffen.

Door de vergrijzing zal de vraag naar deze hulpmiddelen de komende jaren sterk stijgen. Naar verwachting zal de groei van het aantal zorgprofessionals geen gelijke tred houden met deze stijgende vraag. Dit betekent geenszins dat medische hulpmiddelen zorgprofessionals moeten gaan vervangen. Zonder mensen geen zorg. Maar het betekent wel dat medische hulpmiddelen een effectieve bijdrage moeten leveren om te waarborgen dat patiënten met decubitus of incontinentie ook bij een stijgende zorgvraag en een achterblijvend arbeidspotentieel de zorg, de aandacht en de kwaliteit van leven blijven krijgen waarop zij ten volle recht hebben. Zonder hulpmiddelen geen effectieve zorg. Willen we waarborgen dat deze hulpmiddelen ook in de toekomst voor iedereen beschikbaar blijven die ze nodig heeft, dan is nú actie nodig om te zorgen dat dit lukt, en dat de kennis aanwezig is om ze optimaal in te zetten.

Alle partijen zijn aan zet.

## Deelnemers – Alle partijen aan zet

Onderstaand zijn in alfabetische volgorde de leden van Nefemed aangegeven die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit boekje. De Nefemedleden leveren bij elkaar een breeds scala aan producten op het gebied van incontinentiemateriaal en wondebehandeling. Via de website van deze bedrijven is inzicht te verkrijgen in de specifieke producten.

3M Nederland B.V.	<a href="http://www.3m.nl">www.3m.nl</a>
Astra Tech Benelux B.V.	<a href="http://www.astratech.nl">www.astratech.nl</a>
Attends Healthcare Group	<a href="http://www.attends.nl">www.attends.nl</a>
B. Braun Medical B.V.	<a href="http://www.bbraun.nl">www.bbraun.nl</a>
BSN Medical B.V.	<a href="http://www.bsnmedical.nl">www.bsnmedical.nl</a>
Coloplast B.V.	<a href="http://www.coloplast.nl">www.coloplast.nl</a>
ConvaTec Nederland	<a href="http://www.convatec.nl">www.convatec.nl</a>
Covidien Nederland B.V.	<a href="http://www.covidien.nl">www.covidien.nl</a>
Hollister B.V.	<a href="http://www.hollister.nl">www.hollister.nl</a>
Huntleigh Healthcare B.V.	<a href="http://www.huntleigh-healthcare.nl">www.huntleigh-healthcare.nl</a>
Johnson & Johnson Medical B.V.	<a href="http://www.jnj.com">www.jnj.com</a>
KCI Medical B.V.	<a href="http://www.kci-medical.com">www.kci-medical.com</a>
Kimberly-Clark B.V.	<a href="http://www.kcprofessional.com/nl">www.kcprofessional.com/nl</a>
Lohmann & Rauscher B.V.	<a href="http://www.lohmann-rauscher.nl">www.lohmann-rauscher.nl</a>
Medeco B.V.	<a href="http://www.medeco.nl">www.medeco.nl</a>
Molnlycke Health Care B.V.	<a href="http://www.molnlycke.nl">www.molnlycke.nl</a>
Paul Hartmann B.V.	<a href="http://www.hartmann.info">www.hartmann.info</a>
SCA Hygiene Products Zeist B.V.	<a href="http://www.tena.nl">www.tena.nl</a>
Smith & Nephew B.V.	<a href="http://www.smith-nephew.nl">www.smith-nephew.nl</a>

# Colofon

Zeer veel dank is verschuldigd aan alle patiënten en ex-patiënten die zich bereid hebben getoond hun verhaal te vertellen. Daarnaast dank aan de vertegenwoordigers van de verschillende instellingen en aan de zorgprofessionals, die inzicht hebben gegeven in hetgeen bij hen op de locaties speelt.

## **Vormgeving**

CommDesign

## **Fotografie cover**

Beeldsmaak

## **Drukwerk**

Drukkerij Callenbach

© 2008 Nefemed

Alles uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of overgenomen wanneer er voor publicatie schriftelijke toestemming van Nefemed is.

