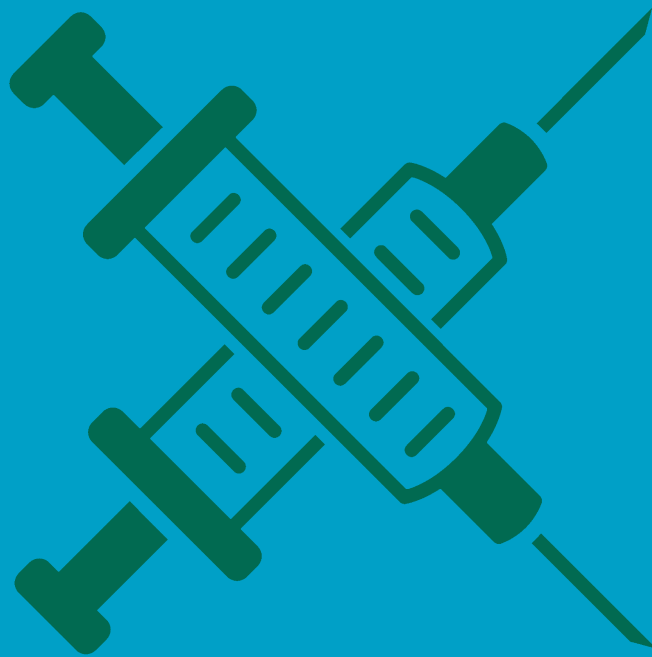


1



**BEDDEN EN
HUIDINTEGRITEIT**

LEERDOELEN

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- 1 Verschillende typen bedden en matrassen benoemen die in een ziekenhuis gebruikt worden en hun toepassing beschrijven.
- 2 In eigen woorden uitleggen hoe een bezet en onbezet bed opgemaakt moet worden.
- 3 De huidaandoeningen decubitus, skin tear, intertrigo en incontinentie dermatitis beschrijven en verklaren.
- 4 De huid van een patiënt in stappen beoordelen.
- 5 In eigen woorden huidveranderingen die optreden bij veroudering beschrijven en verklaren.
- 6 Verpleegkundige interventies om decubitus te voorkomen benoemen en verklaren.

TERMINOLOGIE

Acne: huidaandoening als gevolg van irritatie en infectie van de talgklieren.

Cyanose: blauwe verkleuring van de huid doordat het bloed onvoldoende met zuurstof is verzadigd.

Decubitus: gelokaliseerde roodheid en/of beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk, of druk in samenhang met schuifkracht.

Drukkracht: kracht die loodrecht wordt uitgeoefend op de huid en onderliggende weefsels.

Erytheem: rode verkleuring van de huid bij uitslag, ontsteking, infecties en allergische reacties.

Fissuur: kloofje.

Geelzucht: gele verkleuring van de huid doordat galpigment in de huid is afgezet.

Hematoom: ophoping van bloed onder het huidoppervlak; blauwe plek.

Hyperemie: ophoping van bloed in een lichaamsdeel, waardoor de huid rood verkleurt.

Hypoallergeen: het risico op allergische reactie verkleinend. Een hypoallergeen product bevat extreem weinig tot geen stoffen die een allergische reactie kunnen veroorzaken; voorbeelden zijn hypoallergene pleisters en hypoallergeen beddengoed.

Incontinentie dermatitis: huidletsel ontstaan door incontinentie.

Intertrigo (smetten, smetplekken): een in de grote huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaandoening die zich altijd kenmerkt door roodheid (erytheem) aan beide zijden van de plooi.

Ischemie: afgenomen of onvoldoende bloedtoevoer naar een lichaamsdeel.

Laesie: huidbeschadiging als gevolg van verwonding of een pathologische weefselbeschadiging.

Lederhuid: huidlaag onder de opperhuid, die bloed- en lymfevaten, zenuwen, zenuwuiteinden, klieren en haarfollikels bevat.

Necrose: afsterven van lichaamscellen door afname van weefseldoorbloeding.

Ontsteking: reactie van het lichaam waarbij zwelling (*tumor*), pijn (*dolor*), warmte (*calor*) en rode verkleuring (*rubor*) van weefsel aanwezig zijn en er een gestoorde functie (*functio laesa*) ontstaat.

Petechiën: puntvormige bloedingen in de huid ter grootte van een speldenprik.

Pigmentatie: elke normale of abnormale kleuring van de huid (bijvoorbeeld een moedervlek, maar ook gebruide huid).

Purpura: bloeditstoringen in de huid of slijmvliezen.

Schuifkracht: kracht die ervoor zorgt dat huidlagen over elkaar heen schuiven.

Skin tear: traumatische 'scheurwond' die ontstaat door wrijving, waarbij de opperhuid van de lederhuid wordt gescheurd, of beide loskomen van het onderliggende weefsel. Treedt met name op bij oudere patiënten met een kwetsbare huid.

Turgor: de mate van elasticiteit van de huid. Indicator voor eventueel vochttekort.

THEORETISCHE CONCEPTEN

1.1 Bedden

Patiënten worden in een ziekenhuis opgenomen vanwege een gezondheidsprobleem waarvoor onmiddellijke zorg nodig is, of omdat de arts een diagnostisch onderzoek, observatie of operatie heeft voorgeschreven. Dit laatste wordt ook wel 'electieve opname' genoemd. Wat de reden voor de opname ook is, de patiënt moet zijn dagelijkse gewoonten en activiteiten onderbreken. Bovendien kan hij zich zorgen maken over zijn eigen gezondheid en welzijn, of angstig reageren op onbekende procedures, het ziekenhuispersoneel of de ziekenhuisomgeving.

Nadat de patiënt op de afdeling is opgenomen, is het goed mogelijk dat de ziekte of beperking veel zelfstandige handelingen, zoals wassen en persoonlijke verzorging, belemmert. Sommige patiënten hebben zelfs bij de eenvoudigste handelingen hulp nodig. Kortom, er wordt veel gevraagd van het aanpassingsvermogen van de patiënt, zeker als zich bijkomende lichamelijke problemen voordoen. Om de aanpassing makkelijker te laten verlopen, is het dan ook van groot belang dat de verpleegkundige blijk geeft van empathie, deskundigheid en doeltreffendheid in het uitvoeren van de zorg. Voor patiënten die bedlegerig zijn, zelfs als dit maar voor korte tijd is, is comfort belangrijk om de rust en slaap te bevorderen, zodat de gezondheidstoestand niet verslechtert. Bedden moeten schoon, netjes en kreukvrij worden gehouden om te voorkomen dat huidirritaties en -beschadigingen of decubitusplekken ontstaan. Hiertoe dient het onderlaken van het bed gedurende de dag regelmatig te worden rechtgetrokken. Als de patiënt voor langere tijd in bed moet blijven, vinden alle zorg en dagelijkse handelingen rondom het bed plaats. Het bed is dan het centrum van de zorg.

1.1.1 Het ziekenhuisbed

Er zijn veel verschillende typen bedden en bedvoorzieningen/hulpmiddelen beschikbaar om in de specifieke zorgbehoeften van patiënten te voorzien.

Het ziekenhuisbed is een standaard eenpersoonsbed dat in verschillende standen kan worden gezet om de zorgverlening te vergemakkelijken en het comfort van de patiënt te bevorderen. Bij de meeste bedden kunnen

de hoogte en positie van hoofd- en voeteneinde elektrisch of hydraulisch worden versteld. De verpleegkundige vertelt de patiënt hoe deze het bed kan instellen en waarschuwt voor risico's, zoals het bekneld raken van de vingers of het ontstaan van schuifkrachten en de gevolgen daarvan.

1.1.2 Matrassen

Om huidbeschadigingen te voorkomen, gebruiken ziekenhuizen matrassen die met schuim, gel of water zijn gevuld, soms aangevuld met oplegmatrassen (dekmatrassen, matrastoppers). Deze verminderen de druk op botuitsteeksels en verkleinen het risico op decubitus. Voor patiënten met een laag decubitusrisico zijn deze matrassen effectief. Ze kunnen ook worden gebruikt om patiënten te behandelen die al een decubituswond hebben.

Oplegmatrassen gevuld met schuim worden geventileerd om het vochtgehalte te regelen en hebben een oppervlak dat schuiven tegengaat. Systemen met een continue luchtstroom worden op de al aanwezige matras gelegd. Dankzij de continue luchtstroom blijft de huid droog en kan het vochtgehalte worden geregeld. Het systeem voorkomt ook wrijving en schuren. Het is draagbaar en gemakkelijk te transporteren. Luchtmatrassen kunnen een dynamische of statische luchtinhoud hebben, afhankelijk van het systeem. Ook kan een luchtkussen gebruikt worden, als slechts een gedeelte van het lichaam deze ondersteuning nodig heeft. Matrassen met alternerende drukverdeling worden niet boven op een ander matras gelegd, maar in plaats van de gewone matras gebruikt.

1.1.3 Speciale bedden

Patiënten met een groot risico op huidbeschadiging of doorligwonden hebben een speciaal bed nodig. Onder andere patiënten met beschadigingen aan het ruggenmerg, brandwondpatiënten en patiënten die regelmatig moeten worden gekeerd en moeilijk te verplaatsen zijn, zijn het vatbaarst voor deze aandoeningen.

Speciale bedden zijn onder meer:

- *Air-filled bedden*
Deze bedden (air-fluidized, high air-loss, low air-loss) worden gebruikt voor patiënten die zo veel mogelijk stil moeten blijven liggen. High air-loss bedden hebben een ingebouwde weegschaal en een ligvlak dat wrijving en schuiven tegengaat.

- **Zandbedden**
Zandbedden worden gebruikt voor patiënten die geen wisselgigging kunnen verdragen of mogen krijgen, zoals brandwondpatiënten.
- **Kinetische bedden**
Een kinetisch bed wordt continu in beweging of trilling gehouden en wordt onder andere gebruikt voor patiënten met een instabiele wervelkolom. Een kinetisch bed kan de patiënt bijvoorbeeld roteren tot 45 graden, terwijl deze passief is.
- **Bariatrische bedden**
Het bariatrische bed wordt gebruikt voor patiënten met ernstig overgewicht (BMI > 40). Dit bed heeft een voorziening waardoor patiënten in bed kunnen worden gewogen. Daarnaast kan dit type bed tot een stoel worden omgebouwd.

1.2 Huidaandoeningen

De huid is het grootste orgaan van het lichaam en bestaat uit drie lagen. De bovenste laag is de epidermis, de opperhuid. Daaronder ligt de dermis, de **lederhuid**. De dermis en de epidermis worden samen de cutis genoemd. Onder de cutis ligt de subcutis.

De functies van de huid zijn bescherming, warmteregeling, uitscheiding, vochthuishouding, productie van vitamine D en zintuiglijke waarneming. De huid staat bloot aan gevaren uit de omgeving. Die kunnen zowel fysieke als mechanische beschadiging veroorzaken: de huid kan door ziekte worden aangetast, verbranden, scheuren enzovoorts.

Er zijn evenveel huidtypen, -kleuren, -structuren en -condities als er mensen zijn. De gezondheidstoestand, leeftijd, mate van activiteit en wisselwerking met de omgeving bepalen de huidconditie van de patiënt. De huid van een zuigeling is bijvoorbeeld gevoeliger en kwetsbaarder dan de huid van een volwassene, omdat de huid van een zuigeling nog niet aan zo veel omgevingsfactoren heeft blootgestaan. De meeste zuigelingen moeten voorzichtig worden behandeld om verwonding te voorkomen. Adolescenten kunnen last hebben van **acne** en bepaalde delen van de huid geven meer talg af. Volwassenen hebben als ze ouder worden vaak een drogere huid; hun hormoonregulatie is hier debet aan. Bij immobiliteit neemt het risico op huidaandoeningen toe, met name als die immobiliteit gepaard gaat met bed-

rust, waardoor de huid blootstaat aan **druk-** en **schuifkrachten**. Maar ook warmte, transpiratie, incontinentie en het tegen elkaar liggen van huiddelen dragen bij aan het risico op huidaandoeningen. We bespreken decubitus, skin tears, intertrigo en incontinentie dermatitis. In de praktijk is het niet altijd even gemakkelijk deze aandoeningen van elkaar te onderscheiden. Dit is zeker het geval in het gebied van de stuit, waar zowel sprake kan zijn van druk- en schuifkrachten als van incontinentie en huid-op-huidcontact. Ook een skin tear op de rug of de billen wordt vaak ten onrechte voor decubitus aangezien, terwijl het verschil juist in de etiologie van de aandoening zit. Het is belangrijk decubitus, incontinentie dermatitis, skin tear en intertrigo van elkaar te onderscheiden. Wanneer letsel bijvoorbeeld uitsluitend ontstaat door vocht, is decubituspreventie niet van toepassing, maar moet er aandacht zijn voor het beheersen van het lokale temperatuur- en vochtigheidsniveau tussen het lichaam en de onderlaag.

1.2.1 Decubitus

Decubitus, oftewel ‘doorliggen’, is een zeer pijnlijke aandoening die wordt veroorzaakt door druk- en/of schuifkrachten. Decubitus kan levensbedreigend zijn. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat decubitus zeer regelmatig voorkomt in zorginstellingen. Decubitus is echter vaak te voorkomen door goede voorlichting te geven en preventieve maatregelen te nemen.

De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) heeft in 2009 internationale richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus vastgelegd. Voor de Verenigde Staten heeft de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) hetzelfde gedaan. In Nederland zijn deze richtlijnen als basis gebruikt voor de richtlijnen uit 2011 (V&VN, 2011a). De daarbij vastgestelde definitie van decubitus luidt: ‘Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal voorkomend ter hoogte van een botuitsteeksel, veroorzaakt door druk of druk- en schuifkracht.’

Classificatie van decubitus volgens deze richtlijnen:

Categorie I: Niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid

Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied, meestal ter hoogte van een bot-

uitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donkergekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.

Categorie II: Verlies van een deel van de huidlaag of blaar

Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis), waardoor een oppervlakkige open wond met een rood/roze wondbodem, zonder wondbeslag, zichtbaar wordt. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht of met serum en bloed gevulde blaar.

Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kan aanwezig zijn.

Categorie IV: Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)

Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend(e) bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling. Categorie IV-decubitus kan zich ook onder een intacte huid manifesteren.

1.2.2 Skin tears

Skin tears ontstaan als gevolg van schuur- en wrijvingskrachten of door (per ongeluk) stoten; hierdoor laat de opperhuid los van de lederhuid, of komen beide los van het onderliggende weefsel. Het gebeurt vaker bij ouderen en bij patiënten die corticosteroiden gebruiken, doordat de opper- en lederhuid dunner worden. Bovendien neemt het aantal elastinevezels in de huid af en verliest de huid zijn elasticiteit. Hierdoor wordt de barrière tegen vochtverlies minder effectief en ontstaan er gemakkelijker **hematomen** en infecties. Als de warmteregeling minder effectief wordt, nemen tastzin en pijnwaarneming af. Bloedvaten worden dun en broos, waardoor **purpura** ontstaat (dit zijn kleine onderhuidse bloedingen). Op plaatsen waar deze bloedingen voorkomen ontstaan gemakkelijker skin tears. Deze kunnen overal op het lichaam ontstaan, maar ze verschijnen meestal op de armen en onderbenen.

Classificatie van skin tears volgens de WCS-richtlijnen:

Categorie 1: Skin tears zonder weefselverlies

Er is geen huid verloren gegaan. De wondranden kunnen nog tegen elkaar aan gelegd worden. We noemen dit scheurwonden (lineair type) of lapwonden (flap type).

Categorie 2: Skin tears met gedeeltelijk weefselverlies

Er is huid verloren gegaan. De wondranden sluiten niet meer aan. Er wordt onderscheid gemaakt tussen skin tears met weinig (<25%) weefselverlies en skin tears met een matig tot groot (>25%) weefselverlies.

Categorie 3: Skin tears met volledig weefselverlies

De huidflap (epidermis) is helemaal verdwenen.

Bronnen:

WCS (2013). *WCS Wondenboek*. Leiden: WCS.

NVvH (2013). *Richtlijn Wondzorg*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

Ruitenburg, S. van (2014). Classificatiemodel: skin tears. *WCS Nieuws*, 30(1).

Meuleneire, F (2003). Skin tears: Wondzorg met behulp van een soft, silicone-coated netverband. *WCS Nieuws*, 19(3):16-22.

1.2.3 Intertrigo

Intertrigo, ook wel smetten of smetplekken genoemd, is een in de grote huidplooiën gelokaliseerde oppervlakkige huidaandoening die zich altijd kenmerkt door roodheid (**erytheem**) aan beide zijden van de plooi. Daarnaast kunnen een of meerdere van de volgende symptomen voorkomen: maceratie (verweking), **fissuren** (scheurtjes), erosies, een nattende huid en korstvorming (V&VN, 2011b). Intertrigo komt voornamelijk voor in de grote huidplooiën, zoals in de liezen, oksels, bilnaad en buikplooi en onder de borsten. Intertrigo ontstaat door huid-op-huidcontact in de plooiën, warmte, vocht en onvoldoende luchtcirculatie. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van intertrigo. Daarnaast blijkt het risico op intertrigo toe te nemen met de leeftijd en met de volgende condities: obesitas, verminderde mobiliteit, verhoogde lichaamstemperatuur, een vochtige huid ten gevolge van transpireren of incontinentie, diabetes, beperkte ADL en tekortschietende persoonlijke hygiëne.

Door verweking, met het verlies van de hoornlaag van de huid als gevolg, kunnen smetplekken pijnlijk zijn en gevoelig zijn voor infectie met schimmels of bacteriën. De aanwezigheid van puistjes en geel/groen exsudaat vormen een aanwijzing voor een infectie.

1.2.4 Incontinentie dermatitis

Incontinentie die niet gepaard gaat met druk- en/of schuifkrachten veroorzaakt geen decubitus, maar kan wel een huidaandoening tot gevolg hebben die op de-

cubitus lijkt, namelijk **incontinentie dermatitis**. Bij incontinentie kan er sprake zijn van langdurig huidcontact met urine of feces. Urine bevat naast water ook afvalstoffen (natriumchloride, ureum en urinezuur). Feces bevatten naast water onder andere zouten (calcium, magnesium en ijzer). Naast maceratie door vocht treedt er ook huidbeschadiging op als gevolg van deze zoute en zure stoffen in de uitscheiding. Er ontstaat erytheem en de oppervlakkige huidlagen gaan stuk.



Handhygiëne is de belangrijkste verpleegkundige handeling om ziekenhuisinfecties te voorkomen. Pas voor en na elk fysiek contact met een patiënt handhygiëne toe: was of desinfecteer je handen. Vrijwel elke handelingsbeschrijving in dit boek bevat deze regel: 'Was of desinfecteer je handen.' Of je je handen wast of desinfecteert, hangt primair af van de ziekenhuis- of afdelingsvoorschriften. Als deze ontbreken, gelden algemene richtlijnen, zoals die van de Werkgroep Infectiepreventie (<https://www.rivm.nl/werkgroep-infectie-preventie-wip>). Daarin staat dat bij zichtbare verontreiniging wassen met water en zeep de voorkeur heeft. Bij niet-zichtbaar verontreinigde handen heeft desinfecteren de voorkeur. Ook voor het dragen van (niet-)steriele handschoenen zal het ziekenhuis- of afdelingsprotocol in de meeste gevallen een voorschrift bevatten. Als het dragen van handschoenen niet noodzakelijk is in verband met infectiegevaar, bedenk dan dat het dragen ervan jegens de patiënt een uiting kan zijn van respect voor zijn lichamelijke privacy, maar ook van een zekere afstandelijkheid.



Stel, om vergissingen te voorkomen, voor elke handeling of serie handelingen de identiteit van de patiënt vast door het identiteitsbandje te controleren. Als er geen identiteitsbandjes worden gebruikt, controleer dan in elk geval twee gegevens: de naam en de geboortedatum van de patiënt. Wanneer mogelijk dient de patiënt zelf de gegevens uit te spreken.

BESCHRIJVING VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN

1.3 Bedden opmaken

1.3.1 Aanwijzingen voor het verpleegproces

Gegevens verzamelen

- Beoordeel of het bed van de patiënt moet worden verschoond.
- Bepaal of de toestand van de patiënt het toelaat dat het bed wordt verschoond.
- Bepaal hoeveel en welk type beddengoed nodig is.
- Bepaal het voorgeschreven activiteitsniveau van de patiënt en de mogelijke speciale voorzorgsmaatregelen bij verplaatsing.
- Beoordeel of de patiënt uit bed kan tijdens het verschoonen van het bed.

Mogelijke verpleegkundige diagnoses

- Verminderde mobiliteit, gerelateerd aan langdurige bedrust, operatie, pijn, behandelrooster, verzwakking en uitputting.
- Zelfzorgtekort lichaamsverzorging, gerelateerde motorische belemmering, gebrek aan coördinatie, stoornissen van het gezichtsvermogen, operatie, spierverswakking en pijn.
- (Risico op) huidbeschadiging, gerelateerd aan operatie, immobiliteit, langdurige bedrust, mechanische factoren (schuifkracht, druk) of medicijnen.

Verpleegkundige interventies en procedures

- De patiënt een schone, comfortabele slaap- en rustomgeving bieden.
- Voorkomen dat de patiënt zich inspant door het bed op te maken terwijl het bezet is.

- Preventie van huidirritatie door kreukvrije lakens en dekens te bieden.
- Het vuile beddengoed op juiste wijze afvoeren en kruisbesmetting voorkomen.
- Het gevoel van zelfvertrouwen van de patiënt vergroten door het bed schoon, netjes en comfortabel te houden.
- Een onbezet of bezet bed verschonen/opmaken.
- Het onderlaken in een halve rechte hoek vouwen.
- Een kussensloop verwisselen.

Beoogde resultaten

- Het bed blijft schoon, droog en vrij van kreukels.
- De huid van de patiënt blijft onbeschadigd en vrij van irritatie.
- De verpleegkundige ervaart geen overmatige belasting van de rug tijdens het opmaken van het bed.



Door rechte hoeken te maken blijft het beddengoed, wanneer gebruik wordt gemaakt van een deken, stevig ingestopt en vrij van kreukels.

1.3.2 Het vouwen van een halve rechte hoek in een onderlaken (45 graden)

Benodigheden

- Onderlaken

Werkwijze

1. Leg het onderlaken op het bed.
2. Verdeel het laken op zo'n manier dat linker- en rechterhelft en boven- en onderzijde een gelijke lengte hebben om in te stoppen.
3. Pak de kant van het laken bij het hoofdeinde van het bed en sla het om de matras heen.
4. Plaats hierbij de vingers van je hand 'om' de matras,

terwijl je duim het laken tegen de zijkant van de matras duwt.

5. Pak dan de zijkant van het laken dat je wilt instoppen en sla dit over je duim, naar de onderzijde van de matras.
6. Trek je hand weg en je hebt een perfecte halve rechte hoek.

1.3.3 Een kussensloop verwisselen

Benodigheden

- Schoon kussensloop

Werkwijze

1. Was of desinfecteer je handen.
2. Pak de kussensloop bij het midden van het gesloten uiteinde op.
3. Houd het uiteinde van de kussensloop stevig vast; pak daarna met de andere hand het open uiteinde en vouw dit over het gesloten uiteinde.
4. Til met de hand die de binnenstebuiten gekeerde kussensloop vasthoudt het midden van één uiteinde van het kussen op.
5. Draai het kussen om, zodat de kussensloop over het kussen valt.
6. Trek de kussensloop met de andere hand over het kussen. Neem het kussen of de sloop niet onder de arm, onder de kin of tussen de tanden; *dit vergroot de kans op besmetting.*
7. Stop de hoeken van het kussen in de kussensloop door de hand tussen de sloop en het kussen te brengen.



Til het midden van één uiteinde van het kussen op met de hand waarmee je de binnenstebuiten gekeerde kussensloop vasthoudt en trek de sloop met je vrije hand over het kussen.

1.3.4 Een onbezet bed opmaken

Benodigdheden

- Twee stoelen en/of een tafel
- Waszak/wasmand
- Niet-steriele handschoenen, indien nodig
- Beddengoed:
 - Oplegmatras, indien nodig
 - (Hoes)laken
 - Eventueel steeklaken
 - Eventueel onderlegger of handdoek
 - Eventueel molton
 - Dekbed of deken
 - Bovenlaken of dekbedovertrek
 - Beddensprei, indien nodig
 - Kussensloop

Let op: Maak, als dat mogelijk is, liever een leeg bed op dan een bed met een patiënt erin. Het heeft bovendien de voorkeur om een bed op te maken met twee verpleegkundigen. Dit is fysiek minder inspannend voor patiënt én verpleegkundige.

Vorbereiding

1. Verzamel het beddengoed en leg het binnen bereik op een schoon oppervlak. *Een schoon oppervlak voorkomt infecties.*
2. Leg de patiënt uit dat het nodig is dat hij voor het opmaken uit bed gaat.
3. Was of desinfecteer je handen. Trek handschoenen aan. *Het beddengoed kan besmet zijn met urine, ontlasting of wondvocht.*
4. Help de patiënt uit bed en in een stoel en let erop dat de patiënt niet op de tocht zit: sluit eventueel ramen en deuren voor je de patiënt uit bed haalt.
5. Zet de andere stoel en de waszak/-mand op een praktische plaats.
6. Controleer of de stoel schoon is.
7. Leg het schone beddengoed op de stoel in de volgorde waarin het wordt gebruikt, de kussensloop onderop.
8. Maak, wanneer nodig, het alarmsysteem los van het beddengoed.
9. Stel het bed in op de juiste werkhoogte en werk volgens ergonomische principes.
10. Handel bij patiënten die met cytostatica worden behandeld of een besmettelijke ziekte hebben volgens het desbetreffende protocol.

Werkwijze

1. Breng zo nodig beide bedhekken omlaag en zet het bed in vlakke stand en op de rem. NB Bedhekken mogen alleen met toestemming van de patiënt worden ingezet.
2. Haal het bed af:
 - a. Verwijder het dekbed, de spreij of de deken. Als deze opnieuw worden gebruikt, vouw je ze in drieën op en leg je ze op de stoel(en). Je kunt twee stoelen tegenover elkaar zetten om het opnieuw te gebruiken beddengoed op te leggen. Houd hierbij in de gaten welke zijde aan het voeteneinde en welke aan het hoofdeinde lag en voorkom dat het beddengoed de grond raakt.
 - b. Verwijder het boven-, onder- en steeklaken. Je verschoont dit afhankelijk van de conditie van het beddengoed en afspraken binnen de instelling. Doe vervuild beddengoed in de waszak. *Leg vuil beddengoed nooit op de vloer, aangezien dat tot kruisbesmetting kan leiden.*
3. Druk de matras tegen het hoofdeinde van het bed. Plaats de matras indien nodig in het midden van het bedoppervlak.
4. Als de oplegmatras niet wordt verwisseld, strijk je de kreukels glad en leg je de oplegmatras opnieuw op het midden van het bedoppervlak. *Kreukels kunnen huidbeschadigingen veroorzaken, met name bij oudere, zwakke en ondervoede patiënten.*
5. Maak één kant van het bed op, loop vervolgens naar de andere kant van het bed en maak dit op. *Deze werkwijze spaart tijd en kost minder energie dan wanneer je over het bed heen reikt.*
6. Bij gebruik van een hoelaken: leg het laken op de matras en ga bij stap 13 door met het opmaken van het bed. Als je een gewoon laken gebruikt, leg je de middelste vouw van het laken in het midden van de matras en leg je het uiteinde van het laken tegen het uiteinde van de matras. Soms is een laken gemarkeerd met gekleurde lijnen, zodat je het midden van het laken gemakkelijk kunt bepalen.
7. Vouw het onderlaken open en leg het over de matras.
8. Stop de bovenkant van het laken in onder het hoofdeinde van het bed.
9. Vouw de punt van het onderlaken aan het hoofdeinde van het bed in een halve rechte hoek. *(Zie werkwijze voor halve rechte hoek.) Een halve rechte hoek is steviger en blijft beter zitten.*



Strijk het beddengoed glad vóór je het in rechte hoeken vouwt: het beddengoed op de foto vertoont te veel plooiën (stap 11).



Vouw het laken om over de deken en zorg dat er een omslag overblijft (stap 19).



Stop, wanneer een steeklaken wordt gebruikt, het steeklaken stevig in over het onderlaken heen (stap 16).



Vouw een driehoek en stop het beddengoed in (stap 21).



Vouw het bovenlaken over de matras heen (stap 18).



Trek het bovenste beddengoed omlaag terwijl je de hoek vasthoudt.

10. Stop de rest van de zijkant van het onderlaken stevig in onder de matras.
11. Als bij de patiënt een steeklaken gebruikt wordt, leg je dit midden op het bed en vouw je het open naar de tegenovergelegen zijde. Stop het laken in

- onder de matras. Strijk de kreukels glad. Als een onderlegger nodig is, leg je die midden op het bed over het steeklaken.
12. Loop naar de andere kant van het bed, trek het laken naar je toe en strijk het glad.



Vouw bovenlaken, deken en spreij om, zodat er ruimte voor de voeten is (stap 22).



Vouw een rand van het laken over de deken.



Vouw het beddengoed aan het voeteneinde van het bed in over elkaar liggende plooiën, zodat een waaivorm ontstaat (stap 23).

13. Als je een gewoon laken gebruikt, stop je de bovenkant van het laken in aan het hoofdeinde van het bed.
14. Als je een gewoon laken gebruikt, vouw je de punt van het onderlaken aan het hoofdeinde van het bed in een halve rechte hoek.

15. Stop het overige deel van het onderlaken goed in onder de matras. Pak het laken in je hand, leun achterover en trek het omlaag. Stop het laken in onder de matras.
16. Als je een steeklaken gebruikt, trek je het strak en stop je het op dezelfde wijze in als het onderlaken.
17. Leg de onderlegger, als deze wordt gebruikt, vlak.
18. Spreid het bovenlaken, de deken of het dekbed en eventueel de spreij in de volle lengte over het bed uit.
19. Laat aan het hoofdeinde van het bed een omslag van het bovenlaken (wanneer gebruikt) en de spreij over. *Hierdoor wordt voorkomen dat het gezicht van de patiënt tegen de deken aan wrijft.*
20. Stop het laken, de spreij en de deken of het dekbed goed in onder het voeteneinde van de matras, aan één zijde tegelijk.
21. Vouw de punten van het laken (wanneer gebruikt) aan het voeteneinde van het bed in halve rechte hoeken, aan één zijde tegelijk.
22. Maak een kleine plooi of maak het beddengoed wat los om plaats te maken voor de voeten van de patiënt ('plukje van Josje'). Dit doe je om wrijving tegen en druk op voeten en tenen (en mogelijk 'spitsvoeten') te voorkomen.
23. Vouw het beddengoed aan het voeteneinde van het bed in over elkaar liggende plooiën, zodat een waaivorm ontstaat. De patiënt kan daardoor gemakkelijker in bed stappen. Als het bed niet in gebruik is, laat je de bovenkant van het beddengoed opgetrokken, zodat dit het bed bedekt.
24. Verschoon de kussensloop. Zie vaardigheid 'Een kussensloop verwisselen'.
25. Zet het bed weer in de stand die de patiënt wenst. Maak zo nodig het alarmsysteem weer aan het beddengoed vast.
26. Doe het bedhek aan de kant tegenover de patiënt omhoog. Zo kan de patiënt zichzelf in het bed installeren.
27. Breng het vuile beddengoed weg.
28. Was of desinfecteer je handen.

Let op: Lakens worden aan één kant gestreken/gesteven en aan de andere kant niet. Dit houdt in dat de lakens aan één kant glad zijn (de kant waar de zoom ook glad is) en aan de andere kant beduidend ruwer. In de preventieve zorg voor decubitus is het van essentieel belang dat het onderlaken met de gladde kant boven op het bed gelegd wordt.