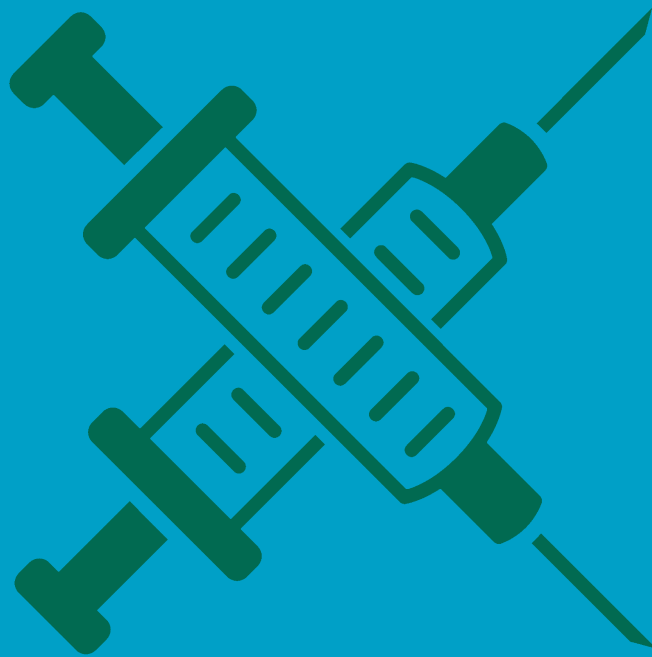


1



**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 incontinentiedermitis beschrijven 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: geel zien van de huid en/of het oogwit, veroorzaakt door een te hoog gehalte bilirubine in het bloed.

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 huidverzorgingsproducten en hypoallergeen beddengoed.

Incontinentiedermitis: 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.

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.

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.

Maceratie: verweking van de huid die optreedt na langere tijd blootgesteld te worden aan vocht.

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. 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 luchthoud 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.

Ziekenhuismatrassen zijn voorzien van een afneembare buitenlaag, waardoor de bedden gemakkelijk te reinigen zijn bij vervuiling of voordat het bed een andere gebruiker krijgt.

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*

Dit zijn gewone ziekenhuisbedden met een air-filled matras in plaats van het standaardmatras. Air-filled matrassen worden ingezet bij patiënten die

vanuit de anamnese of medische voorgeschiedenis een verhoogd risico op decubitus hebben. Daarnaast kunnen ze gebruikt worden voor patiënten die op medisch advies langdurig bedrust moeten houden, bijvoorbeeld na een invasief onderzoek met risico op nabloeding.

- *Zandbedden*
Zandbedden worden gebruikt voor patiënten die geen wisselgeving 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, vochtthuishouding, 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. Zuigelingen moeten voorzichtig worden behandeld om verwondingen aan

en uitdroging van de huid 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 bedrust, 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 incontinentiedermatitis. 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, incontinentiedermatitis, 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 verpleegkundige speelt dan ook een belangrijke rol bij zowel de preventie als behandeling van decubitus. Al bij opname van de patiënt wordt de aanwezigheid van decubitus beoordeeld en wordt naar aanleiding van de anamnese het risico op decubitus ingeschat. Dit past binnen het landelijke veiligheidsmanagementsysteem (VMS) onder de inventarisatie van functieverlies. Hoe minder de patiënt zelfstandig kan en doet, hoe hoger het risico op complicaties bij bedrust. De sorelijst voor het beoordelen van zelfstandigheid is de KATZ-ADL6. Richtlijnen voor decubituspreventie worden naar aanleiding

van wetenschappelijk onderzoek regelmatig vernieuwd. In maart 2021 heeft Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) een nieuwe Richtlijn Decubitus gepubliceerd, te raadplegen via <https://www.venvn.nl/media/adujx1ja/20210224-richtlijn-decubitus.pdf>.

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 bloedinkjes 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 huidplooien gelokaliseerde oppervlakkige huidandoening die zich altijd kenmerkt door roodheid (**erytheem**) aan beide zijden van de plooï. 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 huidplooïen, zoals in de liezen, oksels, bilnaad en buikplooï en onder de borsten. Intertrigo ontstaat door huid-op-huidcontact

in de plooiën, warmte, vocht en onvoldoende lucht-circulatie. 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 Incontinentiermatitis

Incontinentie die niet gepaard gaat met druk- en/of schuifkrachten veroorzaakt geen decubitus, maar kan wel een huidaandoening tot gevolg hebben die wat symptomen betreft op decubitus lijkt, namelijk **incontinentiermatitis**. 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 een van de belangrijkste maatregelen om overdracht van micro-organismen te voorkomen. Vrijwel elke handelingsbeschrijving in dit boek bevat de regel 'Pas handhygiëne toe'. Hoe je handhygiëne toepast, hangt primair af van de ziekenhuis- of afdelingsvoorschriften. Als deze ontbreken, gelden de algemene richtlijnen die door het RIVM zijn opgesteld (<https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/algemeen>).

Pas handhygiëne toe:

- vóór en na fysiek patiëntencontact;
- vóór een schone of aseptische procedure;
- na (mogelijk) contact met lichaamsmaterialen en -vloeistoffen;
- na fysiek contact met de omgeving van de patiënt.

Handhygiëne kan op twee manieren worden uitgevoerd:

1. Handen desinfecteren met handalcohol.
2. Handen wassen met water en zeep.

Handen desinfecteren verdient de voorkeur, behalve:

- bij zichtbare verontreiniging;
- na contact met lichaamsvloeistoffen, secreta en excreta (dus ook na snuiten, niezen, hoesten en toiletbezoek);
- als de handen nat zijn;
- bij contact met *Clostridium difficile*, want deze bacterie wordt niet gedood door handalcohol, maar wel door water en zeep.

Zie voor verdere toelichting hoofdstuk 7 (Infectiepreventie).



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. Combineer het verschoonen

eventueel met een activiteit buiten 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.
- Preventie van huidirritatie en decubitus door kreukvrije lakens en dekens te bieden.
- Het vuile beddengoed op juiste wijze afvoeren en kruisbesmetting voorkomen.
- Het gevoel van welbevinden van de patiënt vergroten door het bed schoon, netjes en comfortabel te houden.
- Een onbezet of bezet bed verschoneren/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)

Benodigdheden

- 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

Benodigdheden

- Schoon kussensloop

Werkwijze

1. Pas handhygiëne toe.
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.



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.

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. Raak het kussensloop enkel met de handen aan.
7. Stop de hoeken van het kussen in de kussensloop door de hand tussen de sloop en het kussen te brengen.
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.

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. Pas handhygiëne toe. 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.

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, zie het Juridisch aandachtspunt.

Juridisch aandachtspunt

Wet zorg en dwang

Sinds 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht. Deze wet gaat over gedwongen opnames en gedwongen zorg, waarbij mensen die zelf hun belangen niet kunnen behartigen beschermd worden. De Wzd gaat uit van 'Nee, tenzij' als het gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen. Het beperken van iemands vrijheid heeft immers grote psychische, en soms ook fysieke, gevolgen voor de patiënt.

De verpleegkundige dient zich bij de zorg voor de patiënt voortdurend bewust te zijn van het recht op vrijheid. Die vrijheid wordt de patiënt bijvoorbeeld al ontnomen als er bedhekken omhoog gezet worden zonder dat hij daarom heeft gevraagd. Voor het omhoog zetten van bedhekken – buiten het patiëntenvervoer in bed om – moet toestemming van de patiënt worden vastgelegd in het dossier. Zonder toestemming is dit verboden. Bij wilsonbekwame patiënten moet de wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven voordat de interventie wordt toegepast. Als een vrijheidsbeperkende interventie wordt overwogen, moet eerst worden gekeken naar alternatieve interventies die de vrijheid van de patiënt respecteren. Als de verpleegkundige een vrijheidsbeperkende maatregel wil inzetten omdat hiervoor geen passend alternatief kan worden gevonden, kan hij het stappenplan Wet zorg en dwang volgen.

Bronnen: ActiZ en VGN (september 2019). Wet zorg en dwang: *Handreiking voor zorgaanbieders*. Geraadpleegd van <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/wet-zorg-en-dwang-voor-zorgaanbieders>; Vilans (z.d.). *Wet zorg en dwang: Stappenplan*. Geraadpleegd van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/vrijheidsbeperking/stappenplan-wet-zorg-en-dwang.pdf>



Strijk het beddengoed glad vóór je het in rechte hoeken vouwt: het beddengoed op de foto vertoont te veel plooien (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.

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



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).

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 hooslaken: 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.*
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.
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