

1



**BEDDEN EN
HUIDINTEGRITEIT**

LEERDOELEN

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- 1 In eigen woorden uitleggen hoe een bed zonder en met patiënt opgemaakt moet worden.
- 2 In eigen woorden uitleggen hoe een patiënt in bed gewassen moet worden.
- 3 De huid van een patiënt in stappen beoordelen.
- 4 In eigen woorden huidveranderingen die optreden bij veroudering beschrijven en verklaren.
- 5 Verpleegkundige interventies om decubitus te voorkomen benoemen en verklaren.

TERMINOLOGIE

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

Balkanframe: een buizensysteem boven het bed voor bevestiging van extensie- of tractieapparatuur.

Blanching: witte verkleuring van de huid als er druk op wordt uitgeoefend.

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

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

Drukplek: synoniem voor doorligwond of decubitusplek; dit is een gebied waar weefsel is beschadigd en afgestorven doordat de doorbloeding is afgenomen.

Drukpunt: deel van de huid dat door druk geïrriteerd kan raken, vooral bij botuitsteeksel zoals de heupen, haken of ellebogen. Ook: gebied waar een slagader kan worden dichtgedrukt om een bloeding te stoppen.

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

Excreet: uitscheidingsproduct; materiaal dat door het lichaam wordt uitgescheiden.

Fissuur: kloof(je).

Flush: plotselinge rode verkleuring van gezicht en hals.

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.

6 De voetverzorging uitleggen.

7 De te verlenen avondzorg uitleggen.

8 In eigen woorden uitleggen hoe de rug van een patiënt bij de verzorging kan worden gemasseerd.

9 Verpleegkundige informatie voor de avondzorg volgens protocol rapporteren.

10 Verpleegkundige diagnoses formuleren waarbij elementaire hygiënische zorg aan patiënten moet worden geboden.

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 plooï.

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.

Mucosa: slijmvlies dat doorgangen en holten bekleedt die met de lucht in verbinding staan.

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 is en er een gestoorde functie (functio laesa) ontstaat.

Pallor: bleekheid; afwezigheid van kleur in de huid.

Pediculosis: aanwezigheid van hoofd- (*p. capitis*) of schaamluis (*p. pubis*) op de huid.

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).

Plaque: een plekje op de huid of op een slijmvlies; op de gebitselementen wordt dit tandplaque genoemd.

Purpura: bloedingstoringen in de huid of slijmvliesen.

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

Sensorische deprivatie: onthouding van zintuiglijke prikkels, bijvoorbeeld ter ontspanning.

Sensorische overbelasting: te veel zintuiglijke prikkels om tegelijkertijd op te nemen.

Skin tear: traumatische 'scheurwond' waarbij de opperhuid van de lederhuid wordt gescheurd. Treedt met name op bij oudere patiënten met een kwetsbare huid.

Tortueus: kronkelig, vooral in binnenwaartse richting (spataderen bijvoorbeeld).

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

Ulcus: (zweer) oppervlaktedefect door verval van weefsel. Heeft een geringe neiging tot genezing.

Verkoeverbed: een bed dat op een specifieke manier is opgemaakt voor een verdoofde of geopereerde patiënt.

THEORETISCHE CONCEPTEN

1.1 Bedden

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

Nadat de patiënt op de afdeling is opgenomen, is het goed mogelijk dat hij in veel zelfstandige handelingen, zoals wassen en persoonlijke verzorging, door de ziekte of beperking wordt belemmerd. Sommige patiënten hebben ook bij de meest eenvoudige handelingen hulp nodig. Kortom, er wordt veel gevraagd van het aanpassingsvermogen van de patiënt, zeker als zich bijkomende lichamelijke problemen voordoen. Het is voor het aanpassingsvermogen van de patiënt dan ook van groot belang dat de verpleegkundige blijk geeft van deskundigheid en doelmatigheid in het uitvoeren van de basiszorg.

Voor patiënten die bedlegerig zijn, zelfs als dit maar voor korte tijd is, is comfort belangrijk om de rust en slaap te bevorderen. 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 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.

1.1.2 Matrassen

Om huidbeschadigingen te voorkomen, worden matrassen gebruikt 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 voor het behandelen van patiënten die al een decubituswond hebben.

Oplegmatrassen met schuim worden geventileerd om het vochtgehalte te regelen en hebben een oppervlak dat schuiven tegengaat. Systemen met een continue luchtstroom worden eveneens op een bestaande matras gelegd. Dankzij de continue luchtstroom blijft de huid droog en kan het vochtgehalte worden geregeld. Ook wrijving en schuren worden met dit systeem voorkomen. Dit systeem 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 bovenop een 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. Het meest vatbaar voor deze aandoeningen zijn onder meer patiënten met beschadigingen van het ruggenmerg, brandwondpatiënten of patiënten die regelmatig moeten worden gekeerd en moeilijk te verplaatsen zijn. Voor deze patiënten is een speciaal bed noodzakelijk. Speciale bedden vervangen het gehele ziekenhuisbed; hiervan bestaan de volgende typen: air-fluidized bedden, high en low air-loss bedden, zandbedden, bedden voor kinetische therapie en bedden voor kritieke zorg. High air-loss bedden worden gebruikt voor patiënten met decubitus categorie III of IV. Behalve een ingebouwde weegschaal hebben deze bedden een ligvlak dat wrijving en schuiven tegengaat. Bedden met low air-loss worden gebruikt voor patiënten die moeilijk in een andere houding kunnen worden gelegd en voor patiënten die niet mogen bewegen. Air-filled bedden (air-fluidized bedden, high en low air-loss) worden gebruikt voor patiënten die zo veel mogelijk stil moeten blijven liggen. Deze bedden vergemakkelijken het keren en de drainage.

Zandbedden worden gebruikt voor patiënten die geen wisselligging kunnen verdragen of mogen krijgen, brandwondpatiënten en patiënten met ernstige decubitus.

Twee typen bedden worden voor preventie of behandeling van moeilijk te verzorgen patiënten gebruikt:

- Het kinetische bed wordt continu in beweging of trillend gehouden en wordt onder andere gebruikt

voor patiënten met een instabiele wervelkolom. Een kinetisch bed kan de patiënt bijvoorbeeld roteren tot 45°, terwijl deze passief is.

- 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 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. Dit kan zowel fysieke als mechanische beschadiging veroorzaken: hij kan door ziekte worden aangetast, verbranden, scheuren enzovoorts.

Er zijn evenveel huidtypen, -kleuren, -structuren en -condities als er mensen zijn. De huidconditie van de patiënt wordt bepaald door zijn gezondheidstoestand, leeftijd, mate van activiteit en de wisselwerking met zijn omgeving. De huid van een zuigeling is bijvoorbeeld gevoeliger en kwetsbaarder dan die van een volwassene, omdat deze aan nog niet zo veel omgevingsfactoren heeft blootgestaan. De meeste zuigelingen moeten voorzichtig worden behandeld om verwonding te voorkomen. Adolescenten kunnen last hebben van acne en op bepaalde delen van de huid wordt meer talg afgegeven. 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 de 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 incontinentie dermatitis. In de praktijk is het van elkaar onderscheiden van deze aandoeningen niet altijd even gemakkelijk. Dit is zeker het geval in het gebied van de stuit, waar sprake kan

zijn van zowel druk- en schuifkrachten als incontinentie en huid-op-huidcontact. Ook een skin tear op de rug of de billen wordt vaak ten onrechte voor decubitus aangezien. Het onderscheiden van decubitus, incontinentie dermatitis, skin tear en intertrigo is belangrijk. 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 als er goede voorlichting wordt gegeven en preventieve maatregelen worden genomen.

Internationale richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus zijn in 2009 vastgelegd door de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en voor de Verenigde Staten door de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). In Nederland zijn deze als basis gebruikt voor de richtlijnen in 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 beenderig uitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde 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 zichtbaar

wordt met een roodroze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/ge-scheurde, met vocht gevulde 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. Ondernijning 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 ondernijning 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 per ongeluk door stoten; hierdoor laat de opperhuid los van de lederhuid. Bij ouderen gebeurt dit vaker doordat de opper- en lederhuid dunner worden of wanneer de patiënt corticosteroïden gebruikt. 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.

1.2.3 Intertrigo

Intertrigo, ook wel smetten of smetplekken genoemd, is een in de grote huidplooien 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 of korstvorming (V&VN, 2011b). Intertrigo komt voornamelijk

voor in de grote huidplooien als liezen, oksels, bilnaad, buikplooi en onder de borsten. Intertrigo ontstaat door huid-op-huidcontact in de plooien, 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.

Smetplekken kunnen door verweking met als gevolg het verlies van de hoornlaag van de huid, 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 zonder de combinatie met druk- en/of schuifkrachten veroorzaakt geen decubitus maar kan wel huidafwijkingen geven die op decubitus lijken. Deze huidaandoening wordt incontinentie dermatitis genoemd. Bij incontinentie kan er sprake zijn van langdurig huidcontact met urine of feces. Urine bevat, naast water, ook afvalstoffen (natriumchloride, ureum en urinezuur). Feces bevat water en onder andere zouten (calcium, magnesium, ijzer). Naast maceratie door vocht treedt er huidbeschadiging op als gevolg van deze zoute en zure stoffen in de uitscheiding. Er ontstaat erytheem en de oppervlakkige huidlagen gaan stuk.

Handhygiëne

Handhygiëne is de belangrijkste verpleegkundige handeling om ziekenhuisinfecties te voorkomen. Pas voor en na elk fysiek contact met een patiënt handhygiëne toe: was je handen en desinfecteer ze zo nodig. Vrijwel elke handelingsbeschrijving in dit boek bevat deze regel: 'Was/desinfecteer je handen.' Of je je handen wast of desinfecteert, hangt af van de ziekenhuis- of afdelingsvoorschriften. Als deze ontbreken, gelden algemene richtlijnen, zoals die van de Werkgroep Infectiepreventie (www.wip.nl).

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 van handschoenen tegenover de patiënt een uiting kan zijn van respect voor zijn lichamelijke privacy, maar ook van een zekere afstandelijkheid.

Patiënt identificeren

Stel, om vergissingen te voorkomen, voor elke handeling of serie handelingen de identiteit van de patiënt vast door het pols(identificatie)bandje te controleren. Als er geen polsbandjes worden gebruikt, controleer dan in elk geval twee gegevens: de naam en de geboortedatum van de patiënt.

DE PRAKTIJK

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).

Verpleegkundige interventies en procedures

- De patiënt een schone, comfortabele slaap- en rustomgeving bieden.
- Voorkomen dat de patiënt zich inspanst 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 baden van de patiënt en 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°)

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 het laken bij het hoofdeinde van het bed en sla het om de matras heen.
4. Plaats hier 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 in wilt stoppen 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/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.



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. Pak 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.

1.3.4 Een onbezet bed opmaken

Benodigdheden

- Twee stoelen en/of een tafel
- Waszak
- Niet-steriele handschoenen, indien nodig
- Beddengoed (in volgorde van gebruik):
 - Oplegmatras, indien nodig
 - Onderlaken
 - Steeklaken, indien nodig
 - Onderlegger, indien nodig
 - Dekbed of deken
 - Bovenlaken, wanneer deken wordt gebruikt
 - 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 breng het naar de kamer.
2. Leg de patiënt uit dat het nodig is dat hij voor het opmaken uit bed gaat.
3. Was/desinfecteer je handen. Trek zo nodig handschoenen aan. *Het beddengoed kan besmet zijn door urine, ontlasting of wondvocht.*
4. Help de patiënt uit bed en in een stoel.
5. Zet de andere stoel en de waszak op een praktische plaats.

6. Controleer of de stoel schoon is. *Een schoon oppervlak voorkomt infecties.*
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.

Werkwijze

1. Breng beide bedhekken zo nodig omlaag en zet het bed in vlakke stand en op de rem.
2. Maak het beddengoed aan alle zijden los, met inbegrip van hoofd- en voeteneinde van het bed.
3. 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. Houd hierbij in de gaten welke zijde aan het voeteneinde en welke aan het hoofdeinde lag en voorkom dat deze de grond raken.
4. Verwijder, wanneer gebruikt, het boven- en steeklaken. Verwijder ook het onderlaken en stop ze in de waszak. *Leg vuil beddengoed nooit op de vloer, gezien dat tot kruisbesmetting kan leiden.*
5. Druk de matras tegen het hoofdeinde van het bed. Plaats de matras indien nodig in het midden.
6. 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, zieke en ondervoede patiënten.*
7. 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.*
8. Bij gebruik van een hoeslaken: leg het laken op de matras en ga door met het opmaken van het bed bij stap 13. Als een gewoon laken wordt 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 wordt een laken gemarkeerd met gekleurde lijnen, zodat het midden van het laken gemakkelijk te bepalen is.



1. Stop, wanneer een steeklaken wordt gebruikt, het steeklaken stevig in over het onderlaken heen.



2. Vouw het bovenlaken over de matras heen.



3. Vouw een driehoek en stop het beddengoed in.



4. Trek het bovenste beddengoed omlaag terwijl je de hoek vasthoudt.



5. Vouw het laken over de deken om en zorg dat er een omslag overblijft.



6. Vouw bovenlaken, deken en spreij om, zodat er ruimte voor de voeten is.

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 laken met de gladde kant boven op het bed gelegd wordt.



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



8. Vouw een rand van het laken over de deken.



9. Vouw het beddengoed aan het voeteneinde van het bed in over elkaar liggende plooien, zodat een waaivorm ontstaat.

9. Vouw het onderlaken open en leg dit over de matras.
10. Stop de bovenkant van het laken in onder het hoofdeinde van het bed.

11. 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.*
12. Stop de rest van de zijkant van het onderlaken goed onder de matras in.
13. Als de patiënt een steeklaken nodig heeft, 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.
14. Loop naar de andere kant van het bed, trek het laken naar je toe en strijk het recht.
15. Als een gewoon laken wordt gebruikt, stop je de bovenkant van het laken aan het hoofdeinde van het bed in.
16. Als een gewoon laken wordt gebruikt, vouw je de punt van het onderlaken aan het hoofdeinde van het bed in een halve rechte hoek.
17. Stop het overige deel van het onderlaken goed onder de matras in. Pak het laken in je hand, leun achterover en trek het laken omlaag. Stop het laken onder de matras in.
18. Als je een steeklaken gebruikt, trek je het strak en stop je het op dezelfde wijze in als het onderlaken.
19. Leg de onderlegger vlak als deze wordt gebruikt.
20. Spreid het bovenlaken, de deken of het dekbed en eventueel de spreij in de volle lengte over het bed uit.
21. 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.*
22. Stop het laken, de spreij en de deken of dekbed onder het voeteneinde van de matras goed in, aan één zijde tegelijk.
23. Vouw de punten van het laken (wanneer gebruikt) aan het voeteneinde van het bed in halve rechte hoeken, één zijde tegelijk.
24. Maak een kleine plooij of maak het beddengoed wat los om plaats te maken voor de voeten van de patiënt ('plukje van Josje'). Dit doe je om wrijving en druk op voeten en tenen te voorkomen.
25. Vouw het beddengoed aan het voeteneinde van het bed in over elkaar liggende plooien, zodat een waaivorm ontstaat. De patiënt kan daardoor ge-