

DECUBITUS BIJ KINDEREN

J. van Riet-van Bentem*

Decubitus staat volop in de belangstelling. Naast landelijke prevalentie-metingen verschijnen er geregeld artikelen over dit onderwerp in (verpleegkundige) tijdschriften. Over decubitus bij kinderen is echter weinig bekend, ook in het Sophia Kinderziekenhuis.

INLEIDING

Het Sophia Kinderziekenhuis maakt deel uit van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR).

In het "Anti-Decubitusbeleid AZR" worden uniforme richtlijnen aangaande de preventie en behandeling van decubitus gegeven. De preventie en behandeling van decubitus worden door de Anti-

Decubituscommissie vastgesteld. Als maat voor de kans op doorligproblemen wordt de Waterlow decubitus risicoscorelijst gehanteerd.

In deze Waterlow decubitus risicoscorelijst is echter geen rekening gehouden met het feit dat er significante verschillen bestaan tussen kinderen en volwassenen.

De huid van kinderen verschilt met die van een volwassene ten aanzien van de barrièrefunctie, de groei, de snelheid van genezen, de irritatie door b.v. pleisters, de doorlaatbaarheid, de verhouding van het huidoppervlak ten opzichte van het totale lichaamsvolume, de lichaamsbehandling, enz. Ook ten aanzien van het bewegingspatroon en de pijnuiting zijn kinderen en volwassenen niet gelijk. Hierdoor krijgt decubituspreventie en -behandeling bij kinderen een specifiek karakter.

Wil men nu komen tot een éénduidig anti-decubitusbeleid in het héle ziekenhuis voor volwassenen  n kinderen dan ontstaat er een probleem: er zal ook met het specifieke karakter van decubitus bij kinderen rekening gehouden dienen te worden.

Om hierover helder te kunnen adviseren worden de volgende vragen gesteld:

- Komt decubitus veel voor bij kinderen?

- Waarin verschilt decubitus bij kinderen ten opzichte van volwassenen?

- Zijn er specifieke preventie-maatregelen en behandelmethoden nodig voor kinderen met betrekking tot decubitus?

INCIDENTIE EN PREVALENTIE VAN DECUBITUS BIJ KINDEREN.

Om te weten te komen of decubitus bij kinderen veel voor komt kan men kijken naar de incidentie – het aantal nieuwe gevallen gedurende een bepaalde tijd – en /of naar de prevalentie – het totaal aantal gevallen (bestaand  n nieuw) in de populatie op een bepaald tijdstip of in een bepaalde periode.

In medische en verpleegkundige literatuur  n in relevante cursusboeken, bijvoorbeeld in het "Basisboek Kinderverpleegkunde" (Huizinga, 1998) voor de SVK (Specialisatie voor kinderverpleegkunde) opleiding is over decubitus bij kinderen vrijwel niets te vinden.

Gebrek aan informatie ondervonden ook collega's in Groot-Brittannië: Jane Willock, Senior Nurse / Lecturer in Nursing aan de Universiteit van Wales, schrijft: "Er is erg weinig gepubliceerde literatuur over decubitus bij kinderen en de meeste bestaande literatuur is kwalitatief" (verslag van de "1st National Conference on Pressure Sore Prevention and Management in Children") (Willock, 1999). Anne C. Jones, Intermediate Care Services Manager in het "South Bedfordshire Community Health Care Trust" in Luton, meldt in ditzelfde verslag: "Het is bekend dat decubitus voorkomt in ziekenhuizen en in de thuissituatie. Ondanks een wereld aan literatuur over preventie en behandeling ervan is er weinig geschreven over de

prevalentie van het probleem bij kinderen" (Jones, 1999).

Het feit dat informatie over decubitus bij kinderen nauwelijks voorhanden is wil nog niet zeggen dat het probleem van decubitus bij kinderen zich dan ook nauwelijks voordoet.

Diverse onderzoeken in de praktijk wijzen namelijk anders uit. Zo werd in 1996 in het "St. George's Healthcare NHS Trust" in Londen bij 15% van de kinderen op de PICU (Paediatric Intensive Care Unit) decubitus geconstateerd (Mills, 1999). In de "Royal Liverpool Children's NHS Trust" werden in dezelfde periode 265 kinderen gevolgd waarvan 18 ($\pm 7\%$) kinderen decubitus ontwikkelden (Willock, 1999). In Louisville, Kentucky, USA, constateerde men in een onderzoek bij 32 prematuur geboren neonaten zelfs bij 6 kinderen (19%) het ontstaan van huiddefecten door decubitus (Huffines, Logsdon, 1997).

Om enig zicht te krijgen op de prevalentie van decubitus binnen het Sophia, werd aan de verpleegunits het verzoek gedaan gedurende twee maanden (juni en juli 1999) het v orkomen van (dreigende) decubitus op een inventarisatieformulier te noteren. Ook werd gevraagd de genomen maatregelen te beschrijven. De respons was gering: 4 van de 9 formulieren oftewel $\pm 45\%$ werden geretourneerd. Het totaal aantal bedden van de 4 units bedroeg 102. In de 2 maanden ontwikkelden 9 kinderen in de leeftijd van 0 – 14 jaar decubitus. Daarnaast werd bij 3 patiëntjes vastgesteld dat zij een zodanig risico op het verwerven van decubitus hadden dat reeds preventieve maatregelen genomen werden (zie tabel, high risk groep).

Unit	High risk	Decubitus stadium 1	Decubitus stadium 2	Decubitus stadium 3	Decubitus stadium 4
Kindergeneeskunde noord	1	1			
Kindergeneeskunde zuid	1			1	
Kinderchirurgie noord		1	2		
Kinderchirurgie midden	1	2	2		
Totaal Aantal bedden 102	3	4	4	1	

Stadia:**Stadium 1** : de huid is rood maar nog intact**Stadium 2** : oppervlakkige beschadigingen van de huid / blaar / schaafplek**Stadium 3** : diepe huidbeschadiging / open wond**Stadium 4** : diepe wond / necrose

Mede door de technologische ontwikkelingen is er nu een veel intensievere zorg voor kinderen mogelijk. Prematuren van ± 25 weken graviditeit tracht men in leven te houden. ECMO (Extra corporale membraan oxygenatie), beademing, grote langdurige operaties, chemotherapie, enz., behoren nu ook voor kinderen tot de mogelijkheden. Daarnaast is er een toename van adipositas en eetstoornissen bij kinderen wat het risico op het ontstaan van decubitus verhoogt. Een verhoogde prevalentie van decubitus is ook te verklaren vanuit medische ontwikkelingen welke een verlenging van de levensduur van kinderen met bijvoorbeeld spierziekten en neurologische aandoeningen mogelijk maakt, alsmede vanuit verbeterde technieken m.b.t. de behandeling van trauma's.

Uit voorgaande gegevens, uit literatuur en eigen onderzoek blijkt dat decubitus bij kinderen voorkomt, de kans op het krijgen van decubitus toeneemt en derhalve aandacht voor dit probleem noodzakelijk is.

VERSCHILLEN TUSSEN VOLWASSENEN EN KINDEREN M.B.T. DECUBITUS

Uit de historie van de geneeskunde blijkt dat kinderen gezien werden als

volwassenen in zakformaat. Lange tijd werd geen aandacht geschonken aan ziekte en gebreken bij kinderen: een kind overleefde of het ging dood. Als je als ziek kind 'geluk' had werd je in een hospitaal tussen volwassenen gelegd en met dezelfde middelen behandeld, hetgeen meestal fataal afliep. Pas in de 2e helft van de 19e eeuw kwamen de eerste kinderartsen. De kinderdermatologie kwam pas ca. 25 jaar geleden tot ontwikkeling.

De huid van kinderen verschilt in een aantal aspecten duidelijk van de volwassen huid. De huid van een baby is nog in de groei. Bij prematuren is de barrièrefunctie van de huid verlaagd. De doorlaatbaarheid van de huid is pas 4 weken na de geboorte van een á-terme baby compleet. Ook het subcutane vetweefsel is nog niet volledig ontwikkeld en de epidermis is dunner dan bij volwassenen. De verhouding van het huidoppervlak t.o.v. het totale lichaamsvolume is anders. De beharing is pas in de puberteit volledig ontwikkeld (Oranje, de Waard-van der Spek, 1996). Lokale toepassing van geneesmiddelen kan op de kinderleeftijd sneller tot bijwerkingen leiden dan op de volwassen leeftijd (Van Gysel, 2000).

Medische hulpmiddelen als tubes, infuusnaalden en -systemen, catheters e.d. zijn in verhouding tot het lichaam van kinderen groter en dikker dan bij volwassenen en vormen dientengevolge een groot risico op het ontstaan van drukplekken. Daarnaast zijn oren, achterhoofd en hielen de plekken waar het meest decubitus bij kinderen ontstaat. Pijn kan door kinderen dikwijls niet verbaal worden geuit, maar moet d.m.v. observatie worden onderkend. Ook het bewegingspatroon van kinderen verschilt van volwassenen, afhankelijk van de leeftijdsfase. Kinderen worden tijdens beademing, traumatiserende onderzoeken en -behandelingen e.d. gedurende soms langere tijd volledig gesedeerd. Tegenover dit alles staat een in de regel snellere wondgenezing bij kinderen dan bij volwassenen.

KENNIS EN INZICHT OP HET GEBIED VAN DECUBITUS

Zoals eerder vermeld, is er op het gebied van decubitus bij kinderen in de literatuur erg weinig te vinden. Decubitus wordt dikwijls gezien als een probleem dat hoofdzakelijk voorkomt bij ouderen, terminaal zieken, patiënten op IC-afdelingen, enz. Voor deze patiëntencategorieën is

relevante literatuur ruim voorhanden. De mededeling dat ook kinderen decubitus kunnen krijgen, wekt nog steeds verbazing bij verpleegkundigen die geen kinderen verplegen. In kinderziekenhuizen en op kinderafdelingen is het fenomeen decubitus wel bekend, echter het ontbreekt hier dikwijls aan de specifieke kennis m.b.t. de preventie en behandeling. Men is geneigd (soms verouderde) interventies toe te passen zonder met die specifieke verschillen tussen volwassenen en kinderen rekening te houden. Zo wordt er nog gewreven, worden wattenringen en schapenvachten gebruikt en hielen ingepakt met vette watten. Ook blijkt het bestaan van het (schaarse) aanbod van speciale anti-decubitusbedden/matrassen voor kinderen (zoals b.v. de PediKair en PediStep van de firma KCI) niet bij iedereen bekend te zijn. Aandacht voor (bij)scholing op dit gebied vereist dan ook de nodige aandacht. Goede kennis en inzicht op het gebied van decubitus bij kinderen zijn voor iedereen die met de verpleging van kinderen te maken heeft immers wel een vereiste.

MATERIALEN

Het is niet vanzelfsprekend dat wat goed is voor volwassenen ook goed is voor kinderen!

Door de farmaceutische- en verbandmiddelenindustrie wordt een scala van producten op de markt gebracht ter voorkoming en/of behandeling van decubitus. Op medische en verpleegkundige symposia en congressen tracht men deze producten aan de man/vrouw te brengen. Stelt men echter de vraag of deze middelen ook geschikt zijn voor toepassing bij kinderen, dan moet de verkoper in de meeste gevallen het antwoord schuldig blijven.

Op het gebied van technisch materiaal, zoals anti-decubitusbedden en -matrassen is de markt vooral gericht op volwassenen. Voor oudere kinderen kunnen deze materialen wel worden gebruikt, maar voor baby's, peuters en kleuters zijn deze niet geschikt. Enkele fabrikanten kunnen wel peuter- en kleutermateriaal leveren, zoals luchtmatrassen

en low air loss bedden op peuter/kleuterformaat, soms echter alleen op bestelling. Voor baby's is het aanbod van speciaal materiaal nog geringer. Ook in Groot-Brittannië kampt men met dit probleem: "*Vertegenwoordigers van bedrijven waren niet geïnteresseerd in onze klandizie. Zij gaan ervan uit dat kinderen geen decubitus krijgen en dat er dus geen probleem is*", aldus Elaine Mills, staffnurse in het St. George's Hospital in Londen (Mills,1999).

SCORINGSSYSTEMEN

In de loop der jaren zijn diverse methodes ontwikkeld om het risico op decubitus te kunnen inschatten. De meest bekende methodes in Nederland zijn: de decubitus risicoscoresystemen van Norton, Braden en Waterlow. Koppelt men de uitkomst van een decubitus risicoscorelijst aan een beschrijving van te nemen maatregelen, dan is het goed mogelijk protocollen op te stellen. In de huidige decubitus risicoscoresystemen is geen rekening gehouden met de verschillen tussen volwassenen en kinderen. Enerzijds zal bij baby's in een dergelijk risicoscorestelsel de te scoren onderdelen als incontinentie, bedlegerigheid, afhankelijkheid e.d. al snel zodanig hoog scoren dat preventieve anti-decubitusmaatregelen genomen zouden moeten worden, terwijl dan tegelijk ook duidelijk zal zijn dat iedere gezonde baby binnen dit risicoscorestelsel dan al bij voorbaat aan deze criteria voor anti-decubitus maatregelen voldoet. Anderzijds wordt geen rekening gehouden met voor kinderen risicoverhogende factoren, zoals medische hulpmiddelen en verschillen in huid tussen volwassenen en kinderen. Anti-decubitusprotocollen voor kinderen vragen derhalve aanpassing van bestaande decubitus risicoscoresystemen. Bij onbekendheid van relevante factoren die het risico op decubitus vergroten, bestaat het gevaar dat niet tijdig de juiste preventieve maatregelen genomen worden.

Het zal echter moeilijk zijn een decubitus risicoscorestelsel te ontwikkelen waarbij rekening gehouden wordt met grote verschillen: de risicofactoren bij een prematuur gebo-

ren baby zullen op veel punten weer verschillen van risicofactoren bij bijvoorbeeld een peuter.

Ontwikkelingen op het gebied van decubitus risicoscoresystemen voor kinderen zijn er wel. Judy Waterlow stelde in 1997 een "assessment form for the identification of risk" samen. In Amerika ontwikkelde men een "Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)" (Huffines, Logsdon, 1997) welke is afgeleid van de Bradenschaal, in Engeland een "Paediatric Pressure Sore Risk Assessment" (Cocket, 1998), afgeleid van de Waterlow risicoscorelijst en een "Children's hospital paediatric risk assessment score" (Pickersgill,1997) waarbij uitgangspunten van Medley en Waterlow worden gehanteerd.

HOE NU VERDER

Om het probleem van decubitus bij kinderen aan te pakken zal de aandacht hiervoor en een aanpassing van, dan wel een aanvulling op het huidige anti-decubitusbeleid noodzakelijk zijn. Een beschrijving van de verschillen tussen volwassenen en kinderen m.b.t. decubitus, kennis en inzicht bij verpleegkundigen (en artsen) vergroten én vermelding van beschikbare materialen met mogelijke alternatieven zijn in dit kader van belang.

In het AZR heeft iedere verpleegafdeling een z.g. "aandachtsvelder" om het anti-decubitusbeleid binnen zijn/haar afdeling uit te dragen. Deze aandachtsvelders worden bijgeschoold, begeleid, enz. vanuit de Anti-Decubituscommissie m.n. door een decubitus-consulent. De aandachtsvelders van het Sophia hebben daarbinnen een eigen werkgroep om het specifieke karakter van decubitus bij kinderen verder onder de loep te nemen. E.e.a. heeft er inmiddels toe geleid dat de problemen worden onderkend, bijscholingen zijn gestart en dat er enthousiast gewerkt wordt aan een beleid dat recht doet aan de aandacht die decubitus bij kinderen zo lang heeft moeten ontberen.

*** Joke van Riet-van Bentem, Teamverpleegkundige, afd. 2ZKG AZR "Sophia", Rotterdam.
Joke van Riet is als verpleegkundige**

werkzaam op een kindergeneeskundige afdeling van het Sophia Kinderziekenhuis. Zij volgde de Verpleegkundige Vervolgopleiding Dermatologie te Utrecht, heeft als afgevaardigde van het Sophia zitting in de Anti-Decubituscommissie van het AZR en is coördinator van de anti-decubitus werkgroep Sophia.
e-mail: vanriet@alkg.azr.nl

Met dank aan Dr F. Heule, Dermatoloog en voorzitter van de Anti-Decubituscommissie van het AZR voor alle tijd die hij heeft vrij gemaakt om mij support te geven.

Met toestemming overgenomen uit: Tijdschrift kinderverpleegkunde 2001;3;10-12

LITERATUUR

1. Werkgroep Anti-Decubitusbeleid AZR, (1998), Anti-Decubitus Beleid AZR, richtlijnen voor preventie en behandeling, blz. A 1 – H 5.
 2. Willock, J., (1999), Incidence and prevalence of pressure injury in children – a preliminary study, in het Rapport van de "1st National Conference on Pressure Sore Prevention and Management in Children", St. George's Hospital, London, blz. 2.
 3. Jones, A. C., (1999), Pressure sore prevention and management in children – community perspective, idem, blz. 3.
 4. Mills, E., (1999), Pressure sores in children – is there a problem? Idem, blz.2.
 5. Huffines, B. en Logsdon, M.C., (1997), The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates, Louisville, Kentucky, USA, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, nr. 20, blz. 103 – 114.
 6. Oranje, A.P. en Waard-van der Spek, F.B. de, (1996), Handboek kinderdermatologie, blz. 13 - 24. Utrecht: De Tijdstroom.
 7. Gysel, D. van, (2000), Toxiciteit van medicijnen bij de neonat. In: Waard-v.d.Spek, F.B. de en Oranje, A.P., Diagnostiek en therapie in de kinderdermatologie, blz.83 – 94. Zwolle: De Weezenlanden Series; 28.
 8. Huizinga, G., Klok, W., Molenkamp, C., Ridder, K. den, Ulijn-ter Wat, R., Veld-Rentier, I. in 't, (1998), Basisboek Kinderverpleegkunde, Elsevier/De Tijdstroom.
 9. Cocket, A., (1998), Paediatric Pressure Sore Risk Assessment, Journal of Tissue Viability, vol.1, blz.30.
 10. Waterlow, J. (1998), Pressure sores in children: risk assessment. Paediatric Nursing, vol.10, no.4, blz 22 – 23.
 11. Pickersgill, J. (1997), Taking the pressure off. Paediatric Nursing, vol.9, no.8, blz. 25 – 27.
- Jones, A. (1997), Pressure sores in children with special needs - a neglected area. Journal of Tissue Viability, vol.7, no.3, blz. 82 – 83.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

NIEUW. DE PATIËNTENFOLDER "EEN OPEN BEEN"

De patiëntenfolder "Een open been" is een volledig nieuw WCS product.

Deze nieuwe WCS brochure geeft informatie aan de patiënt over alle aspecten rond het ulcus cruris, zoals:

- Wat is een open been?
- Hoe ontstaat een open been?
- Wat zijn de verschijnselen?
- Hoe wordt een open been behandeld?
- Wat kunt u zelf doen?
- Therapeutisch elastische kousen.

Deze WCS brochure kost slechts € 1,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392

OF VIA DE WCS SITE:

WWW.WCS-NEDERLAND.NL

DE WCS OP INTERNET

De internetsite van de WCS, <http://www.wcs-nederland.nl>, heeft een grote uitbreiding gekregen. Naast een nieuwsrubriek vanuit het bestuur is er ook een prikbord toegevoegd. Via het prikbord kun je vragen kwijt aan collega's omtrent wondbehandeling en kun je vragen beantwoorden van collega's. Wij zijn absoluut van mening dat jij als beroepsbeoefenaar de nodige kennis in huis hebt, waarmee je je collega's kunt helpen en van advies kunt voorzien.

Tevens zijn we nu ook gestart met onze online bibliotheek. Deze bibliotheek is gratis toegankelijk voor eenieder die gebruik wil maken van deze service. De online bibliotheek bevat nu ruim 1000 artikelen. De online bibliotheek is dus nog niet volledig, maar zal het komende jaar verder uitgebreid gaan worden. Nu staan er ook al artikelen in uit Verpleegkunde Nieuws, Nursing, Medisch Nieuws e.d. Wellicht gaan andere tijdschriften ook nog hun materiaal aanbieden. Voor goede artikelen die betrekking hebben op

het brede vlak van de wondbehandeling zijn deze artikelen uiteraard altijd welkom. Zo zal de online bibliotheek gaan uitgroeien tot een heuse wond-medline en kan deze je ondersteuning geven bij het maken van je verslag, instructieles, scriptie, onderzoek, voordracht of iets dergelijks.

Kom snel kijken op onze site en wentel je in de nieuwe mogelijkheden van deze digitale wereld.