

Decubitus en risicofactoren. Het gebruik van risicoscores voor decubitus: onzin?

Auteur:	R.J. van Marum
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1999
Pagina:	13
Jaargang:	15
Nummer:	5, congresnummer
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	abstract WCS congres 1999
Kernwoorden:	decubitus risicoscore preventie
Literatuur:	

Decubitus ontstaat door het samenspel van enerzijds externe factoren (alles samenhangend met druk en schuifkrachten) en anderzijds de lichamelijke conditie van de patiënt, samengevat als de gevoeligheid. Voor de bepaling van het risico op decubitus dienen beide terreinen geëvalueerd te worden.

In de praktijk wordt hierbij gebruik gemaakt van risicoscores. Inmiddels zijn er meerdere risicoscores voor decubitus bekend. In Nederland wordt meestal gebruik gemaakt van de Norton, de Braden en de CBO score. De vraag is echter of deze scores geen vals gevoel van betrouwbaarheid geven. Tegen het gebruik van scores kunnen vele bezwaren aangetekend worden:

1. Risico is een continu gegeven. Dat wil zeggen dat het simplistisch is om patienten in te delen in hoog en laag risicogroepen om daar vervolgens een protocollair beleid aan te koppelen. Het gebruik van afkappunten, zoals gebruikelijk is bij risicoscores, waarbij dure en schaarse preventieve middelen slechts worden toegewezen bij een bepaalde score, heeft eerder een logistieke basis dan een patientgerichte.
2. Risico is multicausaal bepaald. Dat wil zeggen dat er zeer veel interne factoren zijn die de gevoeligheid voor de ontwikkeling van decubitus kunnen verhogen (koorts, anemie, oedeem, slechte voedingstoestand etc.). Een risicoscore levert een getal als maat voor het risico. Dit getal geeft echter geen enkele richting aan het preventief beleid zolang niet duidelijk wordt aangegeven welke risicofactoren verhoogd zijn.
3. Risicoscores brengen door hun ordinale karakter geen weging aan in de zwaarte van de risicofactoren. Zo zal bij de CBO-score een goed ingestelde insuline diabeet die verder goed mobiel is gelijk scoren aan een immobiele niet diabeet, terwijl immobiliteit duidelijk een aanzienlijk zwaardere risicofactor is dan diabetes.
4. De werking (validiteit) van risicoscores voor decubitus is onvoldoende bewezen. Evaluaties van de scores zijn veelal matig van opzet en leveren op zijn best informatie voor de populatie waarin de score getest is. Wanneer de CBO-score goed werkt op de een interne afdeling in het ziekenhuis wil dat nog niet zeggen dat hij ook in de thuiszorg goed gebruikt kan worden. Daarnaast beïnvloedt het standaard verpleegkundig beleid ten aanzien van preventieve

maatregelen de uitkomst van de score.

5. Scores zijn opgebouwd uit een soms erg willekeurige selectie van veronderstelde risicofactoren waarvoor wetenschappelijk het fundament vaak ontbreekt.

6. Het, matig, voorspellend vermogen van risicoscores wordt veelal door 2 subitems bepaald, terwijl er veel meer gescoord moeten worden (CBO: 10 items).

7. Het gebruik van risicoscores is arbeidsintensief en verandert het beleid niet.

Ik zou o.a. op basis van het bovenstaande in mijn lezing de stelling willen verdedigen dat het routinematig gebruik van decubitusrisicoscores leidt tot een vermindering van de klinische blik van dokters en verpleegkundigen en slechts logistieke (economische) doelen dient. Artsen en verpleegkundigen moeten leren op basis van kennis van relevantie risicofactoren het risico op decubitus in te schatten (continu proces) en dienen kennis te hebben van met name de beïnvloedbare risicofactoren. Hierbij zou een checklist van meer hulp kunnen zijn dan de thans gebruikte scoringslijsten.

Dr.R.J. Van Marum, verpleeghuisarts en klinisch geriater in opleiding Albert Schweitzerziekenhuis Dordrecht