

Massage, geen effectieve methode voor preventie van decubitus!

Inge Buss en Ruud Halfens *

Het masseren van potentiële drukplekken bij patiënten is een methode die van oudsher door verpleegkundigen werd, en vaak nog wordt, toegepast om decubitus te voorkomen. Door massage toe te passen zou de circulatie van de huid en het onderliggende weefsel worden gestimuleerd waardoor decubitus zich niet of minder snel zou ontwikkelen.

Vaak werden bij de massage produkten gebruikt zoals wolvet, glycerine, lanette-was, paraffine, vaseline, kamferspiritus en massage olie. Verondersteld werd dat ze huidbeschermend¹⁾ en circulatiebevorderend²⁾ werkten, zodat de huid beter tegen druk bestand werd. Met deze produkten werden patiënten diverse malen per dag gemasseerd of gewreven. Uit diverse oude leerboeken blijkt echter dat weinig eenduidigheid bestond over de "beste" massage methode. In de praktijk werd massage dan ook op vele manieren gehanteerd, variërend van een robuuste massage tot een zachte massage, massage met de volledige hand, de handpalmen of de vingers. Er was weinig consensus over het al dan niet gebruiken van een crème of een ander produkt bij de massage, nog over de tijdsduur van een individuele massage en het aantal malen per dag dat een massage gegeven diende te worden.

Dat in de oude leerboeken weinig terug te vinden is over de "beste" massage methode is niet zo verwonderlijk, omdat het geven van massage ter preventie van decubitus vooral op traditie was gebaseerd. Of massage echt werkzaam was en op welke wijze massage werkte, is niet uitgezocht door degenen die het geven van massage propageerden.

Het masseren van patiënten ter voorkoming van decubitus werd niet alleen vroeger gebruikt maar wordt tot op heden nog steeds toegepast, terwijl al geruime tijd door deskundigen wordt afgeraden massage te gebruiken als preventieve maatregel bij decubitus.

In de afgelopen jaren hebben enkele onderzoekers het effect van massage ten aanzien van decubitus bestudeerd. Daarbij is het al dan niet ontstaan van decubitus bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus onderzocht, maar ook het effect van massage op bijvoorbeeld de bloeddoodstroming en de huidtemperatuur is nagegaan. de belangrijkste resultaten van deze studies worden in het volgende gedeelte uiteengezet.

Effectiviteit van massage ter preventie van decubitus

Van der Bunt (1992) heeft in Nederland het effect van massage ten aanzien van de ontwikkeling van decubitus is onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt niet dat massage een effectieve methode is ter preventie van decubitus. Evenmin toont dit onderzoek aan dat massage een negatief effect heeft op het ontstaan van decubitus. De resultaten van een evaluatie uitgevoerd in Engeland in 1978, waarbij gedurende 6 maanden op een aantal verpleegafdelingen wél en op een aantal afdelingen niet werd gemasseerd, lijken echter wel aan te geven dat massage een negatief effect heeft

op het ontstaan van decubitus (Dyson, 1978). Bij de groep patiënten die niet werd gemasseerd werd veel minder decubitus gesignaleerd. Bovendien bleek na vergelijking van obductiegegevens van patiënten die wel en niet waren gemasseerd, dat het weefsel van niet gemasseerde patiënten in redelijke staat verkeerde, terwijl het weefsel van gemasseerde patiënten flinke beschadigingen vertoonde. De resultaten van deze evaluatie kunnen echter niet zonder meer worden overgenomen, omdat wetenschappelijke bewijsvorming voor de resultaten ontbreekt.

In de afgelopen jaren is niet alleen het ontstaan van decubitus na het uitvoeren van mas-

sage onderzocht, maar is tevens aandacht besteed aan de fysiologische werking van massage. Diverse auteurs geven aan dat massage een stijging van de huidtemperatuur veroorzaakt (Corley, Ferriter, Zeh & Gifford, 1995; Fakouri & Jones, 1987; Keve, Meer & Vis, 1979; Wakim, 1976). Deze stijging veroorzaakt vasodilatatie, waardoor de doorbloeding van de huid wordt gestimuleerd (Silbernagel, 1986). Op het eerste gezicht lijkt dit een positieve ontwikkeling, echter, doordat de huidtemperatuur stijgt, stijgt ook het cellulair metabolisme van de cellen. Wanneer de cellen niet aan deze stijgende behoefte kunnen voldoen - doordat zij zijn samengedrukt of beschadigd ten gevolge van het te lang liggen of zitten in dezelfde houding - stijgt het risico op ischemie in de cellen, necrose en uiteindelijk decubitus (Kosiak, 1991; Maklebust, 1987). Evenals een verhoogde huidtemperatuur wordt ook een verlaging van de huidtemperatuur als een risicofactor bij het ontstaan van decubitus beschouwd. Een verlaging van de huidtemperatuur gaat namelijk samen met een verminderde doorbloeding (Goller, Lewis & McLaughlin, 1971). Naar het effect van verschillende vormen van massage op de huidtemperatuur en de bloeddorstrooming van de huid zijn diverse onderzoeken verricht. De uitkomsten van deze studies zijn echter te verschillend om tot een afgewogen oordeel over het effect van de verschillende massagevormen te komen. De resultaten van studies op dit terrein suggereren echter wel, dat massage geen positief effect heeft op het voorkomen van decubitus.

Bovenstaande onderzoeksresultaten tonen niet aan dat massage een positief effect heeft op het ontstaan van decubitus en de resultaten van de evaluatie die door Dyson is verricht suggereren zelfs dat massage decubitus bevordert. Samengevat kan daarom worden geconcludeerd dat op basis van de resultaten van de besproken studies massage niet kan worden aanbevolen als een effectieve methode ter preventie van decubitus en beter achterwege gelaten kan worden omdat zij wellicht schadelijk kan zijn voor patiënten.

CBO-richtlijnen decubitus

Bovenstaande conclusie wordt ondersteund door de consensusrichtlijnen "Herziening Consensus Decubitus" die in 1992 door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing is uitgebracht (CBO). In deze richtlijnen worden de volgende preventieve maatregelen als zinvol beschouwd:

1. verzorg de huid goed, pas goede hygiëne

toe en voorkom maceratie;

2. zorg voor een schone, gladde en droge onderlaag;
3. voorkom of bestrijd voedingsdeficiënties;
4. pas wisselgigging toe (bij een risicopatiënt tenminste één maal per drie uur);
5. inspecteer en palpeer de huid dagelijks;
6. laat de niet-bedgebonden patiënt regelmatig liften uit de stoel of op een andere wijze van houding veranderen;
7. betrek de patiënt bij de preventie;
8. neem geen oneigenlijke maatregelen, zoals het inbrengen van catheters bij incontinentie.

Het geven van massage als maatregel bij decubitus wordt in de CBO-richtlijnen niet expliciet vermeld. De richtlijnen geven echter wel het volgende aan wat betreft het gebruik van lokale middelen: "Er bestaan geen op de huid te appliceren middelen waarmee de door druk veroorzaakte doorbloedingsstoornis kan worden voorkomen of opgeheven. Het aanbrenge van een lokaal indifferent middel heeft alleen zin als bescherming tegen uitdroging en andere exogene traumatiserende factoren" (CBO 1992, p.8).

Toepassing van inhoud CBO richtlijnen decubitus

Ondanks het feit dat het alweer enige tijd geleden is dat het CBO voor de tweede maal richtlijnen heeft uitgegeven over decubitus in de "Herziening Consensus Decubitus" (1992), is gebleken dat de inhoud van deze richtlijnen bij veel verpleegkundigen niet bekend is. Uit de resultaten van een onderzoek dat verricht is bij Nederlandse verpleegkundigen, werkzaam in categoriale of algemene ziekenhuizen, is gebleken dat 71% van de verpleegkundigen die in het onderzoek participeerde gelooft dat massage een adequate methode is om decubitus te voorkomen (Halfens & Eggink, 1995). Uit dit onderzoek bleek eveneens dat 56% van deze verpleegkundigen massage "altijd" toepast als methode om decubitus te voorkomen. Bovendien gaf 64% van de verpleegkundigen aan dat zij gebruik maakten van medicinale crème om verstoringen in de bloedsomloop te voorkomen of te behandelen, terwijl dit op basis van de CBO richtlijnen als nutteloos wordt beschouwd en zelfs schadelijk kan zijn voor patiënt met een verhoogd risico op decubitus.

Naar aanleiding van de resultaten van bovengenoemd onderzoek kan worden vastgesteld dat de verspreiding van de CBO-richtlijnen in de verpleegkundige praktijk niet geheel vlekkeloos is verlopen. Alhoewel deze richtlijnen

zijn verstuurd naar alle ziekenhuizen in Nederland zijn ze in een aantal gevallen blijkbaar niet bij verpleegkundigen terecht gekomen.

Voor patiënten, maar ook voor verpleegkundigen is het echter van belang dat "nieuwe kennis" wordt geïntegreerd in de zorgverlening. Niet alleen omdat deze kennis bijdraagt tot een verbetering van de zorg, maar ook omdat het voor de verpleegkundige beroepsgroep belangrijk is dat de zorg die wordt verleend kan worden verantwoord ten aanzien van bijvoorbeeld patiënten, andere zorgverleners en zorgfinanciers.

Tot besluit

Omdat de wetenschappelijke onderzoeken die tot op heden zijn verricht niet aantonen dat massage decubitus kan voorkomen en massage wellicht schadelijk kan zijn, wordt massage als methode ter preventie van decubitus afgeraden. In de praktijk wordt massage als methode ter preventie van decubitus echter nog toegepast door een aanzienlijk deel van de verpleegkundigen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een aantal verpleegkundigen kennelijk niet op de hoogte is van kennis die op dit gebied voorhanden is.

Voor zowel patiënten als verpleegkundigen is het echter van belang dat verpleegkundigen open staan voor en gebruik maken van kennis in de dagelijkse zorgverlening, en zodoende zorg verlenen die verantwoord is en bijdraagt aan een verhoging van de kwaliteit van zorg. Niet alleen verpleegkundigen zijn voor dit proces verantwoordelijk maar ook onderzoekers hebben de taak om ervoor zorg te dragen dat onderzoeksresultaten voor verpleegkundigen beschikbaar zijn.

* Inge Buss en Ruud Halfens zijn werkzaam bij de vakgroep Verplegingswetenschappen van de Universiteit Maastricht.

Literatuur

1. Bunt van der, C.E. (1992). Onderzoek onder ziekenhuispatiënten naar de effectiviteit van wrijven ter preventie van decubitus. Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht.
2. CBO. (1992). Herziening consensus decubitus: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.
3. Corley, M.C., Ferriter, J., Zeh, J., & Gifford, C. (1995). Physiological and psychological effects of back rubs. *Applied nursing research*, 8 (1), 39-43.
4. Dyson, R. (1978). Bed sores- The injuries hospital staff inflict on patients. *Nursing mirror*, 146 (24), 30-32.
5. Fakouri, C., & Jones, P. (1987). Relaxation Rx: slow stroke back rub. *Journal of Gerontological Nursing*, 13 (2) 32-5.
6. Goller, H., Lewis, D.W., & McLaughlin, R.E. (1971). Thermographic studies of human skin subjected to localized pressure. *The American Journal of roentgenology, radium, and nuclear medicine*, 113(4), 749 - 754.
7. Halfens, R.J.G., & Eggink, M. (1995). Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 32(1), 16-26.
8. Keve, J.M., Meer, v. F.J., & Vis, A.J.J. (1979). *Compendium theorie massagetherapie*.
9. Kosiak, M. (1991). Prevention and rehabilitation of pressure ulcers. *Decubitus*, 4 nr. 2, 60-68.
10. Makbust, J. (1987). Pressure Ulcers: Etiology and Prevention. *Nursing Clinics of North America*, 22(2), 359-377.
11. Silbernagel, S. (1986). *Sesam Atlas van de Fysiologie* (Steen, J.C. van der, Trans.). (2 ed.). Baarn: Bosch & Keuning NV.
12. Wakim, K.G. (1976). Physiologic effects of massage. In S. Licht (Ed.), *Massage Manipulation and Traction* (pp. 275). New York: Robert E. Krieger Publishing Company.

Met toestemming overgenomen uit TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen 1997; 12:346-348.

Het WCS Classificatie kaartje

Altijd het Classificatiemodel op zak.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts f 1,- per stuk
(exclusief verpakkings- en verzendingskosten)

en kan besteld worden via:

de WCS bestellijn: 0252-230026.