

# Decubitus binnen het verpleeghuis. Onderzoek, wetenschap en de praktijk.

**Auteur:** Ti Kwee  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 1998  
**Pagina:** 4-5  
**Jaargang:** 11  
**Nummer:** 2  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** decubitus preventie behandeling producten verpleeghuis  
**Literatuur:**

Ti Kwee in gesprek met drs. R. van Marum, verpleeghuisarts te Sliedrecht. Rob van Marum wilde tijdens zijn studie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam al verpleeghuisarts worden. In die tijd was dit nog geen erkend specialisme. Vlak voor zijn afstuderen solliciteerde hij naar een onderzoeksvacature binnen de verpleeghuisgeneeskunde en het onderwerp was, hoe kan het ook anders, 'decubitus'. Dit onderzoek werd onder leiding van de huidige hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde prof. dr. M.W. Ribbe in verpleeghuis 'Amstelhof' in Amsterdam verricht. Rob van Marum heeft daar een jaar voltijds onderzoek gedaan. Na dat jaar kon hij als verpleeghuisarts in Sliedrecht gaan werken. Ondanks zijn automatische registratie als verpleeghuisarts, daar hij voor 15 maart 1990 als verpleeghuisarts werkzaam was, heeft hij toch de tweejarige opleiding gevolgd. Naast hoofd medische dienst van 'Waerthove' is hij nog steeds deeltijds aan de VU verbonden, middels onderzoeken naar decubitus, maar ook naar pijnbestrijding bij kanker in de terminale fase. Toen hij besloot te promoveren, was decubitus het logische onderwerp. Naast het voortgezette onderzoek aan de VU, is hij ook universitair docent aan de opleiding verpleeghuisgeneeskunde. Dit jaar hoopt hij te promoveren op het onderwerp dat een wezenlijk deel van zijn leven heeft uitgemaakt.

Wat wordt de inhoud van uw proefschrift over decubitus?

“Het proefschrift borduurt voor een deel voort op het onderzoek waar Ribbe, Meijer en Schut op gepromoveerd zijn. Dat gaat over de relatie van de doorbloedingsrespons na drukbelasting en de kans op decubitus. In die studies is vastgesteld dat een vertraagde doorbloedingsrespons na test-drukbelasting (een vertraagd herstel van de doorbloeding nadat er een bepaalde druk is geplaatst op de weefsels) aangeeft dat de patiënt een verhoogde kans heeft op het krijgen van decubitus. Daar heb ik nog enkele substudies op gedaan. Het andere deel van het proefschrift gaat over de risicofactoren voor decubitus. Dit zijn meer epidemiologische studies. Het eerste deel bevat pathofysiologische informatie verkregen met behulp van allerlei apparatuur, over de doorbloeding etc. Het andere deel gaat over het herkennen van het risico dat de patiënt loopt om decubitus te krijgen. Zonder hulp van allerlei apparatuur, maar door te kijken naar de klinische kenmerken van de patiënt. Een paar hoofdstukken gaan over de risicoscores, een evaluatie van de Norton score, maar ook een evaluatie van de CBO risico-score die destijds in het AZU is ontwikkeld. Deze evaluaties zijn vooral in een verpleeghuis-populatie gedaan.”

Zijn de bij verschillende populaties verkregen uitkomsten uitwisselbaar?

“Nee, niet zonder meer. Men mag de gegevens van de pathofysiologische studies weliswaar niet wetenschappelijk extrapoleren, maar ik denk dat je met een grote mate van waarschijnlijkheid de conclusies die wij uit de doorbloedingsstudies hebben getrokken, ook mag vertalen naar een ziekenhuispopulatie of naar de thuissituatie. Dit geldt niet voor de epidemiologische gegevens opgedaan binnen een verpleeghuissituatie. Dan gaat het met name om morbiditeitsgegevens en mobiliteitsgegevens die specifiek gebonden zijn aan de verpleeghuispopulatie. Daarnaast beïnvloedt de gangbare zorg, die gegeven is, de uitkomsten. De geëvalueerde risicoscores gebruiken vaak globale omschrijvingen, zoals goede of matige voedingstoestand. De interpretatie van een verpleeghuisarts van deze items zal waarschijnlijk anders zijn dan die van een huisarts. De invulling van de scores is dus gebonden aan de populatie die men heeft onderzocht. Dit maakt dat men gegevens niet zondermeer kan extrapoleren naar een andere setting.”

## Prospectieve onderzoeken.

Wat mij fascineert is de praktische relevantie van al die (pathofysiologische) onderzoeken met gewichten, doorbloedingen etc.

“Het is vroeger natuurlijk de gedachte geweest iets te ontwikkelen dat bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige mee kon nemen. Die gedachte moeten we verlaten. Wat wij destijds hebben gedaan was een pathofysiologische -laboratorium gebonden- studie.

Dit is niet makkelijk om te zetten naar een werkwijze voor de praktijk.

Vandaar dat het tweede deel van mijn proefschrift veel praktischer is. Dat deel gaat uit van de vraag of men risicoscores kan gebruiken om risicopatiënten te herkennen. Kan men risicoprofielen opstellen? Kan men vaststellen wat (de) risicofactoren zijn? Voor de verpleeghuispatiënten hebben we een aantal van die elementen in kaart gebracht. De wetenschappelijke onderbouwing van decubitus risicoscores en veronderstelde risicofactoren is mager. Risicoscores dienen te zijn opgebouwd uit risicofactoren die men bij wetenschappelijk onderzoek heeft vastgesteld. Het is eigenlijk noodzakelijk dat deze onderzoeken naar risicofactoren prospectief worden opgezet. Dit is meestal niet het geval. Vaak is er echter sprake van een cross-sectioneel ontwerp, waarbij de meting van risicofactoren en de aanwezigheid van decubitus op eenzelfde moment worden verricht. Een momentopname dus. Men kan op deze wijze geen causaal verband vinden. Over een factor als albumine bijvoorbeeld, is bij mijn weten geen longitudinaal onderzoek bekend waaruit blijkt dat er een relatie is tussen een laag albumine en het ontwikkelen van decubitus. Omdat wat er over albumine bekend is uit cross-sectionele studies komt, zou men ook kunnen veronderstellen dat de lage albumine het gevolg is van de decubitus en niet andersom. Een aantal zaken zijn echter inmiddels wel goed aangetoond. Een risicofactor die in vrijwel alle studies als belangrijk naar voren komt, is de mobiliteit. Dat druk- en schuifkrachten van groot belang zijn, externe factoren worden dat genoemd, staat buiten kijf. In alle studies ziet men risicofactoren die te maken hebben met die druk- en schuifkrachten, zoals slechte mobiliteit, bed- of stoelgebondenheid, een doorgemaakt CVA etc. Dat knalt er uit. Hiernaast bestaan er factoren die de gevoeligheid van de patiënt bepalen. Waarom krijgt de ene patiënt op een bepaald matras wel decubitus en de andere niet? Dit heeft te maken met de individuele gevoeligheid. Die individuele gevoeligheid voor decubitus wordt bepaald door de toestand waarin een patiënt verkeert. Hiervoor zijn verschillende (risico-) factoren aan te wijzen die de gevoeligheid van de patiënt bepalen. We weten hier echter nog te weinig van af. De Nortonscore bevat een lichamelijke score en dat is de algemene lichamelijke toestand. Die typeert grof en subjectief. In de analyses van de Nortonscore speelt deze factor in het totaalbeeld een belangrijke rol. Als men naar de studies

kijkt die de verschillende scores geëvalueerd hebben, dan ziet men over het algemeen dat de mobiliteit en de algemene lichamelijke toestand eruit rollen als de twee factoren met het hoogst voorspellende vermogen. Wil men de operationalisatie van gevoeligheid echter verfijnen d.m.v. het beschrijven van de vochttoestand, voedingstoestand, temperatuur, het hebben van diabetes etc., dan neemt de voorspellende waarde af.”

## Risico-indicatoren

Het is de uitdaging om tot een praktische en werkbare wijze van scores te komen.

“De zaken die (ook in longitudinale studies) eruit rollen zijn in het algemeen grofmazige omschrijvingen, zoals een algemene lichamelijke toestand. Als men dit wil verfijnen, dan ziet men in de meeste longitudinale studies een item terugkomen dat te maken heeft met de voedingstoestand van de patiënt. Nu blijkt dat hoe subjectiever en ruimer de formulering is, hoe groter de kans wordt dat men een significante correlatie vindt. Bij het bepalen van de voedingstoestand wordt het belang van de klinische blik weer eens onderschreven. Zodra men de voedingstoestand gaat relateren aan bijvoorbeeld gewicht of zodra men de voedingstoestand wil vangen in maat en getal, blijkt men scherpte te verliezen. Het geeft een schijnzekerheid om alle subfactoren te gaan scoren. We weten niet welke subfactoren de relatie tussen voedingstoestand en het ontstaan van decubitus bepalen. De patiënt is mager, zit misschien slecht in zijn eiwitten, slecht in vitaminen (scavengers) etc.; allemaal factoren die mogelijk afzonderlijk tot decubitus kunnen leiden. Ik pleit voor lijsten van risico-indicatoren. Voor iedere patiënt zullen die weer anders zijn. Ik heb liever een checklist dan een score. Bij een score krijgt men een getal op basis waarvan preventief beleid wordt ingevuld. Er wordt dan te weinig nagedacht over de specifieke risico's van die patiënt. De interpretatie van indicatoren ligt bij de behandelaar en niet in een getal. Men moet zelf nadenken en niet blind vertrouwen op wat er uit zo'n score komt.”

## Gebruikerscompliance

Hoe werkt het in de praktijk van het verpleeghuis? Wordt van alle patiënten een risico, op basis van indicatoren, bepaald?

“Je traint in principe de mensen met wie je werkt in het herkennen van dit soort zaken. Ik heb geen lijst in de status zitten, waarop geturfd wordt. Misschien zou dat wel moeten, maar de ervaring leert dat deze in de beginfase goed gebruikt wordt, maar na verloop van tijd neemt de compliance van de gebruikers af. Het gebruik van lijsten moet ook directe klinische consequenties hebben. Anders moet men het gewoon laten. Vanzelfsprekend moet de arts bij opname kijken naar de risico-indicatoren. Het is eigenlijk heel simpel. De meeste preventieve winst haalt men uit beïnvloeding van de mobiliteit. Dat is de belangrijkste, maar ook de best beïnvloedbare factor. Men kan wel kijken naar al die interne factoren, maar kan men die beïnvloeden? Is het zinvol om van iemand de vitaminestatus door te nemen om deze te suppleren terwijl het nooit is bewezen dat het wat doet? Mobiliteit, althans druk- en schuifkrachten, is hanteerbaar. Matrassen, kussens, wisselgigging en vooral aandacht, daar doet men wat mee. Wij krijgen de meeste bij ons voorkomende decubitus dicht, zonder echt aan de interne factoren te sleutelen, maar met heel veel aandacht voor de vermindering van druk- en schuifkrachten.”

## Wrijven

Uit het verleden kan ik mij nog wel herinneren dat er gewreven werd met kamferspiritus.

“Er is geen enkel bewijs dat wrijven iets goeds doet. Men deed vroeger een heleboel dingen die wij nu als slecht of obsoleet zien. Het probleem bij de behandeling van decubitus is dat een heleboel interventies vanuit theoretische concepten bedacht zijn, maar nooit vanuit de wetenschappelijke praktijk.”

Gebeurt het nog wel?

“Jawel het gebeurt nog wel eens, maar ik vind dat de verpleegkundige beroepsgroep vrij goed is voorgelicht tijdens de opleidingen en door de WCS. Het is bij decubitus preventie en behandeling de kunst om je te beperken tot zo min mogelijk maatregelen, pas maatregelen toe waarvan het effect aangetoond is. Men kan allerlei acties laten uitvoeren die onzinnig zijn. Dit geldt ook voor fysiotechnische applicaties zoals UV en Ultrageluid. De effecten daarvan zijn niet aangetoond. De tijd kan beter besteed worden aan verbetering van de mobiliteit van de patiënten. Daar valt veel meer winst mee te behalen.”

Hoe ver gaat u met het beïnvloeden van de druk- en schuifkrachten, maakt u gebruik van ‘hi- tech’ luchtdrukmatrassen en dergelijke?

“Bij wat wij zelf gebruiken geldt, eenvoud van het systeem. Ik pleit niet voor een specifiek merk of specifiek matras. Voorheen hadden we van alles in huis: water- lucht en foambedden, vezelmatrassen en niemand wist meer op welke indicatie men wat in moest zetten. Al zijn de materialen nog zo goed, als de mensen niet weten hoe ze deze in moeten zetten, dan valt het hele effect weg. Wij hebben gekozen voor eenvoud, één à twee systemen, zodat iedereen begrijpt wanneer wat ingezet moet worden. Wij hebben foammatrassen en een compartimentenmatras waar we wat blokken uit kunnen halen. Daarnaast hebben we 2 Nimbus matrassen. Daar komen we heel goed mee uit.”

U voelt zich niet beperkt door budgetten?

“Nee, absoluut niet. Er is heel veel op de markt dat goed werkt. De keuze wordt nu niet meer bepaald op kwalitatieve eigenschappen met betrekking tot decubitus, maar meer op ARBO-aspecten voor het personeel dat met deze materialen om moet gaan: onderhoud, duurzaamheid, gewicht etc.”

Gebruikt u wel eens verbandmiddelen ter preventie van decubitus?

“Zelden of nooit. Ter vermindering van de druk heeft het geen zin. Men kan het gebruiken om de wrijvingskrachten weg te nemen, niet de schuifkrachten. Door wrijving gaan oppervlakkige huidlagen kapot. Dat kan men ermee voorkomen. Ik adviseer het wel eens bij een onrustige patiënt, bijvoorbeeld op de hielen. Iemand die met de benen ligt te schuiven. Men kan er ook een schapevachtje voor gebruiken, maar dat ligt op een gegeven moment niet meer onder de hielen.”

Hoe vaak komt decubitus voor in het verpleeghuis?

“In de studies binnen de verpleeghuissector varieert dat tussen de 15% en 25%. Men zou kunnen zeggen dat dit veel is, maar men moet beseffen dat het overgrote deel stadium I betreft, of hele kleine ontvellinkjes die men nog wel eens boven de bilspleet ziet. Dat heet dan al decubitus. Dus elke niet wegdrubbare roodheid is een decubitus (graad I). Daarnaast moet men beseffen dat we binnen het verpleeghuis een populatie hebben die vaak verzwakt is, slecht mobiel is en een hoop co-morbiditeit heeft.”

## Secundaire preventie

Hoeveel en welke verbandmiddelen gebruikt u bij de behandeling van decubitus en waarvoor?

“Het voornaamste aspect bij de behandeling van decubitus is de secundaire preventie middels het aanscherpen van de preventieve maatregelen. Daarnaast moet men de wond begeleiden en voorkomen dat deze erger wordt en/of dat er een infectie bijkomt. Een groot scala van de beschikbare verbandmiddelen is bestemd voor het gele (WCS) stadium met ontsteking, debris, necrose, geel beslag etc. Criteria voor een verband moeten zijn: effectiviteit, lage kosten, beperking overlast voor de patiënt en beperking van de verpleegtijd. Bij Eusol is er, om het goed te doen, al gauw sprake van driemaal daags een verbandwisseling. Behalve dat dit arbeidsintensief is, is het ook onprettig voor de patiënt. Als men naar iets toe kan, dat minder gebruikt hoeft te worden, een keer per dag of per zoveel dagen, dan is dat meer kosteneffectief en fijner voor de patiënt, mits men het maar in de gaten houdt. Het is belangrijk in welke situatie men werkt. Als men naar de situatie van de huisarts kijkt of de wijkverpleging, dan kan men niet verwachten dat zij meerdere keren per dag een verbandwisseling doen. Kies dan voor materialen die zo min mogelijk vervangen moeten worden. Dat is nu de winst van verbandmiddelen die wat langer kunnen blijven zitten. Zowel van de hydrocolloïden als van de alginaten kan men zeggen dat deze inmiddels redelijk gedocumenteerd zijn. Maar kies ook hier voor eenvoud, zo min mogelijk soorten middelen.

Heeft u nog een boodschap, mogelijk voortkomend uit de conclusie in uw proefschrift en vanuit uw visie?

De boodschap is wat ik steeds heb benadrukt. Houd het beleid rondom decubitus eenvoudig, verzand niet steeds in details. Richt je op de hoofdpunten zoals het beïnvloeden van de druk en schuifkrachten en heel belangrijk, de mobiliteit. Bij het inschatten van risico's moet men zich bij de grote zaken houden, zoals algemene lichamelijke toestand of voedingstoestand. Zowel in de preventie als bij de behandeling geldt: houd het simpel en overzichtelijk, opdat iedereen het kan volgen.

Ti Kwee