

Predictie, preventie en behandeling van Stadium 1 decubitus wonden;

Richtlijnen van het Amerikaanse ministerie van volksgezondheid.

Lia van Rijswijk,

RN, ET. Lia is een consultant en medical writer in Newton, Pennsylvania. Zij is een editorial board member en contributing editor voor het tijdschrift Ostomy & Wound Management en lid van het research comité van de IAET.

Introductie

Het samenstellen van praktijk richtlijnen roept in medische kringen in de Verenigde Staten zeer tegenstrijdige reacties op. Tegenstanders hebben veel moeite met het idee van "kookboek voor medici", in een vrije maatschappij moet men kunnen doen wat het beste lijkt. In westerse landen met vnl. door de overheid geregelde ziektekosten voorzieningen is het samenstellen van richtlijnen door middel van consensus-bijeenkomsten meer algemeen geaccepteerd en ook vaak een financiële noodzaak (Caspane 1974). In 1989 nam de Amerikaanse regering echter een nieuwe wet aan die o.a. tot doel had de kwaliteit, zin en effectiviteit van, alsook de toegang tot, de gezondheidszorg te verbeteren. Dit besluit heeft uiteindelijk geleid tot de oprichting van de Agency for Health Care Policy and Research, een afdeling van het ministerie van volksgezondheid. Naast het beginnen van diverse klinische onderzoeken heeft men een aantal ziektebeelden geïdentificeerd die niet alleen heel vaak voorkomen maar ook zeer verschillend behandeld worden. Tot nog toe zijn 15 commissie's belast met literatuuronderzoek van verschillende ziektebeelden en zijn 3 rapporten verschenen. Twee van de vijftien commissie's zijn belast met onderzoek naar decubitus. De eerste richtlijnen, predictie, preventie en behandeling van stadium 1 decubitus, zijn in mei van dit jaar verschenen. Richtlijnen voor de behandeling van stadium 2, 3 en 4 decubitus zijn in een vergevorderd stadium en kunnen aan het einde van dit jaar verwacht worden.

Het samenstellen van de richtlijnen

Gezien de enorme gevolgen die het uitgeven van dergelijke

richtlijnen kan hebben voor de patiënt, de werkers in de gezondheidszorg en de verzekeringsmaatschappijen gaat men in de samenstelling ervan zeer systematisch te werk. Een inter-disciplinaire groep van werkers in de gezondheidszorg (artsen, verpleegkundigen, ziekenverzorger, docenten en onderzoekers) alsook vertegenwoordigers van consumenten bonden, bejaarden bonden e.d. worden belast met onderzoek van de literatuur. Met behulp van de medewerkers van het ministerie zijn bijvoorbeeld voor de preventie richtlijnen 12.000 publikaties over het onderwerp nagekeken. (zie illustratie). Alle conclusies en aanbevelingen krijgen een "zwaarte" graad. Als meerdere, goed uitgevoerde, studies tot eenzelfde conclusie komen dan wordt de aanbeveling gekwalificeerd met een A. Als op basis van de literatuur geen duidelijke conclusies getrokken kunnen worden en de aanbeveling gebaseerd is op het bereiken van een consensus krijgt de aanbeveling een "C". Tijdens hoorzittingen kunnen patiënten verenigingen, professionele beroepsgroepen, vertegenwoordigers van de industrie en individuen een officiële verklaring af komen leggen. Nadat alle verklaringen ook weer in het concept verwerkt zijn wordt een "test" gedaan. Tientallen ziekenhuizen, kruisverenigingen, verzorgingshuizen e.d. werken aan met de aanbevelingen om te kijken of ze praktisch haalbaar zijn. Als laatste worden de bevindingen van de praktijk-medewerkers in de richtlijnen verwerkt en kunnen de boeken naar de drukkerij. De boeken, één uitgebreid exemplaar voor medewerkers in de gezondheidszorg, één beknopte versie en één voor patiënten en

familieleden, zijn nu gratis verkrijgbaar van het ministerie. Men denkt over 1 tot 2 jaar de richtlijnen aan te passen op basis van de beschikbare nieuwe studie gegevens.

Samenvatting van de richtlijnen

Risico factoren en scorelijsten

De belangrijkste risico factoren zijn: Immobiliteit, incontinentie en insufficiënte voedingsstatus (Allman, 1989, Berlowitz & Willing 1989, Exton-Smith 1962, Kaminsky 1989 en anderen). Kwalificatie: A

Het regelmatig gebruik van een doelmatig risico-systeem is zeer effectief (Norton 1982, Braden & Bergstrom 1987 en anderen). Kwalificatie: A

Het Braden risico systeem is iets uitgebreider getest dan het Norton risico systeem.

Verzorging en inspectie

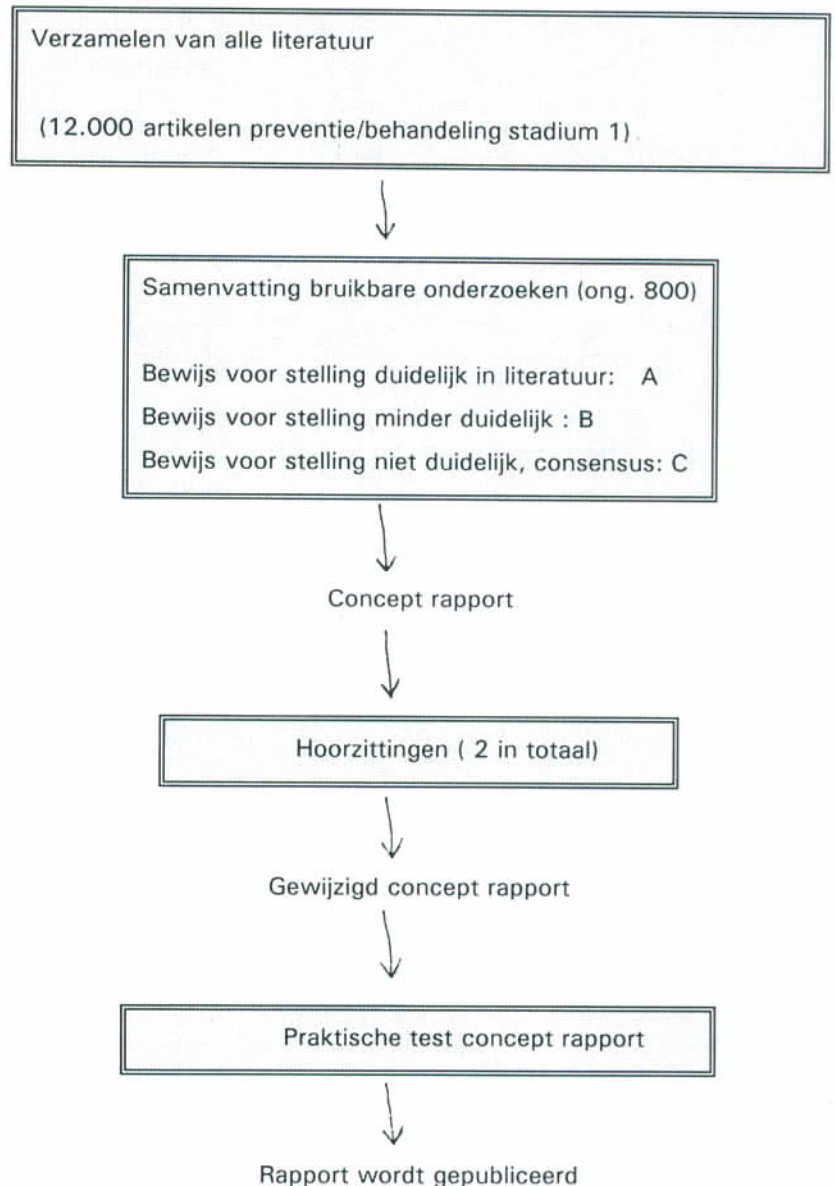
1. Regelmatige inspectie van de huid dient plaats te vinden en de resultaten gedocumenteerd. Kwalificatie: C.
2. Pas het wassen van risico patiënten aan, gebruik lauw en nooit warm of heet water, pas op voor frictie. Kwalificatie: C.
3. Voorkom een droge huid door lage luchtvochtigheidsgraad en/of koude (Guralnik e.a. 1988). Kwalificatie: C
4. Massage van de huid op risico plaatsen (daar waar het bot weefsel vlak onder de huid ligt) kan de kans op decubitus **vergroten** (Ek e.a. 1985, Dyson 1978). Kwalificatie: C
5. Bescherm de huid tegen wondvocht, urine of transpiratie d.m.v. gebruik van goed absorberende verbanden en/of vochtafstotende crème (Leyden 1984 en anderen). Kwalificatie: C.

6. Bescherm de huid tegen schuifkrachten d.m.v. goede houding in bed (niet halfzittend) en goed tillen van de patiënt tijdens verplaatsen en draaien. Het gebruik van middelen die frictie verminderen (poeders, crème of gladde verbandmiddelen zoals dunne polyurethaan of hydrocolloidale verbanden) kunnen hierbij behulpzaam zijn. Kwalificatie: C.
7. Indien een goede voedingsbalans niet bereikt kan worden kan supplementatie nodig zijn (Kaminsky e.a. 1989). Kwalificatie: C.
8. Indien mogelijk moet de patiënt zoveel mogelijk actief of passief gemobiliseerd worden (Fugil 1980, Colburn 1987 e.a.). Kwalificatie: C.
9. Behandelingen en resultaten moeten nauwkeurig geregistreerd worden. Kwalificatie: C.
10. Patiënten die niet of nauwelijks kunnen bewegen moeten niet te lang stil in een (rol)stoel zitten, indien mogelijk iedere 15 minuten iets verplaatsen en gebruik maken van een speciale schuim, gel of luchtkussens (**geen ring!**) (Kosiak 1959, Kroudkop e.a. 1983 en anderen). Kwalificatie: C
11. Het gebruik maken van hulpmiddelen om de positie van rolstoelpatiënten te verbeteren of aan te passen kan zinvol zijn (Hamilton e.a. 1989 en anderen). Kwalificatie: C.

Verplaatsen en het gebruik van speciale bedden/matrassen

1. Indien mogelijk moet de patiënt iedere 2 uur gedraaid worden (Norton e.a. 1975 en anderen). Kwalificatie: B.
2. Het gebruik van kussens en andere hulpmiddelen om contact tussen twee "risico punten" (knieën, enkels) te voorkomen is aanbevelingswaardig. Kwalificatie: C.
3. Hielen van patiënten die volkomen ommobiel zijn mogen niet direct op het bed liggen maar het gebruik van **ringvormige** kussens of ringen

Overzicht richtlijnen procedure



4. In zijligging verdient het de voorkeur de patiënt niet direct op de trochanter te plaatsen. Een halfzittende positie kan decubitus als gevolg van schuifkrachten veroorzaken en het gebruik van lakens of til apparatuur teneinde schuifkrachten te verminderen wordt aanbevolen. Kwalificatie: C.
5. Patiënten in risico groepen moeten verpleegd worden op speciale lucht, gel, water of schuim matrassen (Andersen e.a. 1982 en anderen). Maar er bestaan bewijzen dat het ene type bed of matras beter is dan het andere. Kwalificatie: B.

Onderwijs

Onderwijs m.b.t. de preventie van decubitus is effectief indien alle aspecten (oorzaken, risicofactoren, gebruik van risico score, inspectie van de huid, kiezen van matrassen/bedden, demonstratie van lichaamshoudingen, ontwikkeling van programma om decubitus te voorkomen en instructies over documentatie) aan de orde komen (Kroudkop 1983, Moody e.a. 1988 en anderen). Kwalificatie: B.

Kosten

Als onderdeel van het testen van de richtlijnen werd een studie uitgevoerd in twee ziekenhuizen.

Het beschreven protocol en documentatie van huid conditie 1 keer per dag met wisselgigging/huidverzorging iedere 2 a 3 uur. Aan het preventie protocol besteedden verpleegkundigen gemiddeld 77 minuten per dag voor IC patiënten, 29 minuten per dag voor orthopedische en 1 1/2 uur voor halfzijdig verlamde patiënten. Patiënten met bestaande decubitus wonden hadden gemiddeld 2 uur per dag aan verzorging nodig. Toen de kosten van materialen en verpleegkundige zorg in rekening werden gebracht was het preventie protocol per dag gemiddeld \$84.00 goedkoper dan het behandelings protocol.

Conclusie

De regering hoopt dat het rapport de kwaliteit van preventieve maatregelen zal verbeteren en de werkers in de gezondheidszorg stimuleert tot het verrichten van meer klinische onderzoeken op dit gebied. Ook moet er binnen het onderwijs, zowel medisch als verpleegkundig, meer aandacht geschonken worden aan het voorkomen van decubitus. Ondanks het grote aantal patiënten met decubitus wonden (variërend van 2.7 tot 29.5%, Gerson 1975, Meehan 1990, Clark 1988) is de kwalificatie score van de meeste aanbevelingen "C". Er is een groot tekort aan gecontroleerde klinische onderzoeken op het gebied van de preventie als ook de behandeling van decubitus en andere chronische wonden (Bolton & van Rijswijk 1991). Als de aandacht voor deze problematiek meer studies tot gevolg heeft zullen de nieuwe richtlijnen hopelijk meer definitieve uitspraken bevatten.

Nawoord

De richtlijnen zijn op 18 mei 1992 verschenen. Referentie: Panel on the Prediction, Prevention, and Early Treatment of Pressure Ulcers. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication, Agency for Health Care Policy

and Research, Public Health Service, US department of Health and Human Services, Rockville, MD.

Literatuur

Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *N Engl J Med* 1989,320:850-3

Andersen KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E. Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating-pressure air-mattresses and water-mattresses. *Acta Dermatovenerol* 1982,63:227-230

Berlowitz DR, Wilking SV. Risk factors for pressure sores. A comparison of cross-sectional and cohort-derived data. *J Am Geriatr Soc* 1989,37:1043-50

Bolton L, van Rijswijk L. Wound dressings: meeting clinical and biological needs. *J Derm Nurs* 1991,3:146-61

Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehab Nurs* 1987,12:8-12

Caspane AF. Bereiken van consensus in de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985,127:1816-8

Clarke M, Kadhom HM. The nursing prevention of pressure sores in hospital and community patients. *J Adv Nurs* 1988,13:365-73

Colburn L. Pressure ulcer prevention for the hospice patient. Strategies for care to increase comfort. *Am J Hosp Care* 1987,4:22-6

Crewe RA. Problems of rubber ring cushions and a clinical survey of alternative cushions for ill patients. *Care Sci Pract* 1987,5:9-11

Dyson R. Bed sores - the injuries hospital staff inflict on patients. *Nurs Mirror* 1978,146:30-2

Ek AC, Gustavsson G, Lewis DH. The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. *Scand J Rehabil Med* 1985,17:81-6

Exton-Smith AN, Sherwin RW. The prevention of pressure sores:

significance of spontaneous bodily movements. *Lancet* 1961,1124-6

Fugil GC. Pressure sores. *Physiotherapy* 1980,66:46-47

Gerson LW. The incidence of pressure sores in active treatment hospitals. *Int J Nurs Stud* 1975,12:201-4

Guralnik JM, Harris TB, White LR e.a. Occurrence and predictors of pressure sores in the National Health and Nutrition Examination Survey followup. *J Am Geriatr Soc* 1988,6:7-12

Hamilton L, Quek P, Lew N e.a. Pressure ulcers: an interdisciplinary protocol for prevention and treatment. *Perspectives* 1989,13:9-15

Kaminsky MV, Pinchofsky-Devin G, Williams SD. Nutritional management of decubitus ulcers in the elderly. *Decubitus* 1989,2:20-30

Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehabil* 1959,40:62-9

Krouskop TA, Noble PC, Garber SL, Spencer WA. The effectiveness of preventive management in reducing the occurrence of pressure sores. *J Rehabil R D* 1983,20:74-83

Leyden JJ. Corn starch, candida albicans and diaper rash. *Pediatr Dermatol* 1984,1:322-5

Meehan M. Multisite pressure ulcer prevalence survey. *Decubitus* 1990,3:14-7

Moody BL, Fanale JE, Thomson M e.a. Impact of staff education on pressure sore development in elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1988,10:2241-3

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. London: National Corporation for the Care of Old people 1962,238p.

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. Trial of pressure sore prevention by training. In: An investigation of geriatric nursing problems in hospital. London: Churchill Livingstone, 1975,213-214