

RICHTLIJNEN VAN DE EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP) VOOR DE BEHANDELING VAN DECUBITUS.

JRE Haalboom

Deze richtlijnen zijn opgesteld tijdens de tweede conferentie van de EPUAP in september 1998 in Oxford (UK). Bij de opstelling ervan is gebruik gemaakt van de volgende onderverdeling van de sterkte van bewijsvoering:

- A - Het gevolg van twee of meer gerandomiseerde en gecontroleerde studies.
- B - Het gevolg van twee of meer gecontroleerde klinische onderzoeken bij mensen of het gevolg van twee of meer gecontroleerde studies bij dieren.
- C - De richtlijn is het gevolg van een of meer van de volgende mogelijkheden:
 - het gevolg van een gecontroleerd onderzoek
 - het gevolg van ten minste twee casus of beschrijvende onderzoeken
 - de mening van een expert

DEFINITIES

DECUBITUS

Decubitus is een gebied van schade van huid en onderliggend weefsel veroorzaakt door druk, schuif-, wrijfkraften en/of een combinatie daarvan.

CLASSIFICATIE

Graad 1

Niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid.

Verkleuring van de huid, warmte, oedeem, induratie en verharding kunnen ook gebruikt worden als indicatoren, met name bij individuen met een donkere huid.

Graad 2

Oppervlakkig huiddefect, dat epidermis en/of dermis betreft. Het ulcus is oppervlakkig en kenmerkt zich klinisch voor als schaafwond of blaas.

Graad 3

Huiddefect met schade of necrose van huid en subcutis die kan uitstrekken tot aan de onderliggende fascie, maar niet daaronder.

Graad 4

Uitgebreide aantasting, weefsel necrose en/of schade aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels met of zonder schade aan epidermis en dermis.

BEOORDELING VAN DECUBITUS

Decubitus moet worden beoordeeld

en gedocumenteerd naar plaats op het lichaam, classificatie, grootte, beschrijving van het wondbed, pijn, toestand van de omringende huid. Aandacht dient besteed te worden aan het eventueel aanwezig zijn van ondermijning en boordeknoop vorming.

C

Beoordeel decubitus ten minste wekelijks. Als de algemene toestand van de patiënt of de toestand van de wond verslechtert dient het behandelplan opnieuw beoordeeld te worden.

C

Decubitus dient gezien te worden in de context van de algehele lichamelijke en psychosociale situatie van de patiënt met decubitus. Daarvoor is een volledige anamnese en lichamenlijk onderzoek noodzakelijk.

C

BEOORDELING VAN DE VOEDINGSTOESTAND

Draag zorg voor voldoende voeding om een eventuele ondervoeding te voorkomen of het bestaan ervan te corrigeren, dit overigens overeenkomstig de individuele wensen van de patiënt en diens situatie.

B

BEOORDELING EN BEHANDELING VAN PIJN

Bij iedere patiënt dient gericht aandacht besteed te worden aan pijn ten gevolge van de decubituswond en/of de behandeling daarvan.

C

Bestrijdt pijn door het elimineren of

anderszins onder controle brengen van de oorzaak van de pijn (zoals het bedekken van wonden, de aanpassing van steunende materialen, veranderen van houding). Geef analgetica of andere middelen om pijn te verlichten voor zover nodig en opportuun. Raadpleeg zo nodig een specialist.

BEOORDELING VAN DE PSYCHOSOCIALE SITUATIE

Inventariseer bij patiënten in de thuiszorg situatie de aanwezige en benodigde hulpbronnen (bijvoorbeeld aanwezigheid en mate van training en ervaring van hulpverleners, thuissituatie, aanwezigheid van materialen, voorkeuren van de patiënt).

Ontlasting van druk op lichaam door repositionering dient de volle 24 uur van de dag uitgevoerd te worden en kan op een aantal manieren worden verkregen, zoals met behulp van menskracht of van speciale materialen en moet zowel bij bed als bij stoelgebonden patiënten worden toegepast.

Na de beoordeling van de situatie van de patiënt en diens decubitus moet een behandelplan worden opgesteld dat in overeenstemming is met de doelstellingen van de behandeling.

Voorkom voor zover als mogelijk het positioneren van patiënten op een decubituswond of direct op skelet-

uitsteeksels, tenzij de algemene behandeldoelen dit onmogelijk maken. In dit geval moet een speciaal hulpmiddel worden toegepast dat voldoende drukontlasting waarborgt.

Maak een geschreven werkplan met daarin opgenomen het onderzoek van de huid van de patiënt en een wisselings schema. Herbeoordeel dit werkplan zodra veranderingen in de algemene toestand van de patiënt of van de huid daartoe aanleiding geven.

HET GEBRUIK VAN SPECIALE HULPMIDDELEN BIJ DE BEHANDELING VAN DECUBITUS

Er bestaan nog geen algemeen aanvaarde definities van drukvermindering, -verdeling of -opheffing. Daarom is om praktische redenen gekozen voor de term anti-decubitus materiaal. Betrek gewichtsverdeling, evenwicht, stabiliteit en vermindering van het risico op het ontstaan van decubitus bij het positioneren van patiënten in bed of stoel bij het selecteren van speciale materialen.

De patiënt dient frequent in andere houdingen gezet of gelegd te worden om drukbelasting zoveel als mogelijk te verdelen. Voor zover mogelijk moet het de patiënt worden aangeleerd dit zoveel als mogelijk zelf te doen.

Antidecubitus materialen kunnen van waarde zijn maar de resultaten van het gebruik van deze middelen en hun kosten-effectiviteit zijn grotendeels onbekend.

Het wordt noodzakelijk geacht om internationale en Europese standaarden te ontwikkelen over de effecten van anti-decubitus materialen.

Onder debridement wordt verstaan het verwijderen van avitaal weefsel uit een wond.

Rationale:

- hierdoor wordt een voedingsbodempem voor infecties geëlimineerd
- hierdoor wordt wondgenezing bevorderd

- hierdoor wordt de beoordeling van wonddiepte en oppervlak vergemakkelijkt

C

Verwijder avitaal weefsel uit decubituswonden als dit in overeenstemming is met de gestelde behandeldoelen.

Bij terminale patiënten moet de kwaliteit van leven betrokken worden in de besluitvorming over debridement en over de methode waarmee dit kan gebeuren.

Scherpe (met mes of schaar), enzymatische en/of autolytische debridement technieken kunnen worden toegepast als er geen acute klinische reden is voor de verwijdering van avitaal weefsel.

Indien er wel een noodzaak is voor debridement, zoals bij progressieve cellulitis, erysipelas of sepsis, dan moet chirurgische debridement plaatsvinden, uitgevoerd door een competent en daartoe bevoegd persoon.

C

Methoden om avitaal weefsel te verwijderen zijn scherp, enzymatische, autolytische, het gebruik van larven (maden, met name in het Verenigd Koninkrijk toegepast) en combinaties.

Droge necrose van de hielen kan worden verwijderd door gebruik te maken van verbanden (hydrocolloïden of hydrogels), waardoor een vochtige omgeving ontstaat en autolyse wordt bevorderd.

Droge necrose hoeft niet te worden verwijderd indien er geen sprake is van oedeem en/of erytheem en de wond niet fluctueert of draagt.

Droge necroses dienen dagelijks beoordeeld te worden op het eventueel ontstaan van een situatie die debridement noodzakelijk maakt.

Bij debridement moet pijn ten gevolge van de behandeling zoveel als mogelijk worden vermeden/bestreden.

HET SCHOONMAKEN VAN DE WOND.

Maak wonden schoon met fysiologisch zout of drinkwater op lichaamstemperatuur.

C

Gebruik zo weinig als mogelijk mechanische kracht bij het schoonmaken of irrigeren van de wond. Het gebruik van een douche is mogelijk. Bij wonden in de vorm van een sinus of boordeknoop kan irrigatie zinvol zijn.

Antiseptica dienen als routine niet gebruikt te worden om wonden schoon te maken maar kunnen in de behandeling worden betrokken indien bacteriegroei in het belang van de klinische situatie beperkt moet worden. Antiseptica dienen slechts gebruikt te worden gedurende een beperkte periode tot de wond schoon is en de ontsteking is verminderd.

VERBANDMIDDELEN.

Gebruik verbanden die een vochtig klimaat veroorzaken.

A

Beoordeel de toestand van de wond (bijvoorbeeld stadium, situatie van het wondbed, mate van infectie, hoeveelheid exudaat, pijn, situatie omringende huid, houding patiënt in bed of stoel, inspraak patiënt) en bepaal behandeldoelen alvorens het wondverband te selecteren.

C

Wondverbanden moeten zolang als mogelijk op de wond gelaten worden, dit in overeenstemming met de kliniek en de aanbevelingen van de fabrikanten.

Bij lekkage van wondvocht is er een onderbreking ontstaan in de afscheiding door het verband tussen wond en buitenwereld en dient het verband vervangen te worden. Treedt dit frequent op dan moet het gebruik van een ander verband worden overwogen.

C

Het toepassen van zogenaamde evidence-based wondbehandelingspro-

tocollen zal het onnodig wisselen van verbandmiddelen voorkomen.

Regelmatige beoordeling van de wondgenezing is noodzakelijk om voortgang van genezing vast te stellen en om te beoordelen of er noodzaak bestaat voor verandering van de behandeling.

OVERIGE BEHANDELINGSMETHODEN

Op dit moment (1998) zijn er geen afdoende bewijzen voor het effect van electro therapie en lage dosis laser behandeling.

BEHEERSING VAN BACTERIËLE OVERGROEI EN INFECTIE

Beperk het risico op infectie en stimuleer wondgenezing door het frequent wassen van de handen, schoonmaken van de wond en door debridement.

A

Bij overmatige pusproductie en geur is meer frequent schoonmaken van de wond en eventueel debridement noodzakelijk.

C

Aangezien alle wonden geïnfecteerd zijn is het als routine afnemen van een kweek niet gewenst. Als er klinische aanwijzingen zijn voor infectie dan moet wel een kweek worden afgenomen.

C

Indien er klinische aanwijzingen zijn voor infectie die niet gunstig reageert op behandeling moet er worden uitgesloten, bijvoorbeeld met Röntgenonderzoek, of er sprake is van osteomyelitis of dat een gewricht in het decubitusproces is betrokken.

C

Systemische antibiotica zijn niet noodzakelijk bij de behandeling van decubitus met alleen gelocaliseerde infectie.

C

Draag er zorg voor dat decubituswonden niet gecontamineerd kunnen worden van buitenaf (bijvoorbeeld door faeces)

C

BEHEERSING VAN (KRUIS-)INFECTIES

Volg bij de behandeling van decubitus de voorschriften van de instelling voor wat betreft het beperken van de overdracht van micro-organismen van de ene naar de andere patiënt.

Gebruik schone handschoenen. Bij de behandeling van meerdere wonden bij een enkele patiënt dient de meest geïnfecteerde wond het laatste behandeld te worden (bijvoorbeeld op de stuit). Verwijder handschoenen en was steeds de handen tussen de behandeling van patiënten in.

Gebruik steriele instrumenten bij het debridement van decubituswonden.

JRE Haalboom