

DECUBITUSRISICOHERKENNING?

BEVINDINGEN LITERATUURSTUDIE GEZONDHEIDSRaad

OP DE VERPLEEGKUNDIGE WERKVLOER

Marjon Vos, Joan Piersma

Op 11 januari 2000 werd het advies "Decubitus" van de Gezondheidsraad aangeboden aan minister Borst van VWS. Dit rapport, waarin de stand van zaken met betrekking tot decubituspreventie en behandeling en aanbevelingen ter verbetering hiervan werd beschreven, werd opgesteld door de commissie Decubitus bestaande uit de Kerncommissie Medical Technology Assessment en een werkgroep van deskundigen (zie*). Door het werken aan dit rapport, hebben wij gekeken hoe we de theoretische aanbevelingen betreffende risicoscorelijsten kunnen vertalen naar de praktijk. Het is ons de afgelopen jaren namelijk gebleken, dat het gebruik van een scorelijst problemen met zich meebrengt; veel te vaak wordt er gescoord maar geen actie ondernomen, wordt er eenmalig gescoord bij opname of het scoren leidde tot teveel cq te weinig maatregelen.

Dit heeft ons geïnspireerd tot een nieuwe kijk op het gebruik van risicoscorelijsten. De CBO-commissie die zich bezighoudt met de "tweede herziening richtlijn preventie en behandeling van decubitus" zal de risicoscorelijsten ter discussie stellen.

DEFINITIE

Het eerste vernieuwende aspect in het rapport is te vinden in de definitie van decubitus; decubitus is de verzamelnaam voor degeneratieve veranderingen in de huid en het onderliggende weefsel die veroorzaakt worden door druk, schuif- of wrijfkraften, of een combinatie daarvan. Aangezien decubitus niet per definitie alle stadia doorloopt, is gekozen voor een indeling in graden waarbij bij graad 1 het begrip cyanose is vervangen door verkleuring van de huid en de aandacht wordt gevestigd op het voelen van de huid, met name bij mensen met een donkere huidskleur om een goede inschatting van decubitusgraad te kunnen maken.

EXTERNE OORZAKEN

De begrippen druk, schuif- en wrijfkraften worden toegelicht, wat voor de praktijk meer inzicht geeft op de externe factoren die decubitus kunnen veroorzaken. Druk is de (loodrechte) kracht die het lichaam ondervindt op elke plek waar het ondersteund wordt. Druk is de belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van decubitus; de bloedtoevoer is verstoord. Schuifkracht is de kracht die parallel aan de ondergrond werkt in plaats van rechtop. Dit heeft tot gevolg dat al bij geringe druk de capillaire bloeddorstomming geblokkeerd kan raken. Dit ontstaat bij het halfzittend onderuit

zakken van de patiënt. Wrijfkraft ontstaat doordat wrijving de epidermis en de verbindingslaag tussen epidermis en dermis kan beschadigen. Bijvoorbeeld het achteruit schuiven van de patiënt over de onderlaag bij het 'goed achterin het bed gaan zitten'. De preventie bij druk is vrijleggen, bij de schuifkrachten een (semi)fowlerse houding en bij wrijfkraften het tillen van de patiënt in plaats van schuiven.

PATIËNTGEBONDEN FACTOREN EN RISICOSCORELIJSTEN

Of deze combinatie van externe factoren ook daadwerkelijk vervorming of samenpersing van het lichaam veroorzaakt, is mede afhankelijk van patiëntgebonden factoren. In het algemeen bekend als "interne factoren", welke de weefsel tolerantie en het herstellvermogen van het lichaam bepalen. Het is nog steeds onduidelijk hoe decubitus ontstaat op celniveau en welke patiënt gebonden factoren invloed hebben op het ontstaan van decubitus. Er is getracht deze factoren en hun intensiteit te benoemen in risicoscorelijsten (risicoschalen) om zodoende de mate van het verkrijgen van decubitus te voorspellen. Het probleem is echter dat er diverse scorelijsten in omloop zijn. De Nortonschaal is de bekendste, bij het landelijke prevalentie-onderzoek van Bours/Halfens wordt de

Bradenschaal gebruikt, het CBO adviseert de CBO-scorelijst en Jan Weststrate heeft goede ervaringen met de Waterlow schaal op de Intensive Care. Allemaal hebben ze specifieke risicofactoren, specifieke puntentoekenningen en eigen afkappunten; waar een gelijkwaardige optelsom bij de ene schaal een laag decubitusrisico voorspelt, voorspelt een andere schaal juist een hoog risico. De maatregelen die aan de schalen zijn gekoppeld verschillen ook nog onderling en het is onduidelijk onder welke omstandigheden een patiënt (opnieuw) gescoord dient te worden.

RISICOPROFIEL

Al die verschillende schalen geven verwarring. Beter is het om een risicoprofiel van de patiënt te maken en daarbij een preventiehandelingsvoorschrift te koppelen wat aangeeft welke acties ondernomen moeten worden om decubitus of verergering hiervan te voorkomen.

In het risicoprofiel dient uitgegaan te worden van wetenschappelijk onderzochte patiëntgebonden factoren. Tot nu toe is het nog niet duidelijk in welke mate verschillende factoren invloed op elkaar en op het ontstaan van decubitus hebben. Op basis van literatuur en empirie is het aannemelijk dat de volgende factoren invloed hebben op het ontstaan van decubitus:

- Leeftijd; bij het ouder worden neemt de delingsactiviteit van de cellen af (tragere wondgenezing), wordt de huid dunner, neemt het aantal bloedvaatjes en de gevoelsperceptie af en wordt de pijndrempel verhoogd. Tevens heeft men op oudere leeftijd kans op co-morbiditeit en stijgt een slechtere voedingsstatus.
- Neurologische toestand; verhoogde kans op decubitus door gedaald bewustzijn, verminderde sensibiliteit en immobiliteit waarbij de hartkracht, spiermassa en veneuze druk afneemt. Voorbeeld: ziekte van Alzheimer, ziekte van Parkinson, multiple sclerose, dwarslaesie en CVA.
- Voedingsstatus; ondervoeding ten gevolge van verminderde eetlust en dehydratie
- Mate van doorbloeding; aandoeningen van het vaatstelsel zoals arteriosclerose en micro-angiopathie bij Diabetes Mellitus
- Vochtigheid van de huid; door transpiratie neemt de wrijvingsweerstand toe. Door incontinentie veroorzaken de toxische stoffen in urine of faeces schade aan de huid. Door maceratie kan eczeem en een vergrote kans op huidinfecties ontstaan wat de kans op decubitus vergroot.

Het is heel goed mogelijk dat er in de toekomst meerdere factoren aan deze lijst zullen worden toegevoegd.

Het risicoprofiel kan als checklist dienen, waarbij verpleegkundige en arts bekijken welke maatregelen van toepassing zijn bij de patiënt. Dit is mede afhankelijk van zijn mogelijkheden, behandeling en prognose.

TOEKOMST?

Ideaal zou zijn als er een basislijst wordt ontwikkeld waarop wetenschappelijk onderzochte patiëntgebonden factoren en de mate waarin zij van invloed zijn op (het ontstaan) van decubitus vermeld staan. Deze lijst kan zowel in de wijk als in het verpleeghuis als in het ziekenhuis gebruikt worden met als aanvulling instellings- of afdelingsspecifieke punten (bijvoorbeeld IC). Hieraan zijn uniforme preventieve handelin-

gen gekoppeld waaruit verpleegkundige, arts en patiënt kiezen. Wellicht is dit een mooie uitdaging voor de nieuwe werkgroep CBO-consensus. Preventie is pas effectief wanneer het risicoprofiel van de patiënt duidelijk is, er voldoende en gekwalificeerd anti-decubitusmateriaal is en er voldoende kennis aanwezig is bij de hulpverleners, zowel intra- als extramuraal.

Marjon Vos, verpleegkundig consulent decubituszorg, Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle.

Joan Piersma, verpleegkundig consulent decubituszorg, Medisch Centrum Leeuwarden, Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden.

*) Samenstelling Werkgroep Decubitus: prof. dr. C.M.A. Frederiks (voorzitter), hoogleraar verplegingswetenschap, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen, dr. J.R.E. Haalboom, internist, Academisch Ziekenhuis, Utrecht, dr. H.J. Hulsebosch, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, drs. E. de Laat, verplegingswetenschapper, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen, dr. G. ter Riet, epidemioloog, Universiteit Maastricht, dr. G.L. Schut, verpleeghuisarts, revalidatiearts, Talma Hof, Emmeloord, M. Vos-van der Have, verpleegkundige, decubitusconsulent, Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle, drs. S. Duivenvoorden (secretaris).

LITERATUUR

1. Gezondheidsraad, publicatie nr. 1999/23. Decubitus. Gezondheidsraad, Den Haag 1999.
2. De Laat E, Frederiks CMA, Vos-van der Have M, Decubituszorg kan beter; advies van de Gezondheidsraad aan de minister van VWS. TVZ 2000 nr 5, blz 153/154.
3. Weststrate JTM, Drost NMC. Automatisering van de Waterlow decubitus risicoschaal: een voorbeeld van samenwerking tussen IT'ers en verpleegkundigen. Informatie en zorg 1999; 28 blz 50-54.
4. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing CBO (tegenwoordig: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). Herziening consensus decubitus. Utrecht, 1992.