

# Protocol werpt vruchten af. Meer aandacht voor decubitus leidt tot afname ernst en frequentie

**Auteur:** H. van Dijk  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 1992  
**Pagina:** 5  
**Jaargang:** 5  
**Nummer:** 2  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** decubitus preventie protocol protocollen  
**Literatuur:**

In het R.K. Bejaardenverzorgings- en Verpleegtehuis St.Jacob in Amsterdam wordt sinds enige jaren met succes een decubitus-protocol gehanteerd. Over het hoe en waarom vertellen de beide verpleeghuisartsen H.M.J.M. Raymakers en K.G.B. Brühl. Samen met een derde collega dragen zij de medische zorg voor de ruim 500 bewoners van St. Jacob. Wie het moderne, goed geoutilleerde gebouw aan de Plantage Middenlaan (inderdaad, tegenover Artis) bezoekt, waant zich in een apart dorpje. Ik realiseer me dat hier meer mensen wonen dan in het dorp waarin ik woon, en dat al meer dan 125 jaar. De ontwikkelingen hebben hier echter niet stil gestaan, zo blijkt even later wanneer het gesprek komt op het ontwerpen van een decubitusprotocol, waarmee St. Jacob naadloos aansluit bij landelijke inzichten op dat gebied.

Drs Brühl: "Na de landelijke consensusbijeenkomst decubitus groeide de behoefte om die richt-lijnen ook voor gebruik hier in huis geschikt te maken. Er is toen op initiatief van de afdeling ergotherapie een werkgroep decubitus gevormd, waarin ergotherapeuten, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en ikzelf zitting hadden. Uiteindelijk hebben we uitgaande van de consensus zo ons eigen decubitusprotocol geformuleerd en dat ongeveer drie jaar geleden geïntroduceerd. Overigens bestaat de werkgroep nog steeds, want het blijkt dat de richtlijnen toch regelmatig aangepast moet worden. In een nieuwe versie zullen zeer binnenkort dan ook enige wijzigingen opgenomen worden, bijvoorbeeld over het gebruik van DuoDerm. Hoewel we met het gebruik daarvan wel vertrouwd waren, was DuoDerm officieel niet opgenomen in het protocol. Omdat het een middel is wat we toch op indicatie toepassen bij sommige decubituswonden, wordt het binnenkort wel in het protocol opgenomen. Onze ervaringen met DuoDerm zijn goed te noemen, al kun je natuurlijk niet stellen dat het altijd helpt. Ook de nieuwe DuoDerm E Border lijkt goed te voldoen. Met de "oude" DuoDerm speelde vooral bij toepassing op de stuit, inderdaad het probleem van het opkrullen van de plak een rol. DuoDerm E Border heeft een aparte plakrand waardoor opkrullen voorkomen wordt. Onze (beperkte) ervaring ermee laat zien dat het "opkrulprobleem" hiermee effectief verholpen kan worden".

# gestandaardiseerde behandeling

In het protocol zoals dat in St. Jacob gehanteerd wordt, is decubitus ingedeeld in vier stadia. Binnen ieder stadium zijn de taken van vier disciplines (verpleging/verzorging, fysiotherapie, ergotherapie en arts) nauwkeurig omschreven, waarbij voor de verpleging en verzorging een centrale rol is weggelegd. Onder stadium I verstaat men de aanwezigheid van een niet-wegdrukbaar roodheid. Volgens de beide artsen doet dit symptoom inmiddels bij iedereen die bij de verzorging van de bewoners betrokken is, alarmbellen rinkelen. Naast preventieve handelingen, zoals bijvoorbeeld wisselgigging, wordt in het begin van deze fase wrijven met "stadium-I-zalf" voorgeschreven.

Drs Raymakers: "Niet zozeer vanwege de fabelachtige werkzaamheid van de zalf, maar doordat er op die wijze extra aandacht is voor het symptoom. Iedereen is er zich zodoende van bewust, dat er gevaar dreigt, nl. de kans op het ontstaan van een volgend stadium van decubitus en dat die fase voorkomen kan worden door een zorgvuldige behandeling. Die benadering blijkt in de praktijk erg goed te werken, want sinds de invoering van het protocol zien we veel minder ernstige decubitus.

Overigens is stadium-I-zalf samengesteld door een dermatoloog en bestaat uit een combinatie van lanette, zink en zwavel, waarbij nogmaals gezegd de samenstelling ondergeschikt is aan het effect wat van de extra aandacht uitgaat. Voorheen zagen we vaak dat dit stadium ongemerkt voorbij ging en dat men pas in actie kwam wanneer er een manifeste decubitus was opgetreden. Het protocol schrijft voor dat men drie dagen lang wrijft met stadium-I-zalf en wanneer dat geen verbetering te zien geeft, komt het hele mechanisme in werking. De arts wordt gewaarschuwd en stelt de indicatie tot behandeling, de fysiotherapeut tracht de mobiliteit te bevorderen en behandelt eventueel met ultra-geluid en/of bindweefselmassage, de ergotherapeut adviseert omtrent de houding bij liggen of zitten en bekijkt of er aanpassingen nodig zijn, er wordt gekeken of de voedsel- en eiwitintake voldoende is, er wordt wisselgigging toegepast, enzovoort. De arts fungeert binnen dat geheel behalve als degene die de indicatie voor behandeling stelt, en daarvoor dan ook de eindverantwoordelijkheid draagt, ook als procesbewaker. De verpleging/ziekenverzorging heeft hierin een coördinerende taak. Overigens is zo'n protocol natuurlijk niet heilig. Niet iedere situatie laat zich daarmee oplossen en het komt dan ook regelmatig voor dat er zijwegen bewandeld moeten worden en we onze creativiteit nodig hebben om een andere benadering aan te dragen."

## AD-matrassen

Drs Brühl: "Als zo'n gestandaardiseerde behandeling goed loopt, wordt het eigenlijk een beetje saai. Het is ook niets revolutionairs, het is gewoon een consequent uitvoeren van de bestaande consensus binnen je eigen mogelijkheden, waarbij de motivatie ontstaat door de resultaten die je na enige tijd boekt."

De nog steeds opererende werkgroep decubitus is overigens allerm minst ingeslapen en houdt zich behalve met aanpassing van de standaard ook bezig met het opstellen van richtlijnen voor het gebruik van antidecubitus-matrassen.

Drs Brühl: "Er zijn zoveel verschillende AD-matrassen op de markt en niemand weet eigenlijk welke waarvoor de beste is. Het is ook erg moeilijk om daarnaar verantwoord dubbelblind levert al een probleem op- onderzoek te doen. Meestal wordt dus op subjectieve gronden een keuze gemaakt bij de aankoop van dergelijke matrassen. Er is echter behoefte om de toepassing wat meer te standaardiseren, dus bij welke wond, resp. welke patiënt welk matras, waarbij de moeilijkheid is dat iedere wond en iedere patiënt weer anders is en daarom onderling niet goed te vergelijken."

# onderzoek

Op verzoek presenteert Drs Brühl enige cijfers. Vóór invoering van het decubitusprotocol kwam het voor dat gemiddeld 15% van de somatische verpleeghuisbewoners decubitus had, tegenwoordig is dat nog maar 5 tot 10%.

Het team in St. Jacob maakt ook dankbaar gebruik van de kennis van de Vakgroep Verpleeghuiskunde van de VU, die o.a. onderzoek doet naar risicoprofielen voor decubitus. Daarnaast participeert St. Jacob binnenkort in een vergelijkend onderzoek van de Hogeschool van Amsterdam naar de effecten van 'low level'-lasertherapie bij decubitus.

Binnen het protocol wordt ook nog even afgerekend met een aantal oneigenlijke handelingen bij decubitus.

Drs Brühl: "Recent is bijvoorbeeld aangetoond dat de aanwezigheid van urine-incontinentie geen invloed heeft op het ontstaan van decubitus. Het inpakken van de hielen en ellebogen om decubitus te voorkomen blijkt ook minder zinvol te zijn. Wij doen het hier alleen wanneer mensen naar een ziekenhuis gaan, bijvoorbeeld vanwege een collumfractuur.

Daarbij komt het voor dat zij langdurig op een harde onderlaag moeten liggen in afwachting van een plaatsje op de afdeling. In die tijd kan bij kwetsbare patiënten het kwaad al geschied zijn, dan is de decubitus al een feit. Wanneer ze eenmaal op de verpleegafdeling zijn, is de aandacht voor decubitus-preventie weer veel beter, maar gedurende de wachttijd op de eerste hulp kan het voorkomen dat een patiënt het begin van decubitus 'oploopt'. We proberen daar door preventief zwachtelen hiervandaan iets aan te doen. IJzen en föhnen en een windring als preventie zijn ook helemaal uit. Dat werd al vermeld in de landelijke decubitusconsensus, maar dan duurt het toch een tijdje voordat zo'n gewoonte 'uitgeslopen' is."

Tenslotte geeft Drs Brühl nog een tip voor de toepassing van DuoDerm. Bij patiënten die een spastische contractuur van hun hand(en) hebben en daarom hun vuisten niet meer kunnen openen, dreigt de huid van de handpalm te verweken en raakt ontstoken. Met veel geduld lukt het soms om de vingers enigszins te strekken.

Een plak DuoDerm aangebracht op de handpalm helpt dan om veel leed te voorkomen.

Hetty van Dijk