

Nieuwe richtlijn decubitus

De nieuwe richtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus is bijna klaar. Grote veranderingen zijn er niet, maar de puntjes zijn op de i gezet en een aantal nieuwe begrippen doen hun intrede zoals wisselhouding en categorieën. [Paulien Spieker]

Spectaculaire veranderingen zitten niet in de nieuwe richtlijn, meldt verpleegkundige Peter Quataert. Hij is wondconsulent bij Zorgsaam in Terneuzen, voorzitter van V&VN Wondconsulenten en voorzitter van de expertgroep die de nieuwe richtlijn heeft gemaakt. De richtlijn is tot stand gekomen door Europese en andere internationale richtlijnen te vertalen en verder aan te passen aan de Nederlandse situatie. Dat leidde bijvoorbeeld tot enkele andere begrippen. Wisselgeving is in de nieuwe richtlijn wisselhouding. Werd de ernst van decubitus vroeger ingedeeld in stadia en later in fasen, in de nieuwe richtlijn gaat het om categorieën. Momenteel worden de laatste commentaren in de richtlijn verwerkt. Als het goed is, komt de richtlijn deze zomer beschikbaar.

DEFINITIE

De nieuwe definitie van decubitus luidt: decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht. Decubitus wordt ingedeeld in categorie 1 tot en met 4:

Categorie 1: niet-wegdrukbaar roodheid
Intacte huid, niet-wegdrukbaar roodheid ter hoogte van botuitsteeksel. Bij een donker gekleurde huid is roodheid mogelijk niet zichtbaar.

Categorie 2: verlies van een gedeelte van de huidlaag
Oppervlakkige open wond, rood/roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan ook intacte/gescheurde blaas zijn gevuld met vocht of serum en bloed.

Categorie 3: verlies van een volledige huidlaag

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn. Bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn, deze verbergt de diepte van de weefselbeschadiging niet. Ondernijming of tunneling *kunnen* aanwezig zijn.

Categorie 4: verlies van een volledige weefsellaag

Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Vaak ondernijming of tunneling.

De expertgroep is ruim een jaar bezig geweest met de nieuwe richtlijn, waarvan de tekst ruim 360 pagina's telt. Er is echter een bondige samenvatting gemaakt in de vorm van een praktijkkaart, die praktisch is voor zorgverleners. Ook voor patiënten is er een praktische folder ontwikkeld met uitleg over wat decubitus is en wat je als patiënt wel en niet moet doen om decubitus te voorkomen.

Het voert te ver om hier de volledige richtlijn te behandelen. Over het inschatten van het risico dat een patiënt loopt op het krijgen van decubitus wordt geadviseerd een risicoscore te doen:

- Neem bij opname en bij elke verandering in de toestand van de zorgvrager een risicoscore af;
- Gebruik een standaard en steeds hetzelfde risicoscore-instrument;
- Observeer en beoordeel de huid;
- Risicoplaatsen voor ontstaan decubitus: stuit, zitbeenderen, hielen, ellebogen, schouders, achterhoofd, oren, heupen, knie-

en, enkels, wervelkolom; alle plaatsen waar druk is.

Voor de beoordeling van de huid worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Inspecteer de huid op risicoplaatsen regelmatig op niet-wegdrukbaar roodheid, lokale warmte, verharding of oedeem;
- Controleer de huid op de inwerking van extreme vochtigheid. Bescherm de huid indien nodig door het gebruik van een barrièremiddel;
- Vraag elk ongemak of pijn te melden en beoordeel of de oorzaak decubitus is;
- Controleer de huid op ontstaan decubitus door druk, of schuifkrachten en/of medische hulpmiddelen en/of andere voorwerpen en/of kreukels in bed of kleding.

VOEDING EN VOCHT

Het is belangrijk dat de patiënt voldoende eet en drinkt. Bekend is dat een slechte voedingstoestand de kans op decubitus vergroot. De richtlijn adviseert:

- Screen de voedingstoestand met een screeningsinstrument en bepaal de frequentie van screening;
- Verwijs bij risico op decubitus en/of (dreigende) ondervoeding naar een diëtist voor een voedingsadvies en vroege beoordeling en behandeling van voedingsproblemen;
- Optimaliseer de voedings- en vochttoestand van de zorgvrager.

WISSELHOUDING

Wat we tot nu toe wisselgeving noemden, vermeldt de richtlijn als het toepassen van wisselhouding in bed:

- Pas indien mogelijk altijd wisselhouding toe. Overweeg hierbij de toestand van de zorgvrager en het ingezette matras;
- Draai een persoon, indien mogelijk, niet op een lichaamsdeel met niet-wegdrukbaar roodheid of al bestaande decubitus;
- Leg de zorgvrager afwisselend in 30 graden zijligging of platlig-

in de zomer van 2011

gende positie (rechterzij, rug/buik, linkerzij, rug/buik). Vermijd houdingen die druk verhogen zoals 90 graden zijligging of onderuitgezakte halfzittende houding (door gebruik knieknik);

- Gebruik de semi-fowlerhouding als zitten noodzakelijk is (hoofdsteen 30 graden + knieknik).
- Bepaal de frequentie van wisselhouding aan de hand van:
 - gevoeligheid en conditie van huid op risicoplaatsen;
 - activiteit en mobiliteit zorgvrager;
 - behandeldoelen;
 - eigenschappen matras;
- Controleer na elke houdingsverandering op (nieuwe) decubitus;
- Bepaal frequentie en methode opnieuw als niet het gewenste resultaat wordt bereikt;
- Laat niet langer dan noodzakelijk op een harde ondergrond zitten/liggen (po, douchestoel, röntgentafel).

Over het gebruik van anti-decubitusmaterialen zegt de richtlijn:

Matrassen: Gebruik tenminste een hoogwaardig drukreducerend matras. Gebruik, indien wisselliging niet mogelijk is, een alternerend matras of oplegmatras. Baseer de keuze voor het type drukreducerend matras/kussen/bed aan de hand van:

- risico op decubitus/ernst aanwezige decubitus - lokatie decubitus;
- mate van mobiliteit - comfort van de zorgvrager;
- setting - benodigde extra eigenschappen (beheersing);
- functiebeperkingen vocht, temperatuur, wrijven/schuiven);
- ervaren pijn;
- klinische blik.

Ga bij het gebruik van een drukreducerend matras/bed door met wisselliging (indien mogelijk). Controleer bij elk contact geschiktheid en werkzaamheid van anti-decubitusmatras/bed/kussen en doorzakken, stroomuitval, drukverdelingsstand. Beperk de hoeveelheid beddengoed en onderleggers.

PREVENTIE HIELDECUBITUS IN BED

Zorg dat de hielen vrij liggen van het matras met behulp van een kussen onder het onderbeen; het onderbeen volledig ondersteund, de knie licht gebogen, óók op een drukreducerend matras.

ZITKUSSENS

Gebruik bij beperkingen in mobiliteit een drukreducerend zitkussen passend bij de gebruikte stoel.

Als er ondanks alle preventieve maatregelen toch decubitus ontstaat, moet die adequaat behandeld worden. Belangrijk is dan een goede anamnese. Neem een volledige anamnese (inclu-

sief voedingsscreening en pijnbeoordeling) af en herhaal deze als binnen twee weken geen verbetering van de wond optreedt. Classificeer de decubitus. Beoordeel bij decubitus met een intacte huid: temperatuur, kleur, consistentie en pijn én maak gebruik van palpatie.

Vul de classificatie aan met gegevens over de aard van de decubitus met behulp van ALTIS:

- Aard
- Locatie
- Tijdsduur
- Intensiteit, categorie decubitus
- Samenhang (verergerende en verzachtende factoren) én met wondkenmerken.



HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE

TIJDSREIS WONDZORG



HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE

Of met behulp van het TIME-model:

- Tissue, weefsel vitaal (rood) of niet-vitaal (geel/zwart)
- Infection, is er sprake van een infectie?
- Moisture, mate van vochtigheid (droog/vochtig/nat)
- Edge, wondranden en -omgeving (intact/niet-intact, verweekt, droog etc.)

Het is belangrijk dat de patiënt zo min mogelijk pijn lijdt: zorg voor adequate pijnstilling. Behandel *chronische* pijn aan de hand van de WHO-Pijnladder. Vraag tijdens de wondverzorging regelmatig of het nodig is even te stoppen. Behandel de wond voorzichtig, spoel de wond in plaats van te wrijven en bescherm omliggende huid.

WONDBEHANDELING

Over wondbehandeling zegt de richtlijn:

- Bepaal het benodigde wondverband aan de hand van wondkenmerken en doel van de behandeling: verwijderen necrose (zwarte wond); reinigen wond (gele wond); beschermen wonden wondranden (rode wond); creëren vochtig wondmilieu; absorberen exsudaat; bestrijden infectie; bestrijden geur;
- Het creëren van een vochtig wondmilieu wordt aanbevolen;
- Zorg dat het wondverband in contact is met de wondbodem. Gebruik zo nodig een strengverband om een holte op te vullen.

REINIGEN VAN DE WOND

Reinig bij elke verbandwissel de wond en omliggende huid met fysiologisch zout of kraanwater. Gebruik bij ernstig verontreinigde decubituswonden (necrotisch weefsel, infectie, verdenking op infectie of met verdenking op een hoge mate van bacteriële kolonisatie) een wondspoel-

vloeistof dat reinigingsmiddel en/of anti-septicum bevat.

INSCHAKELEN MEER DESKUNDIGE

Schakel een meer deskundige in indien:

- er geen vooruitgang in de wondgenezing zit;
- er necrotisch weefsel is dat mogelijk verwijderd moet worden door necrotomie;
- er tekenen van (zich uitbreidende) infectie zijn;
- schakel direct een deskundige in bij tekenen van achteruitgang van de wond!

Beoordeel de wond bij elke verbandwissel op basis van de eerder genoemde wondkenmerken. Evalueer de wond minimaal een keer per twee weken. Maak voor de wondevaluatie gebruik van een evaluatieinstrument en maak indien mogelijk een foto van de wond. Positioneer de zorgvrager steeds in dezelfde houding bij beoordeling/evaluatie van de wond. Gebruik steeds dezelfde methode voor het meten en fotograferen van de wond om de afmetingen te kunnen vergelijken in de tijd. Evalueer het effect van elke ingezette behandelinterventie minimaal een keer per twee weken.

De richtlijn vermeldt ook wat te doen als de decubituswond niet geneest:

- Beoordeel de zorgvrager en de decubituswond opnieuw met behulp van een nieuwe anamnese;
- Evalueer de diagnose;
- Intensiveer de preventieve maatregelen;
- Overweeg het vervangen van het AD matras/bed/kussen, maar bepaal eerst:
 - de effectiviteit van eerdere en het huidige preventie- en behandelplan
 - behandeldoelen die aansluiten bij de doelen, waarden en leefstijl van de zorgvrager.