

Nieuwe richtlijn Decubitus; van knelpunt tot implementatie

E. de Laat, B. van Gaal, M. Engelen *

Sinds 1 maart is de nieuwe richtlijn 'Decubitus' officieel beschikbaar. Decubitus is van grote invloed op het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager. Hoewel decubitus in theorie in veel gevallen kan worden voorkomen, blijkt dit in de praktijk niet altijd eenvoudig. 'Wanneer start ik met preventie', 'welke materialen' en 'wie kan ik om advies vragen', zijn een greep uit vragen die in de praktijk leven onder zorgverleners. De nieuwe richtlijn 'Decubitus' (2021) ondersteunt zorgverleners bij de beantwoording van deze vragen. Een multidisciplinair team, bestaande uit 24 zorgverleners uit alle relevante werkvelden en 2 zorgvragers, werkte gedurende 2 1/2 jaar samen om de richtlijn met aanbevelingen voor verpleegkundigen en verzorgenden te ontwikkelen. Het project is uitgevoerd in opdracht van ZonMw en werd gecoördineerd door een kernteam (de auteurs van dit artikel) vanuit het Radboudumc en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is eigenaar van de richtlijn. Deze nieuwe richtlijn vervangt de multidisciplinaire V&VN richtlijn uit 2011. In dit artikel beschrijven we het proces waarlangs de richtlijn tot stand is gekomen, de actuele inzichten over wat decubitus nu feitelijk is en hoe het ontstaat, en wat uiteindelijk de belangrijkste aanbevelingen zijn om decubitus te voorkomen. Je kan de volledige richtlijn gratis downloaden via de website van V&VN: <https://www.venvn.nl/media/adjx1ja/20210224-richtlijn-decubitus.pdf>). Ook kan je via deze website een samenvattingskaart downloaden: <https://www.venvn.nl/media/wqiljxu4/20210211-richtlijn-samenvattingskaart-v-vn.pdf>.

Het ontwikkelproces Projectorganisatie

In 2018 werd een projectgroep ingesteld, bestaande uit een kernteam, een adviesgroep en een werkgroep. De drie leden van het kernteam maakten het projectplan, coördineerden het project en voerden het project uit. Daarnaast verzorgde het kernteam de integrale tekst van de richtlijn. De input voor de richtlijn kwam in belangrijke mate uit de werkgroep van deskundigen uit het werkveld. De werkgroep bestond uit verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, paramedici, medisch specialisten en ervaringsdeskundigen (tabel 1). Zij waren de afgevaardigde van een beroepsorganisatie, belangenvereniging of patiëntenvereniging.

Het kernteam en de werkgroep werden ondersteund door een adviesgroep van negen leden (tabel 2) die de richtlijn, met name in de ontwikkelfase, toetste op inhoud en methode. Bovendien kon het kernteam bij dilemma's op leden van de adviesgroep terugvallen.

Knelpunteninventarisatie en uitgangsvragen

De knelpunten en uitgangsvragen in de zorg voor zorgvragers met (risico op) decubitus werden tijdens twee plenaire bijeenkomsten op systematische wijze op vooraf vastgestelde items in kaart gebracht. Deze items waren de fases in het zorgproces: signalering van risicopatiënten, preventie, interventie en evaluatie.

Aanvullend werden de werkgroepleden uitgenodigd om via online vragenlijsten knelpunten te beschrijven aan de hand van negen categorieën: signalering, preventie, behandeling, evaluatie, indicatoren, organisatie van zorg, rapportage, zelfmanagement van zorgvragers, e-health/zorgtechnologie. Ook werd in deze vragenlijst met dezelfde categorieën geïnventariseerd wat knelpunten waren bij het gebruik van reeds bestaande richtlijnen, zoals de V&VN-richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus' uit 2011. Deze inventarisatie leverde 306 knelpunten op, die vervolgens werden gecodeerd en gegroepeerd. Een voorbeeld van zo'n knelpunt op het gebied van organisatie van zorg was: 'Andere disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, diëtist, wondspecialist) worden te laat betrokken' of 'Behandeling te veel gekoppeld aan 'eilanden': er ontbreekt samenwerking'. Deze knelpunten werd in soortgelijke bewoordingen 28 keer genoemd.

Een ander voorbeeld van een ervaren knelpunt op het terrein van materialen en middelen was: 'Ontbreken van juiste middelen: niet voorhanden, te lange wachttijd levering, specialistische middelen niet vergoed'. Dit werd tien keer genoemd.

Aan de hand van vijf hoofdthema's (organisatie van zorg, diagnostiek, preventie, behandeling, evaluatie) groepeerden we de knelpunten naar 55 potentiële uitgangsvragen, wat uiteindelijk teruggebracht moest worden naar 8.

Tabel 1. Leden van de werkgroep.

Naam	Functie, vertegenwoordiging
Jacqueline van Creveld	Ervaringsdeskundige, Dwarslaesieorganisatie Nederland
Jolanda Gebben	Diëtist, Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Crista Hoogewind	IC-verpleegkundige, V&VN Intensive Care
Ronald Houwing	Dermatoloog, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
Alita Jaspas	Verpleegkundig specialist, V&VN Wondexpertise
Marleen Magielse	Wondconsulent, WCS Kenniscentrum
Conny van der Meijden	Ervaringsdeskundige, ALS Patients Connected
Miep Meijs	Verpleegkundig specialist, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Petra van Mil	Verpleegkundige, V&VN Complementaire Zorg
Emmy Muller-Sloof	Verpleegkundig specialist, V&VN Wondexpertise
Jacques Neyens	Manager Expertisecentrum Wondzorg, Oosterhout
Barbara Oud	Verpleegkundig specialist, V&VN Wondexpertise
Fanny Pelzer	Verpleegkundig specialist, Decubitus Nederland
Ellen Ploeg-Schreur	Verpleegkundig specialist, V&VN Verpleegkundig Specialisten - netwerk VS wondmasters
Armand Rondas	Specialist Ouderengeneeskunde, Verenso
Yvette Roumen	Huid- en oedeemtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
Rosanne Sanders	Verpleegkundig specialist, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Yvonne Siebers	Wondconsulent, V&VN Wondexpertise (vz)
Ellen Slingerland	Wondconsulent, V&VN Wondexpertise
Tebbe Sluis	Revalidatiearts, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
Merel Strietman	Verpleegkundig specialist
Jacqueline Vestjens	Verpleegkundig specialist, V&VN Wondexpertise en V&VN Continente Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nienke de Vries-Farrouh	Senior onderzoeker, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie
Oliver T. Zöphel	Plastisch chirurg, Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Ilona Zwaan	Ergotherapeut, Ergotherapie Nederland

Dit was een intensief onderdeel van het project dat bestond uit twee Delphi-rondes, een feedbackronde bij de adviseurs en twee plenaire werkgroepbijeenkomsten. De Delphi-methode is een gevalideerde onderzoeksmethode om meningen op een systematische manier te verzamelen en consensus bij een groep mensen te bereiken over een

bepaald onderwerp (1). Hierbij ging het vooral om het prioriteren van uitgangsvragen en in tweede instantie het komen tot overeenstemming over de formulering van de uiteindelijke uitgangsvragen. In de plenaire bijeenkomsten discussieerden we over zaken waar geen consensus over was en zochten we naar de juiste formulering en het

Tabel 2. Leden van de adviesgroep.

Naam	Functie, deskundigheidsgebied
Dimitri Beeckman	Hoogleraar Verplegingswetenschap, president European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Universiteit Gent en Örebro Universiteit, Zweden
Emily Haesler	Associate professor Verplegingswetenschap methodoloog NPIAP/EPUAP/PPPIA-richtlijn, Curtin University, Bentley, Australië
Jan Kottner	Senior onderzoeker en voorzitter EPUAP-richtlijnwerkgroepen, Universiteit Berlijn, Duitsland
Janneke de Man-van Ginkel	Associate professor Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht, V&VN Neuro & Revalidatie
Jos Schols	Hoogleraar Ouderengeneeskunde, Universiteit Maastricht
Lisette Schoonhoven	Hoogleraar Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
Karin Timm-van Ruitenburg	Verpleegkundig specialist, Allergologie
Mariska Tuut	Epidemioloog, richtlijnmethodoloog, PROVA
Hester Vermeulen	Hoogleraar Verplegingswetenschap, Radboudumc, Nijmegen

Tabel 3. Uitgangsvragen (hoofdstukindeling) van de richtlijn en aantal aanbevelingen per uitgangsvraag.

Nr	Uitgangsvraag	Aantal aanbevelingen
1	Welke instrumenten worden geadviseerd om bij zorgvragers het risico op decubitus in te schatten?	3
2	Bij welke doelgroepen kan direct worden gestart met preventieve maatregelen en is risicobeoordeling niet nodig?	2
3	Welk classificatiesysteem wordt aanbevolen om de ernst van decubitus vast te stellen?	2
4	Welke preventieve maatregelen worden bij zorgvragers met (risico op) decubitus aanbevolen om decubitus te voorkómen?	42
5	Welke specifieke (verpleegkundige en verzorgende) interventies worden aanbevolen voor de behandeling van decubitus?	4
6	Hoe kunnen zorgvragers met (risico op) decubitus het beste worden ondersteund bij het zelf managen van preventie en behandeling van decubitus?	4
7	Wat zijn belangrijke aspecten bij monitoring en evaluatie van het zorgplan bij zorgvragers met decubitus?	6
8	Hoe kan de continuïteit van zorg het beste worden gewaarborgd bij het vaststellen van risico, voorkómen, behandelen en evalueren van decubitus?	3

definitief vaststellen van de set van uitgangsvragen. Deze uitgangsvragen vormen de hoofdstukindeling van de richtlijn waarin de aanbevelingen worden beschreven (tabel 3).

Beantwoording van de vragen

De aanbevelingen voor preventie en behandeling van decubitus werden gebaseerd op de meest actuele resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Het zoeken en beoordelen van deze literatuur gebeurt volgens een vaststaande methodiek. Wetenschap staat nooit stil, wat betekent dat na een bepaalde periode, meestal tussen de vijf en tien jaar, dit proces herhaald wordt en dat er een update van de richtlijn wordt uitgebracht. De eerste Nederlandse richtlijnen voor preventie (2) en behandeling tegen decubitus (3) stammen uit midden jaren tachtig van de vorige eeuw; Nederland was hierin destijds een koploper. Zorgverleners en wetenschappers uit ons land hebben ook van begin af aan mee geparticipeerd in de ontwikkeling van een Europees-Amerikaanse richtlijn voor preventie (4) en behandeling (5) van decubitus. In dezelfde periode dat we de huidige Nederlandse richtlijn ontwikkelden, vond een update plaats van de internationale richtlijn (6). Daarom werd voor het beantwoorden van de uitgangsvragen nauw samengewerkt met de internationale richtlijncommissie. Deze samenwerking met 'internationaal' verliep volgens een vooraf vastgestelde methode. Deze methode wordt hier verder niet beschreven, maar wordt volledig verantwoord in bijlage 4 van de richtlijn.

Zelfmanagement (uitgangsvraag 6) heeft internationaal nog niet de prioriteit die het in Nederland heeft. Continuïteit van zorg en samenwerking (uitgangsvraag 8) kunnen niet los gezien worden van de landelijke, regionale of zelfs

lokale context. Professionele standaarden en overheidsmaatregelen voor de organisatie van zorg in Nederland zijn anders dan bijvoorbeeld in Japan. Vandaar dat we voor de beantwoording van deze vragen zelf literatuuronderzoek hebben verricht. Daarnaast hebben vier HBOV-studenten onderzoek gedaan bij dwarslaesiepatiënten met (een hoog risico op) decubitus naar belevingsaspecten bij preventie en behandeling van decubitus.

Aanbevelingen

Als je de richtlijn openslaat vind je meteen op de eerste bladzijde na de inhoudsopgave een samenvatting van de acht uitgangsvragen met 66 aanbevelingen. Met een minimum van 2 aanbevelingen over de doelgroepen waar het risico op decubitus feitelijk niet ter discussie staat (uitgangsvraag 2) met 42 aanbevelingen over preventieve maatregelen bij zorgvragers met (risico op) decubitus (uitgangsvraag 4).

Decubitus wordt gedefinieerd als 'plaatselijke schade aan de huid en/of onderliggend weefsel ten gevolge van druk of druk in combinatie met schuifkrachten'. Die druk kan zowel inwendige druk door het eigen lichaamsgewicht zijn (bijv. op een uitstekend bot) als aanhoudende uitwendige druk door medische hulpmiddelen of andere objecten.

Om de aanbevelingen voor preventie en behandeling in de juiste context te plaatsen is het goed om terug te gaan naar het ontstaansmechanisme van decubitus. Door vooral vernieuwend biomedisch onderzoek is daar inmiddels veel over bekend. Echter, de oorspronkelijke definitie van decubitus met als oorzaak druk, of druk in combinatie met

schuifkrachten, is niet veranderd. Wat opvalt is dat bij de nieuwe definitie van decubitus, naast de voorkeursplaatsen voor decubitus ter hoogte van botuitsteeksels, nu ook expliciet aandacht is voor aanhoudende druk door hulpmiddelen.

Bij elke aanbeveling moeten individuele afwegingen worden gemaakt waarvan kan worden afgeweken als de omstandigheden dat vereisen. Om de leesbaarheid van de richtlijn te verhogen, zijn er aan de aanbevelingen en begeleidende tekst vanzelfsprekende nuancerings weggelaten. Denk hier bijvoorbeeld aan:

- als de medische toestand van de zorgvrager dit toelaat,
- rekening houdend met de voorkeur van de zorgvrager,
- rekening houdend met het comfort en de tolerantie van de zorgvrager,
- op verantwoorde wijze,
- niet langer dan noodzakelijk.

Bekijk per situatie of hulpmiddelen (voor de zorgvrager in zijn specifieke situatie)

- geschikt zijn,

- gepast zijn,
- in gebruik zijn zoals beschreven in instructies van de fabrikant.

Deze nuancerings staan eenmalig in de leeswijzer benoemd aan het begin van de richtlijn, wat als voordeel heeft dat de aanbevelingen kort en bondig geformuleerd zijn.

Belangrijkste verandering voor de directe praktijk

Hieronder beschrijven we enkele belangrijke aanbevelingen die afwijken van de eerdere richtlijnen.

De meest opvallende aanbeveling is het gebruik van het internationale decubitusclassificatiesysteem (NPIAP/ EPUAP) met zes categorieën in plaats van vier (afbeelding 1). De bekende categorieën I t/m IV blijven onveranderd, maar hier zijn twee ongedefinieerde categorieën toegevoegd, namelijk:

- niet naar categorie in te delen/ongeclassificeerd,
- vermoedelijke diepe weefselbeschadiging.

In beide gevallen kan dit een reden zijn om alert te zijn op

Classificatie

Gebruik onderstaand classificatiesysteem om de ernst van decubitus vast te stellen:

<p>Categorie I: Niet-wegdrukbaar roodheid bij intacte huid</p> 	<p>Categorie IV: Verlies van een volledige weefsellaag</p> 
<p>Categorie II: Verlies van een gedeelte van de huidlaag of blaas</p> 	<p>Ongeclassificeerd: Verlies van een volledige huid- of weefsellaag waarbij diepte onbekend</p>  <p>NIEUW</p>
<p>Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag</p> 	<p>Vermoedelijke diepe weefselbeschadiging: Diepte onbekend</p>  <p>NIEUW</p>

Foto's: NPIAP.com | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

Afbeelding 1: Classificatie van decubitus volgens het NPIAP/EPUAP-model.

een plotselinge verandering van de decubituswond. Een vermoeden van diepere weefselschade kan een reden zijn om een zorgvrager snel door te verwijzen naar een specialist voor aanvullende diagnostiek.

Een tweede belangrijke aanbeveling die we onder de aandacht willen brengen is de allereerste (1.1), namelijk dat je voor het inschatten van het risico op decubitus altijd je klinische blik gebruikt, eventueel in combinatie met een risicobeoordelingsinstrument. Dit lijkt makkelijker dan het is. Een klinische blik is een algemeen inzicht dat alle redeneringstaken en handelingen van een zorgverlener integreert om een gezondheidstoestand te beoordelen. Voor de meeste zorgprofessionals zal de aanblik van een ernstig vermagerde uitgeputte zorgvrager in de laatste levensfase of een gesedeerde patiënt aan de beademing op een IC leiden tot de vaststelling dat deze een hoog risico heeft op het ontwikkelen van decubitus, ook zonder het gebruik van een risicobeoordelingsinstrument. Maar deze vaststelling is niet vanzelfsprekend. De klinische blik is gebaseerd op kennis over de factoren die het risico op decubitus beïnvloeden en de aanwezigheid van deze factoren bij de zorgvrager. Dit impliceert ervaring. Juist in een opleidingssituatie of onbekendheid met bepaalde patiëntengroepen kan het zinvol zijn om risicobeoordelingsinstrumenten in te zetten. Van belang is in ieder geval dat ongeacht de methode de risicostatus van de zorgvrager in het dossier kenbaar gemaakt wordt en overgedragen wordt waar dit nodig is.

Als laatste had de werkgroep aanbevelingen voor zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming van zorgvrager en zorgverlener hoog op de agenda staan. Met een aparte module hierover onderscheidt onze landelijke richtlijn zich van de internationale richtlijn. De vier aanbevelingen hierover zijn nog vrij algemeen van aard. De kwaliteit van onderzoeken die zich richten op interventies bij zelfmanagementondersteuning bij decubitus is over het algemeen laag. Hoewel er dus meer en beter onderzoek nodig is, zijn de effecten van de interventies veelbelovend. Het geven van informatie kan kennis van zorgvragers vergroten en de combinatie met coaching kan zelfmanagementgedrag en vertrouwen in zelfmanagement verbeteren en het ontstaan van decubitus voorkomen.

Indicatoren & implementatie

Na uitwerking van de uitgangsvragen volgen elf bijlagen. Vaak worden deze bijlagen door de zorgverlener, die in de dagelijkse praktijk vooral moet werken met de aanbevelingen, als minder relevant beschouwd. Maar juist om implementatie in organisaties te bevorderen en zorgverleners te ondersteunen in het werken volgens de aanbevelingen, willen we bijlage 8 'Indicatoren' en bijlage 9 'Implementatie' onder de aandacht brengen. Deze twee bijlagen

laten zien dat het voorkomen van decubitus en het kiezen van de juiste behandeling van decubitus niet slechts een professionele verantwoordelijkheid is, maar ook die van het bestuur, de beleidsmakers en het management. De indicatoren (bijlage 8) hebben tot doel om zorgorganisaties te helpen bij het verbeteren van kwaliteit van zorg voor zorgvragers met (risico op) decubitus en aan de hand van welke indicatoren dat gemeten kan worden. In bijlage 9 laten we zien op basis van de uitkomsten van een zevental eigen projecten welke stappen op organisatieniveau (bestuur en strategisch management) en op tactisch en operationeel managementniveau hiervoor genomen moeten worden.

Uiteindelijk is de keten zo sterk als de zwakste schakel en dat zal niet de professional zijn, als de organisatie aan de voorkant haar verantwoordelijkheid neemt.

Literatuur

1. Swanborn PG, **Evalueren. Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatie-onderzoek.** 2002, Amsterdam: BOOM.
2. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, **Consensus-bijeenkomst decubituspreventie.** 1985, CBO: Utrecht.
3. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, **Consensus-bijeenkomst behandeling decubitus.** 1986, CBO: Utrecht.
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, **Prevention of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.** 2009, National Pressure Ulcer Advisory Panel: Washington DC.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, **Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.** 2009, National Pressure Ulcer Advisory Panel: Washington DC.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide,** E. Haesler, Editor. 2019: EPUAP / NPIAP / PPIA.

* Dr. Erik de Laat, senior onderzoeker en verpleegkundig specialist, afdeling Plastische Chirurgie, Radboudumc

Dr. Betsie van Gaal, senior onderzoeker en docent Verpleegkunde, lectoraat Innovatie in de Care, Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN)

Marscha Engelen, MSc, junior onderzoeker en gezondheidspsycholoog, afdeling IQ healthcare, Radboudumc