

NIEUWE LANDELIJKE RICHTLIJN DECUBITUS 2012

P. Quataert*

INLEIDING

Decubitus is een pijnlijke en veelal te voorkomen complicatie. Prevalentiecijfers variëren, afhankelijk van in welke zorgsetting de patiënt zich bevindt. Prevalentiecijfers en incidentiecijfers zijn vaak hoger bij specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld patiënten die palliatieve zorg ontvangen, patiënten die verblijven op intensieve zorg of patiënten met een dwarslaesie. Decubitus omvat circa 1% van het totale gezondheidszorgbudget. Er is dus alle reden om aandacht te vragen voor dit zorgprobleem.

DECUBITUSPREVENTIE IS NOG STEEDS EEN PROBLEEM

In de huidige praktijk zijn er knelpunten om een goede decubituszorg te laten plaatsvinden. Het ontbreekt aan eenduidige afspraken die ertoe moeten leiden dat de decubituszorg, zeker bij overdracht, een continu proces wordt. Adequate risico-inschatting, preventie en behandeling leiden tot een lagere incidentie en prevalentie van decubitus. Het is daarom belangrijk om nieuwe inzichten te vertalen in concrete aanbevelingen voor de praktijk en deze breed te verspreiden en te implementeren.

INTERNATIONALE RICHTLIJN EPUAP/NPUAP ALS BASIS VOOR DE NIEUWE RICHTLIJN

In 2009 hebben de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, de Noord-Amerikaanse variant van de EPUAP) hun nieuwe richtlijn gepubliceerd. Dit was een goed moment om de CBO decubitusrichtlijn 2002 te herzien.

EXPERT- EN FOCUS-GROEPEN

Om de Amerikaans-Europese richtlijn te vertalen naar Nederland werd onder voorzitterschap van V&VN Wondconsulenten een expertgroep opgericht waarin alle partijen waren vertegenwoordigd die ook maar iets met decubitus hadden te maken. Door middel van focusgroepen werd voorbereidend werk verricht en werd het hoofdstuk implementatie



geschreven. Een 300-tal stakeholders hebben meegewerkt aan de nieuwe richtlijn door o.a. het invullen van enquêtes en het controleren van de teksten. Het eindresultaat is dan weer voorgelegd aan alle beroeps-

groepen die participeerden in de expertgroep. Op dit moment is de nieuwe richtlijn geautoriseerd en de planning is dat deze wordt herzien in 2015.

NIEUWE DEFINITIE DECUBITUS

In navolging van de EPUAP/NPUAP wordt decubitus in de nieuwe richtlijn als volgt gedefinieerd:

‘Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggende weefsels, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkrachten’.

In plaats van in graden of stadia wordt nu gesproken over decubitus categorie I, II, III, en IV. De reden is internationaal een identieke terminologie te hanteren.

RISICO-INSCHATTING RUST OP DRIE PEILERS

Om het risico op het ontstaan van decubitus in te schatten is het van belang de volgende peilers te hanteren:

- Het gebruik van een risicoscorelijst, zoals Braden, risicofactoren inzichtelijk maken en het beleid optimaliseren.
- Het observeren van niet wegdruk-bare roodheid als signaalfunctie voor het starten van preventieve maatregelen.
- Het gebruiken van de klinische blik die berust op inzichten door ervaring.

TERM VOCHTLETSEL VERDWENEN

De tem vochtletsel is niet opgenomen in de nieuwe richtlijn decubitus. Gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek spreekt men bij een niet intacte huid steeds van decubitus, daar bij deze wonden steeds sprake is van een zuurstoftekort door druk en schuifkrachten. Bij een intacte rode huid, optredend in het perianale gebied bij incontinentie van faeces en/of urine, spreekt men van incontinentiedermatitis. Het belang is om dit te herkennen, daar de preventie en behandeling van decubitus (druk en schuifkrachten) en incontinentiedermatitis (huidverzorging) zich specifiek van elkaar onderscheiden. Vaak treden ze gezamenlijk op.

PREVENTIE (ROL)STOEL-AFHANKELIJKE PATIËNT

Het oude bekende verhaal dat ieder uur, bijvoorbeeld tijdens het nieuws,

het liften van de stuit decubitus voorkomt is slechts waar als men dat langer doet dan 1,53 minuut. Dus geen optie als men de populatie voor ogen neemt waarbij het risico op het ontstaan van decubitus hoog is. Het uitgangspunt is een ideale zitpositie aan te nemen en frequent het lichaam voorover of opzij te bewegen om zodoende de drukpunten te verleggen.

NIEUWE HOOFDSTUKKEN

Inhoudelijk is er weinig gewijzigd als het gaat om de preventie en behandeling van decubitus. De nieuwe richtlijn onderscheidt zich voornamelijk door het opnemen van enkele nieuwe hoofdstukken, zoals het beoordelen en monitoren van de wondgenezing, pijnbestrijding, regiefunctie wondconsulent, hoofdstuk chirurgie, patiënten met obesitas en de behandeling van decubitus in de palliatieve fase.

IMPLEMENTATIE DECUBITUSRICHTLIJN

Op www.wcs.nl, onder de rubriek Nieuws V&VN Wondconsulenten, zijn de nieuwe decubitusrichtlijn te downloaden. Deze bestaat uit de uitgebreide versie, een versie met enkel de aanbevelingen, een praktijkkaart voor de preventie en behandeling van decubitus en een patiëntenfolder. De leden van de expertgroep implementeren de nieuwe richtlijn in hun achterban. Tijdens het lustrumcongres van het Landelijke Prevalentie-onderzoek Zorgproblemen op 11 oktober 2012 zal tevens volop aandacht worden besteed aan de nieuwe richtlijn.

SLOT

De nieuwe richtlijn decubitus wijkt primair qua preventie en behandeling weinig af van de CBO Decubitusrichtlijn 2002. Wel zijn nieuwe hoofdstukken, zoals risico-inschatting, regiefunctie wondconsulent en wondmonitoring, opgenomen. Opvallend is dat er nog weinig evidence based is en bijna 90% van de richtlijn expertmening betreft. Er valt dus nog veel winst te behalen als het gaat om de wetenschappelijke onderbouwing van decubituszorg anno 2012. Wellicht geeft de decubi-



Het goed aannemen van een wisselende zit-houding is belangrijk voor de preventie van decubitus.

tusrichtlijn 2015 hierop een antwoord.

***P. Quataert, voorzitter V&VN Wondconsulenten**