



Een Decennium Decubitus in Nederland, een samenvatting van ontwikkelingen, overeenkomsten en tegenstrijdigheden.

Drs. M. Hanraets - project verpleegkundige - Academisch Ziekenhuis Maastricht - voorzitter decubitus commissie WCS.

Dhr. B. Willemsteijn - verpleegkundige, ConvaTec. Voorheen voorzitter WCS 1984-1988.

In de literatuur is er veel over decubitus in zijn algemeenheid beschreven. Hieronder volgt een samenvatting van mogelijke overeenkomsten en tegenstrijdigheden met betrekking tot de oorzaak van decubitus (metingen), scorelijsten om vooraf het risico voor decubitus vast te stellen en de indeling in stadia. Wat de oorzaak betreft gaat het over druk- en schuifkrachten en andere gerelateerde factoren (Dubue, e.a. (1982); Ribbe, e.a. (1990); symposium AMC (1992)).

Aangaande de scorelijsten is er met name onderzoek naar de voorspellende waarde van de Nortonscorelijst verricht (van Marum, e.a. (1992); Palmén, (1987); Ribbe, e.a. (1990)).

Hoe de indeling in stadia is, wordt door onder andere het CBO (1985, 1986, 1992), WCS en auteurs, die de stadia-verdeling ontleen aan het CBO (Halfens (1992) en aan de WCS (Nelissen, e.a.) en uit buitenlandse literatuur (Palmén, 1987) en in samenwerking met of ontleend aan buitenlandse auteurs (Dubue, Michéls, e.a. (1982) en Braun, Everdingen, e.a. (1990)).

OOZAAK VAN DECUBITUS

- METINGEN -

Ribbe, e.a. hebben de hersteltijd van de lokale doorbloeding na een (test) drukbelasting bij verpleeghuispatiënten bekeken. Dit is door middel van de zogenaamde

Druk-Temperatuur-Tijdmeting (DTT-methode) gebeurd. Ze is de maat voor de individuele gevoeligheid voor decubitus. Tevens hebben de auteurs de relatie tussen de externe factoren (druk- en schuifkrachten) onderzocht, gemeten met een op de Nortonscore gebaseerde drukindex en het ontstaan van decubitus. De DTT-meting mag als een maat voor gevoeligheid voor decubitus beschouwd worden. De hersteltijd van de lokale doorbloeding bestaat uit een verzameling van interne factoren, die het risico voor decubitus bepalen. Daarnaast blijkt dat de relatie tussen de kans op decubitus enerzijds en de gevoeligheid en de externe factoren anderzijds drie-dimensionaal is (1).

Dubue, Michéls, e.a. omschrijven decubitus als een drukulcus, een ischaemisch ulcus. In hun formule wordt decubitus als volgt weergegeven.

Decubitus is:

$$\frac{\text{druk} \times \text{tijd} + \text{wrijving} + \text{beschadiging}}{\text{Weerstand}}$$

Weerstand kan als interne factor beschouwd worden.

Het drukulcus ontstaat doordat een te grote druk te lang wordt uitgeoefend op een weefsel dat een verminderde weerstand heeft of gelaedeerd wordt (2).

Het symposium in het AMC laat zien dat weefselperfusie-onderzoek essentieel bij (het bepalen van het risico voor) decubitus is. Het gaat om de zuurstofspanning in de weefsels. Factoren die de weefseltolerantie bepalen zijn vochtigheid, schuifkrachten en lokale druk (externe factoren) enerzijds en voeding, leeftijd en arteriële druk anderzijds (3).

In de drie bovengenoemde benaderingswijzen zijn verschillen en overeenkomsten te ontdekken. Alle methoden gaan uit van de factor druk- en schuifkrachten en interne factoren. De verschillen liggen in de factor tijd (1),(2).

Interessant is de vraag of de DTT-methode en/of het weefselperfusie-onderzoek als diagnostiek voor decubitus kunnen gelden.

SCORELIJSTEN

- NORTONSCORELIJST -

De Nortonscore bestaat uit 5 indicatoren voor decubitus: algemene lichamelijke conditie, psychische toestand, mobiliteit, activiteit en incontinentie.

Van Marum, e.a. hebben bij verpleeghuispatiënten de relatie tussen de Nortonscore en het ontstaan van decubitus onderzocht. Het blijkt dat slechts mobiliteit en in mindere mate algemene lichamelijke conditie van betekenis zijn voor het inschatten van het risico voor decubitus. De auteurs vermelden dat er tegenstrijdige resultaten gevonden worden in andere evaluaties. Exton-Smith en Boom-Kuijper tonen een verband aan tussen alle 5 de factoren en het ontstaan van decubitus.

Boom-Kuijper, e.a. geven aan te volstaan met de factor mobiliteit, Goldstone daarentegen met algemene lichamelijke conditie en incontinentie. Elk geeft aan, dat algemene lichamelijke conditie, mobiliteit en activiteit een relatie vertonen met het ontstaan van decubitus. Stotts vindt in zijn onderzoek op een chirurgische afdeling geen discriminerend vermogen tussen risico- en niet risico patiënten. (1)

Palmen komt tot de conclusie dat de Nortonscorelijst een hoge voorspellende waarde heeft ten aanzien van het hebben en/of ontwikkelen van decubitus. Bij de voorspellende waarde van de afzonderlijke factoren blijkt de factor activiteit een grote waarde te hebben. Het onderzoek is verricht in een algemeen ziekenhuis bij patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde en Heelkunde. (2)

Ribbe, e.a. gaan in hun onderzoek naar de inwerking van druk- en schuifkrachten en de individuele gevoeligheid voor het risico voor decubitus uit van de psychische toestand, mobiliteit en activiteit als maat voor de externe factoren (druk- en schuifkrachten). Zij gaan uit van Boom-Kuijper, e.a. die melden dat incontinentie en algemene lichamelijke toestand het minst een relatie met het optreden van druk- en schuifkrachten hebben. (3)

Uit bovenstaand overzicht van de literatuur blijkt, dat onderzoek naar de voorspellende waarde van de Nortonscorelijst op het ontstaan van decubitus slechts verschillende resultaten laten zien. Hier moet de vraag gesteld worden of het hanteren van de Nortonscore als maat voor het inschatten van decubitus in instellingen (met name ziekenhuizen) gecontinueerd moet blijven. Dit is de persoonlijke mening van de auteur. Hoe dit met de CBO-score lijst zit, is niet

bekend. De lijst is uitgebreider en zal hierdoor waarschijnlijk meer dekken en beter voorspellen.

INDELING IN STADIA

De onderverdeling van decubitus in stadia laat grote verschillen zien, zowel nationaal als internationaal.

In den lande hangen auteurs in de regel de indeling van het CBO (Consensusbij-eenkomst Decubitus, 1985, 1986, 1992) aan of de indeling van de WCS (Woundcare Consultant Society: de Nederlandse vereniging van deskundigen in wondverzorging). Bovendien nemen auteurs de indeling onjuist over (Halfens (CBO); Nelissen, e.a. (WCS)).

De indelingen van het CBO en de WCS luiden als volgt:

CBO

| | |
|-------------|--|
| Stadium 1: | Roodheid of cyanose niet wegdrukbaar |
| Stadium 2: | Blaarvorming |
| Stadium 3A: | Oppervlakkige decubitus zonder necrose |
| Stadium 3B: | Oppervlakkige decubitus met necrose |
| Stadium 4A: | Diepe decubitus zonder necrose |
| Stadium 4B: | Diepe decubitus met necrose |

WCS

| | |
|-------------|---|
| Stadium 1: | Lokale roodheid en/of cyanose, niet wegdrukbaar |
| Stadium 2: | Blaarvorming |
| Stadium 2A: | Blaardak intact |
| Stadium 2B: | Blaardak niet intact |
| Stadium 3: | Oppervlakkige decubitus |
| Stadium 3A: | Zonder necrose |
| Stadium 3B: | Met necrose |
| Stadium 4: | Diepe decubitus |
| Stadium 4A: | Zonder necrose |
| Stadium 4B: | Met necrose |

Daarnaast beroepen auteurs zich op buitenlandse literatuur (Palmen; Dubue en Michels; e.a., Braun, Everdingen, e.a.).

De indeling internationaal is als volgt:

Internationaal:

| |
|---------------------|
| Stadium 1 |
| Stadium 2 |
| Stadium 3 |
| Stadium 4 (necrose) |

De gradatie is oplopend van roodheid, cyanose, blaarvorming naar defect epidermis, defect tot en met aantasting van fascie en spierweefsel.

Hier kunnen twee vragen gesteld worden.

1. Kunnen CBO en WCS niet tot één uniforme stadia-indeling komen?
2. Kan Nederland zich niet schikken in de buitenlandse indeling (één internationale uniforme onderverdeling in stadia)? Dit is de persoonlijke mening van de auteur. Als er immers een uniforme onderverdeling in stadia bestaat, dan kunnen gegevens met betrekking tot decubitus onderling vergeleken worden.

Er is veel literatuur over decubitus aanwezig. Samenvattend blijkt er echter, dat er meer verschillen dan overeenkomsten met betrekking tot metingen, Nortonscorelijst en indeling in stadia zijn.

In het tweede deel van het artikel wordt getracht de overeenkomsten en tegenstrijdigheden ten aanzien van het beleid te beschrijven.

Is er een trend naar eenduidigheid in beleid waarneembaar? Is er in Nederland consensus over het aantal patiënten? Is landelijke registratie van het aantal patiënten wenselijk?

EENDUIDIGHEID IN BELEID

Preventie en behandeling van decubitus is aanvankelijk voornamelijk het werkterrein van verzorgenden en verpleegkundigen. De stelling dat decubitus het gevolg is van een verpleeg fout sluit aan bij deze mening. In 1982 beschrijft Keuzenkamp dat slechts 39 % van de medische specialisten bij decubitus is betrokken. Een uitzondering op deze desinteresse vormt de verpleeghuisarts (93 %).

Een enorm scala aan methoden en middelen zijn door deze vakgroepen bedacht en toegepast. Per ziekenhuis, per verpleeghuis, per afdeling of per thuissituatie is verschillend gehandeld. Van enige uniformiteit kan derhalve geen sprake geweest zijn. De stelling dat decubitus lijdt aan het ontbreken aan een eenduidig beleid is gerechtvaardigd.

Vanuit de verpleegkundige professie ontstaat vanaf begin jaren tachtig meer behoefte aan methodisch handelen. Protocolen en verpleegplannen zijn ontwikkeld en geïmplementeerd.

CONSENSUS

Op initiatief van het C.B.O., Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing, wordt in 1984 een voorbereidingswerkgroep decubitus preventie met een sterk multidisciplinair karakter geïnstalleerd.

De mening van deze groep wordt in 1985 getoetst tijdens een

consensus-bijeenkomst. De werkgroep dient de bestaande kennis te inventariseren en te beoordelen, waarop uiteindelijk een beleid zou worden vastgesteld.

Omdat onderzoek soms ontbreekt of omdat onderzoek aanleiding geeft tot verschillende uitkomsten, wordt de werkgroep gedwongen verschillende opvattingen naast elkaar te vermelden. Op basis van een aantal weeg methoden worden aan deze opvattingen een bepaalde waardering toegekend.

Zo beschrijft men:

- * preventieve maatregelen die zinvol zijn 8x.
- * preventieve maatregelen die in individuele gevallen zinvol kunnen zijn 6x.
- * preventieve maatregelen die niet zinvol zijn 3x.

Een jaar later hanteerde de werkgroep decubitus behandeling dezelfde categorieën voor de verschillende behandelmethoden bij bestaande decubitus d.w.z.

- * altijd zinvol 10x
- * individueel zinvol 5x
- * niet zinvol 7x

Het inpakken met vette watten en zwachtels, het ijzen en föhnen en het gebruik van de windring worden als niet zinvolle preventieve maatregelen beschreven.

Dergelijke handelingen werden en worden nog immer toegepast.

Deze stelling wordt bevestigd door een onderzoek van R.J.G. Halfens, uitgevoerd in 1992.

556 verpleegkundigen reageren op een post enquête. Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat niet alle aanbevelingen zijn doorgevoerd. Gemiddeld 5.3 van de 9 als zinvolle beschreven maatregelen worden toegepast. Van 11 als individueel zinvolle maatregelen worden er gemiddeld 5.1 toegepast. Men blijkt slechts 2.9 van de 7 niet zinvolle maatregelen nooit te gebruiken.

Hoog scoren de volgende maatregelen:

| | Altijd | Soms |
|---------------|--------|------|
| Wisselgigging | 40% | 58% |
| Schapevacht | 19% | 58% |
| Luchtmatras | 28% | 51% |
| Insmeren | 64% | 28% |
| Masseren | 57% | 32% |

Opgemerkt dient te worden dat er enige discrepantie bestaat tussen het aantal beschreven maatregelen van de consensus en het aantal maatregelen genoemd in het onderzoek.

IJzen en föhnen blijkt eindelijk terrein te verliezen. Prof. de Jong, plastisch chirurg, beschrijft reeds in 1968 (!) in zijn proefschrift dat ijzen een negatief effect heeft op de microcirculatie.

Verbranding van de huid en/of verspreiding van bacteriën worden als nadelen van föhnen beschreven. Het heeft dus enige tijd gekost om deze handeling te verbannen.

In de consensus decubitus behandeling wordt tevens aandacht besteed aan de toepassing van locale middelen. Uiteraard worden er geen farmaca beschreven omdat deze middelen geen enkel genezingsbevorderend effect hebben op decubitus. Wat betreft de keuze van locale middelen beschrijft H.J.

Hulsebosch, dermatoloog, dat de aandacht vooral gericht dient te zijn op de eliminatie van factoren die de wondgenezing vertragen.

In hetzelfde hoofdstuk werden 8 uitgangspunten opgesteld die steun geven bij de selectie van uitwendige middelen. Met deze aanbeveling wordt een aanzet gegeven tot een classificatie van middelen. Het WCS model heeft hieraan eveneens een belangrijke bijdrage geleverd.

In het hoofdstuk zinvolle en niet zinvolle maatregelen worden de volgende middelen als niet zinvol beschreven:

- middelen met een redelijke kans op allergische reacties - bijv. antibiotica.
- afsluitende substanties die de wondgenezing belemmeren (zalven, poeders, pasta's).
- Engels pluksel. Partikels kunnen loslaten en als lichaamsvreemde deeltjes worden uitgestoten.
- Jodium tinctuur. De alcohol verdampt en de jodium slaat neer op de wondranden.
- Een droog verband. Tijdens de verbandwisseling wordt het granulatieweefsel beschadigd.
- Locale middelen, die in het verkeerde wondgebied worden toegepast.

In de herziening consensus decubitus behandeling uitgave juni 1992, worden aan deze lijst een aantal niet zinvolle maatregelen toegevoegd:

- Het gebruik van waterstofperoxide.
- Blaascatheterisatie indien decubitus daarvoor de enige indicatie is.
- Fysiotherapeutische applicaties zoals iontoforese met xanthinolnicotinaat of bestraling met ultraviolet licht.

In de consensus decubitus behandeling zijn standaardverpleegplannen voor preventie en behandeling opgenomen.

Hierin wordt op schematische wijze de hulpvraag, de doelstellingen, de handelingen en fasering beschreven.

Vergelijken we de oorspronkelijke plannen met de plannen zoals beschreven in de herziening dan blijken slechts kleine correcties doorgevoerd te zijn.

De beschrijving van een patiënt met een temperatuursverhoging en een temperatuursverlaging is geschrapt.

In het stadium II plan staat betadine 1 % beschreven in plaats van betadine 10 %. In de uitgave van 1986 staat in dit hoofdstuk stadium III genoteerd als oppervlakkige decubitus met necrose (a) en zonder necrose (b). In de uitgave van 1992 is dit gecorrigeerd als oppervlakkige decubitus zonder necrose (a) met necrose (b).

Dezelfde correctie geldt voor stadium IV. De passage dat de necrotomie in overleg met de arts ook door de verpleegkundige kan worden gedaan is geschrapt in de herziening.

Hieruit kunnen wij wellicht concluderen dat de interesse en de betrokkenheid van de medicus is toegenomen. De consensusbijeenkomsten en de activiteiten van de WCS hebben daartoe zeker een bijdrage geleverd.

Deze bijdrage heeft geleid tot het terugdringen van het aantal patiënten met decubitus. Dit wordt o.a. bevestigd door onderzoek uitgevoerd in 1988 in het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

PREVALENTIE IN NEDERLAND

Keuzenkamp extrapoleert twee buitenlandse onderzoeken naar de Nederlandse situatie: respectievelijk vanuit Denemarken 43.1 per 100.000 inwoners en vanuit Schotland 85.6 per 100.000 inwoners. Dit betekent voor Nederland 6300 - 11.900 patiënten met decubitus. Haalboom vermeldt in een publicatie een vergelijking van gegevens omtrent decubitus uit 1984 en 1988. Het aantal patiënten met decubitus blijkt gedaald te zijn van 59 in 1984 tot 31 in 1988.

Het aantal laesies per patiënt is eveneens gedaald van 1.6 naar 1.2.

Met name de stadia III en IV waren afgenomen met een opmerkelijk percentage - 47 %.

Tijdens het symposium: Doorliggen in het AMC, november 1992, worden op één dag 687 patiënten gescreend.

Dit levert uitkomsten op, die overeen

stemmen met het onderzoek van Haalboom. Opgemerkt dient te worden dat de opzet van beide inventarisaties niet vergelijkbaar is.

Vergelijking van de stadia van decubitus in 1984 en 1988 - Haalboom

Resultaten enquête AMC 1992. Aantal patiënten met decubitus. Verdeeld over:

| Stadium | aantal patiënten (%) | | 1992 |
|---------|----------------------|-----------|------------|
| | 1984 | 1988 | |
| I | 19 = 32 % | 12 = 39 % | 14 = 32 % |
| II | 7 = 12 % | 2 = 7 % | 3 = 7 % |
| III | 28 = 47 % | 15 = 47 % | 22 = 50 % |
| IV | 5 = 8 % | 2 = 7 % | 5 = 11 % |
| | 59 | 31 | 44 = 6.4 % |

KOSTEN DECUBITUS

De kosten voor de intramurale zorg zijn door Keuzekamp geraamd op 200 tot 400 miljoen gulden per jaar. Uitgaande van een verpleegprijs van f 200,— per dag.

In 1991 komt Haalboom middels een nauwkeurige berekening alleen al in de intramurale gezondheidszorg tot een aanzienlijke stijging - tenminste 700 miljoen gulden. Hierbij wordt uitgegaan van een verpleegprijs van f 650,— per dag.

In de thuiszorg zal waarschijnlijk eenzelfde bedrag worden uitgegeven. Het eindbedrag is gebaseerd op een prevalentie van 7000 verpleeghuispatiënten, 6600 ziekenhuispatiënten, 50 à 80 dwarslaesie patiënten en circa 12.000 patiënten in de thuiszorg.

In 1985 vermeldt Bakker in het hoofdstuk oorzaken, preventie en behandeling van decubitus van de Medifo uitgave, dat 33 % van zijn patiënten bij opname decubitus hebben. Het verschijnsel wordt bij slechts 50 % van de gevallen in de overdrachtsbrief vermeld. Dit fenomeen ligt bijzonder dicht bij de herkenbare opmerking. "Bij ons komt geen decubitus voor!"

Derhalve pleiten wij voor een landelijk gecoördineerd onderzoek naar de prevalentie van decubitus. Een uitdaging voor de jubilerende WCS - een decennium WCS.

Referentielijst

1. Dubue A., Pierquin L., Michels J.J.M.
Hoe kan decubitus worden voorkomen?
Patient Care 1982.
2. Ribbe M.W., Meijer J.H., Germs P., van Marum R.J.
Gevoeligheid in relatie tot het ontstaan van decubitus.
Vox Hospitalii
3. Doorliggen in het AMC.
Amsterdam 1992
4. Van Marum R.J., Germs P., Ribbe M.W.
De risicoscoring voor decubitus volgens Norton in een verpleeghuis.
Gerontologie en Geriatrie 1992
5. Palmén N.
Preventie decubitus in algemeen ziekenhuis. Een onderzoek naar het effect van verpleegkundige interventie ter voorkoming van decubitus.
Rijksuniversiteit Limburg. Afstudeerscriptie Gezondheids Wetenschappen. 1986.
6. Braun, Van Everdingen J.J.E.
Decubitus voorkomen is gemakkelijker dan genezen - een vertaling van Braun.
Patient Care 1990.
7. Keuzenkamp T.
De conservatieve behandeling van decubitus.
Utrecht Bohm, Scheltema en Holkema, 1982.
8. Consensus bijeenkomst preventie van decubitus. Utrecht: CBO 1985.
Consensus bijeenkomst behandeling van decubitus. Utrecht: CBO: 1986.
9. Halfens R.J.G.
Zinnvolle methoden bij decubituspreventie.
Maastricht 1992
10. De Jong B.D.
Decubitus bij lijdende aan dwarslaesie (proefschrift).
Utrecht 1968
11. Hulsebosch H.J.
Locale middelen syllabus consensus bijeenkomst decubitus behandeling.
Utrecht CBO 1986 p. 30-39.
12. Blanken-Spindler, J.
WCS Wondenboek Leiden
13. Herziening Consensus Decubitus.
Utrecht CBO 1992.
14. Haalboom J.R.E.
Decubitus in het ziekenhuis, 4 jaar later.
NTVG 1988.
15. Haalboom J.R.E.
De kosten van decubitus.
NTVG 1991
16. Bakker H.
Decubitus Medifo
Utrecht Bohm Scheltema en Holkema 1985