

Casus decubituswond zitbeen en de nieuwe richtlijn Decubitus

T. de Groot *

Dit kwartaal verschijnt de nieuwe richtlijn Decubitus (1). Er is veel over gesproken en lang aan gewerkt. Deze multidisciplinaire richtlijn is ontwikkeld door verpleegkundigen en verzorgenden onder leiding van Erik H.E.W. de Laat (Radboudumc, Plastische Chirurgie) in opdracht van de V&VN en is gefinancierd door ZonMw. De richtlijn Decubitus 2020 gaat de V&VN Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling (2) van 2011 vervangen. In de column van dit WCS Nieuws, met als titel '(On)mogelijkheden in decubituspreventie', daagt Sandy Egbreghts-Uchtmann ons uit om creatief om te gaan met decubituspreventie, wat mij op het idee bracht om een oude casus over decubitus naast de nieuwe richtlijn Decubitus te leggen om te kijken wat de nieuwe inzichten zijn.

Casus patiënt met decubitus zitbeen links

Op verzoek van de wijkverpleegkundige heb ik een patiënt thuis bezocht die al bekend was bij het transmurale wondteam, omdat hij twee jaar eerder behandeld was voor decubitus categorie 3 van beide hielen.

Naast patiënten die wij zien op het wondexpertisecentrum in het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer, zien wij ook veel patiënten in de eerstelijns op verzoek van de huisarts en/of de wijkverpleegkundige. Wij bezoeken patiënten met doorligproblematiek het liefst thuis.

Naast het voordeel voor de patiënt (geen reistijd, vervoer en transferstoel/-behandeltafel) is het voor de wondconsulent efficiënter. Een huisbezoek wordt het liefst gepland met de verzorger van de patiënt, wat vaak waardevolle informatie geeft. Daarnaast zien we de hulpmiddelen (AD- matras, AD-zitkussen(s) en (rol)stoel, overige hulpmiddelen en verbandmaterialen.

In deze casus betreft het een 61-jarige obese man, die door een paralyse van zijn benen rolstoelafhankelijk was geworden. De paralyse werd veroorzaakt door myelitis transversa (een acute infectie van het ruggemerg). Hij wilde graag zoveel mogelijk onafhankelijk zijn. De wijkverpleegkundige kwam tweemaal per dag voor de ADL, patiënt had een verblijfskatheter en om de dag kreeg hij hulp bij de defecatie d.m.v. een microlax zittend op een douchestoel. De overige transfers deed hij zelf met behulp van een glijplank. De wond van het linker zitbeen (foto 1) was een week eerder ontstaan. De wondbehandeling was volgens protocol gestart met honingzalf en een siliconen border verband. Omdat er geen genezingstendens was werd de wondconsulent ingeschakeld.

Tijdens het eerste huisbezoek werd de wondanamnese afgenomen volgens de ALTIS-methode en het TIME-model.

A: decubitus

L: linker zitbeen

T: sinds een week

I: categorie III

S: voorgevormd zitkussen lag een kwartslag gedraaid in de rolstoel, waarschijnlijk is de hoes van het kussen gewassen waarna deze verkeerd in de rolstoel is teruggelegd



Foto 1. Zitbeen decubitus links.

Afmeting: 3 x 2 cm
T: 100% geel
I: nee
M: vochtig
E: normaal

Oorzaak achterhalen

Bij inspectie van de rolstoel bleek dat het zitkussen een kwartslag gedraaid in de rolstoel lag. Het ging om een voorgevormd kussen met een mal voor de benen (geeft stabiliteit) en siliconen ter hoogte van de zitbenen (foto 2). Doordat het kussen niet goed in de rolstoel lag was de druk ter hoogte van het zitbeen verhoogd waardoor er schade ontstond aan de huid.

Behandeling

Nu de oorzaak achterhaald was konden we de behandeling inzetten. In principe wil je patiënten met zitdecubitus bedrust geven waarmee de wond het snelste geneest, omdat de druk van het zitbeen weggenomen wordt. Deze patiënt wilde dit niet, hij wilde niet op bed geholpen worden met de defecatie. Ook zou hij bij bedrust afhankelijker worden van zijn echtgenote en zorgverleners. We hebben samen met de patiënt, zijn echtgenote en de zorgverleners gekeken wat er wel mogelijk was.

I.o.m. de ergotherapeut vanuit de Wmo is gekozen voor een luchtzitkussen met een mal. Dit gaf voldoende stabiliteit bij het zitten en de zitbeenwond lag in het luchtgedeelte wat de druk meer vermindert dan het siliconen zitkussen. De transfers werden met een tillift gedaan die al aanwezig was maar welke niet vaak gebruikt werd. Er werd in overleg met de patiënt een schema



Foto 2. Voorgevormd zitkussen welke verkeerd in de rolstoel lag.

gemaakt waarbij hij meer uren in bed doorgebracht. In plaats van de hele dag in de rolstoel ging hij nu na de lunch drie uur naar bed. Hiervoor werden extra uren geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. Met de huisarts werd overlegd over het antistollingsbeleid. De fysiotherapie werd ingeschakeld voor spierversterkende oefeningen voor de armen.

Een alternerend AD-luchtmatras was al aanwezig, zijligging lukte niet i.v.m. de paralyse.

Door de huisarts werd een diëtist ingeschakeld, er werd een eiwitverrijkt dieet gestart.

Op basis van het TIME-model was de behandeling met honingzalf en een siliconen border verband prima. De verbandwissel werd in het begin iedere dag uitgevoerd, omdat het verband dan verzadigd was.

Veertien dagen na het eerste huisbezoek zagen we dat het gele weefsel langzaam verminderde (foto 3). Meneer gaf bij de evaluatie aan dat het goed te doen was, maar dat hij hoopte dat de wond snel zou genezen waardoor hij weer minder afhankelijk zou zijn.

Na 34 dagen (foto 4) was de wond 100% rood en meer dan de helft kleiner. Het laten zien van de digitale foto die steeds gemaakt werd gaf de patiënt een stimulans om het vol te houden. Na 45 dagen (foto 5) was de wond gesloten en konden we weer voorzichtig afbouwen naar de oude situatie. We hebben de patiënt kunnen motiveren om blijvend gebruik te maken van de tillift. Bij gebruik van een glijplank waren er teveel schuifkrachten op de huid. Daarnaast was het risico op vallen tijdens de transfer met de glijplank toegenomen door verminderde spierkracht in zijn armen. Ook kostten de transfers met een glijplank veel energie die hij beter voor andere dingen kon gebruiken. Het verband werd na de genezing nog twee weken voortgezet om de huid te beschermen.

Inzichten in de nieuwe richtlijn decubitus

Zijn er andere inzichten in de nieuwe richtlijn Decubitus welke van invloed zouden zijn geweest op deze casus van tien jaar geleden? Hieronder beschrijf ik de aanbevelingen uit de richtlijn die van toepassing waren op de patiënt uit de casus.

2.1. Ga vanwege het risico op decubitus bij onderstaande doelgroepen direct over tot preventieve maatregelen:

- zorgvrager met decubitus,
- zorgvrager die immobiel is,
- zorgvrager op de intensive care,
- zorgvrager op de operatiekamer,
- zorgvrager met een dwarslaesie,
- zorgvrager in de terminale fase.

Er is inderdaad geen risicoscore ingevuld. I.v.m. de



Foto 3. Zitbeen decubitus na 14 dagen.



Foto 4. Zitbeen decubitus na 34 dagen.



Foto 5. Zitbeen na 45 dagen.

dwarslaesie werden al preventieve maatregelen genomen.

3.1. Gebruik voor de classificatie van decubitus het internationale NPIAP/EPUAP decubitus classificatiesysteem (3).

Toelichting op deze aanbeveling:

De werkgroep heeft besloten om het gebruik van de meest

recente versie van de NPIAP/EPUAP Decubitusrichtlijn, bestaande uit vier categorieën en twee ondefinieerbare weefselschade-categorieën, te adviseren. Tot op heden werd in Nederland het EPUAP classificatiesysteem (1999) met vier categorieën gebruikt. In de nieuwe richtlijn decubitus worden naast de vier categorieën (categorie I t/m IV) twee wefseldefecten aanbevolen met een intacte huid: 'ongeclassificeerd' en 'vermoedelijk diepe wefselschade'. Het gebruik van de vier categorieën met de twee niet-te-definiëren-wefselschade-categorieën heeft de voorkeur van de werkgroep omdat het zorgt voor een duidelijker onderscheid, waarmee meer aandacht is voor wefselschade die niet direct zichtbaar is. Dit systeem wordt aangeduid als het NPIAP/EPUAP classificatiesysteem.

Categorie I: niet wegdrukkbaar roodheid bij een intacte huid,
 Categorie II: verlies van een deel van de huidlaag of een blaas,
 Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar),
 Categorie IV: verlies van een volledige wefsellaag (spier/bot zichtbaar).
 Niet naar categorie in te delen/ongeclassificeerd: verlies van een volledige huid- of wefsellaag. Diepte onbekend
 Vermoedelijke diepe wefselbeschadiging. Diepte onbekend.

De decubitus in de casus zou nog steeds geclassificeerd worden als een decubitus categorie III.

4.10 Gebruik hulpmiddelen om schuif- of wrijfkrachten te verminderen als deze bij het wisselen van houding ontstaan en verwijder deze na gebruik. Bijvoorbeeld: papegaai, tillift, glijlaken, glijhandschoen of glijplank met glijlaken.

Er werd een tillift ingezet.

4.19. Zet een drukverlagend luchtmatras in bij zorgvragers wanneer frequente houdingsverandering niet mogelijk is.

Er was al een alternerend luchtmatras aanwezig.

4.26. Overweeg om een meerlaags schuimverband aan te brengen op botuitsteeksels (bijv. hielen, sacrum) en continueer de andere preventieve maatregelen. Dit is niet gedaan omdat de decubitus ontstond door verkeerd gebruik van een hulpmiddel, daarnaast is deze preventieve maatregel discutabel. Preventief verband wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar. Plaklagen kunnen huidschade geven en een preventief meerlaags schuimverband vermindert de druk niet.

4.41. Screen en beoordeel de voedingstoestand en

gewichtsverandering van elke zorgvrager met risico op decubitus op de volgende momenten:

- wanneer de zorgvrager in zorg komt,
- bij verandering in de medische toestand,
- wanneer er geen vooruitgang in de wondgenezing is.

De diëtist is ingeschakeld bij verandering in de medische toestand (ontstaan decubituswond).

5.1. Bepaal wat de oorzaak is van de decubitus en intensieve de preventieve maatregelen bij zorgvragers met decubitus.

Dit is helaas niet gedaan door de wijkverpleegkundige en is m.i. het belangrijkste bij observatie van huidschade.

5.2. Houdingsverandering:

- Pas het wisselhoudingsschema aan.
- Vermijd dat de zorgvrager op de decubituswond zit of ligt en, indien niet mogelijk, beperk de tijd dat de zorgvrager op de decubituswond ligt.

Hier is aandacht voor geweest, rekening houdend met de beperkte mogelijkheden.

5.3. Drukverlagende maatregelen:

Herzie het gebruik van materialen en vervang deze door een hoogwaardiger soort.

Het zitkussen is aangepast aan de behoefte van de zorgvrager.

5.4. Wondzorg:

Gebruik een eenduidige methode om de decubituswond te beoordelen dat richtinggevend is voor de wondbehandeling, zoals het TIME-model en/of het WCS-model.

Het TIME-model is gebruikt.

6.2. Begeleid de zorgvrager in zelfmanagement door coachende gesprekken, met behulp van bijvoorbeeld gezamenlijke besluitvorming, doelen stellen of motiverende gespreksvoering.

Hier is aan voldaan.

7.4. Verwijs de zorgvrager naar een expert wondbehandeling als de decubituswond binnen twee weken niet verbetert.

Het expertteam werd een week na het ontstaan van decubitus ingeschakeld.

8.2. Maak per zorgteam afspraken met de samenwerkende

(multidisciplinaire) zorgverleners over de taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor de preventie/behandeling van decubitus:

- inschakelen verpleegkundig (wond)consulent: advisering, preventie/behandeling,
- inschakelen diëtist als voeding een risicofactor is op het krijgen van decubitus en voor zorgvragers met decubitus categorie III of hoger,
- inschakelen ergotherapeut: adviseren in houding en de keuze en het gebruik van (preventieve) hulpmiddelen,
- inschakelen fysiotherapeut om te adviseren bij bewegingsactiviteiten, zit- en lighouding en uitvoeren van transfers,
- contactleggen met de regiebehandelaar voor zorgvragers met decubitus,
- contactleggen met de huisarts, specialist oudergeneeskunde of verpleegkundig specialist voor extramurale zorgvragers met risico op decubitus.

Alle genoemde disciplines waren ingeschakeld.

Nawoord

Eigenlijk is de conclusie dat er niet veel gewijzigd is in de preventie en behandeling van decubitus sinds de decubitus richtlijn van 2011. De grootste verandering is de toevoeging van twee categorieën van decubitus en de aanbeveling om een meerlaags schuimverband preventief aan te brengen op botuitsteeksels. Voor deze casus van tien jaar geleden heb ik geen nieuwe inzichten gevonden in de nieuwe richtlijn Decubitus voor de preventie en behandeling van deze 61-jarige patiënt. Naast de nieuwe richtlijn Decubitus is er ook weer een handig samenvattingskaartje gemaakt.

Literatuur

1. De Laat EHEW, Engelen MM, Van Gaal BGI (2020). Richtlijn Decubitus. Multidisciplinair ontwikkeld door verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Utrecht, Nederland.
2. V&VN Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht, 2011.
3. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Cambridge Media. Perth, Australia, 2014.

* *Tonny de Groot, wondconsulent LangeLand Ziekenhuis / ZorgBrug / WEC, Zoetermeer.*
Lid WCS Commissie Decubitus en lid redactie WCS Nieuws.
T. de Groot@llz.nl