

Decubitusschalen

Dehaes André*
De Keyser Germain*
Jacquerye Agnes*

Inleiding

In WCS nieuws nr.2 las ik het artikel Scorelijsten voor decubitus: hun validiteit en betrouwbaarheid én hun gebruik.

Met de kans van overlapping en herhaling wil ik toch een artikel over het zelfde onderwerp presenteren. Dit verscheen als onderdeel van een gids voor verzorgingsinstellingen door de Belgische werkgroep voor kwaliteitszorg ter preventie van decubitus, uitgegeven door het Belgische Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu als voorbereiding voor een nationale registratie ter preventie van decubitus. Deze registratie kadert in een kwaliteitsproject COMAC/ HSR van de Europese Unie.

Deze registratie gaat door in december 1995 en momenteel hebben ongeveer 120 verzorgingsinstellingen ingeschreven om deel te nemen aan deze registratie.

Germain De Keyser

Bij decubituspreventie en behandeling zijn hulpmiddelen zoals risico- en classificatieschalen ontwikkeld.

Het totaal van de meest verspreide risicoschalen is 8, waarbij geen rekening gehouden wordt met schalen welke gebruikt worden voor andere doeleinden doch welke het risico op decubitus aangeven.

Op de intensieve afdelingen gebruikt men b.v. de Apache2 wat een indicatie geeft van de algemene toestand van de patiënt.

Bij het Wit-Gele Kruis een kruisvereniging in België hanteert men de Katzschaal welke een ADL schaal is, doch eveneens het risico op decubitus evalueert.

De vermelde risicoschalen zijn:

Norton
Gosnell
Braden
Douglas
Knoll
Waterlow
CBO consensus
Ek

Het opsporen en bepalen van risicopatiënten is geen doel op zich, maar een begin van een gans proces van preventieve maatregelen ter voorkoming van decubitus.

Het is een dynamisch gegeven daar de toestand van de patiënt snel kan veranderen.

Algemene beschouwingen omtrent risicobepaling

Er is bij onderzoekers en practici géén over-

eenkomst over de wijze en bepalen van de risicopatiënten.

Drie tendensen zijn merkbaar:

- De verpleegkundige schat het risico in op subjectieve wijze (werken met de natte vinger)
- Risicobepaling aan de hand van een evaluatieschaal.
- De verpleegkundige is goed opgeleid en kan risicofactoren en hun onderlinge interactie herkennen, en kan een individueel preventieplan opstellen.

Subjectieve risicobepaling

Er is onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van risicobepaling op subjectieve wijze, maar er zijn geen eensgezinde conclusies.

Gebruik van evaluatieschalen

De waarde van evaluatieschalen blijft betwistbaar,

- Sommigen stellen dat risicobeoordeling d.m.v. een schaal geen waardevol hulpmiddel is, maar alleen een supplement betekent voor de kennis van de verpleegkundige in verband met extrinsieke en intrinsieke factoren bij het ontstaan van decubitus.
- Een scorelijst stimuleert het denken doch vervangt het niet.

Sensitiviteit en specificiteit van een schaal:

Sensitiviteit is de mate waarbij patiënten met een reëel risico inderdaad als risicopatiënt worden aangeduid.

Risicoschalen Decubitus

Naam	Norton	Gosnell	Braden	Douglas	Knoll	Waterlow	Lowthian	Consensus CBO
aantal risicofactoren	5	5	6	6	8	6	6	10
schaalindeling maximum	20	20	23	24	33	20	16	30
risico-aanduiding max-min	<14	>11	16	<18		<12	>5	>8
fysieke toestand	x				x		x	
voedingstoestand algemeen		x	x	x				x
eetlust						x		
voeding peros					x			x
voeding parenteraal/sondevoeding								x
vochtinname					x			
mentale toestand	x	x		x	x		x	x
aktiviteit	x	x	x	x	x		x	
mobiliteit	x	x	x		x	x	x	x
incontinentie	x	x		x	x	x	x	x
gevoelswaarneming			x					
vochtigheid			x					
wrijving, uitrekking van de weefsels			x					
pijn				x				
voorbeschikte ziekten					x			
gestalte en gewicht						x		
lengte								
huidtype				x		x		
geslacht						x		
leeftijd						x		x
roken								
neurologie								x
medicatie								x
diabetes								x
temperatuur								x
Sensitiviteit	88/63%	n.g.	100%	n.g.	n.g.	n.g.	89%	n.g.
Specificiteit	70/36%	n.g.	64/90%	n.g.	n.g.	n.g.	76%	n.g.
algemene waarde	goed	vaag	zeer goed	goed				
							orthopedie	

Specificiteit: is de mate waarin er geen niet-risicopatiënten als risicopatiënt worden aangeduid.

Samenvattende beoordeling van evaluatieschalen

- -Scores dienen soms omgekeerd te worden beschouwd: bij sommige schalen verhoogt het risico naarmate de score toeneemt, bij andere naarmate de score daalt.
- -Het aantal en de aard van de risicofactoren varieert in de verschillende schalen en kan eveneens de omschrijving van de verschillende aspecten verschillen.
- -Niet alle risicoschalen zijn eenvoudig in gebruik.
- -Er is nood aan meer onderzoek naar de waarde van de verschillende risicoschalen, als er onderzoek reeds is gebeurd, is er dikwijls geen afdoend besluit genomen.

- De Braden schaal komt in de literatuur naar voren als de meest valide en betrouwbare schaal bij een populatie van verschillende leeftijdsgroepen.

- Een risicoschaal kan een waardevol element zijn in het bepalen van het decubitusrisico, in het plannen van preventieve zorgen, bij bijscholing van personeel, voor het toekennen van duur preventief materiaal aan patiënten maar met het oog op de beperkingen dienen risicoschalen met de nodige terughoudendheid te worden gebruikt.

- Het ontstaan van risicoschalen resulteerde in preventieve maatregelen en waren in het begin zeer doeltreffend. Momenteel bestaan deze preventieve maatregelen nog steeds en worden niet alleen toegepast bij risicopatiënten maar bij een grotere patiëntenpopulatie.

- Dit heeft als gevolg dat bij selectie van een risico patiënt de preventieve maatregelen reeds genomen zijn en men twijfelt over het nut van systematisch invullen van risicoschalen.

2 Classificatiemodellen

Aan wat moet een goed classificatie model beantwoorden?

De methode moet eenvoudig, universeel, valideerbaar, prospectief zijn en er moet een koppeling zijn aan het genezingsproces, verwachtingen en de produktkeuze.

De methode moet eveneens kunnen gebruikt worden als studieobject.

Eenvoudig:

d.w.z.: de onderdelen van het classificatie model dienen duidelijk te zijn, vlot bruikbaar liefst geen moeilijke of andere lichaamsvreemde begrippen

Universeel:

Een classificatiemodel dient te kunnen gebruikt worden bij alle wondtypes, dus toepasbaar bij vele wonden.

Het biedt de mogelijkheid om overeenkomsten in behandeling duidelijk te maken en aldus produktvoorschriften te verduidelijken.

Buiten de kleurclassificatie is er geen enkele andere mij bekend.

Valideerbaar:

Dit wil zeggen bij het gebruik van een classificatiemodel moeten de bekomen gegevens betrouwbaar zijn. Indien verschillende personen bij dezelfde wond de classificatie gebruiken moeten zij in principe hetzelfde resultaat bekomen.

(goede interobserver variatie.)

In andere modellen is dit dikwijls een punt van discussie.

Prospectief:

Indien een classificatiemodel de kans biedt om eveneens een kwaliteitstoetsing te bieden is dit een voordeel, m.a.w. de kleurclassificatie geeft een logische volgorde aan de diverse stappen van de wondheling en is dan eveneens bruikbaar in de tegenovergestelde zin.

Het moet een goede voorspellende waarde hebben met een rechtstreekse koppeling aan het genezingsproces, de verwachtingen en de produktkeuze.

Studieobject:

Men moet een classificatiemodel wetenschappelijk kunnen gebruiken als vaste variabele wat

de mogelijkheid biedt om behandelingen te evalueren.

Het moet daarom vlot communiceerbaar en codeerbaar zijn

Uit een recent literatuuroverzicht kan men 8 meest gebruikte classificatiemodellen vinden n.l.

Shea / CBO Nederland

National Pressure Ulcer advisory panel

Eltorai

Carpenito

Colin

Groupe belge francophone ACN- FNI

WCS België

Deze classificaties zijn meestal gebaseerd op de histologische referentie d.w.z. de graden komen overeen met defekten van epiderm, derm, facia, bot en gewrichtsstructuren waarbij de stadia stap voor stap worden uitgelegd. Als referentie voor wetenschappelijk werk is dit ideaal doch in de praktijk is het zeer moeilijk om te komen tot een eensgezinde interpretatie van de verschillende stadia.

Uit de studie van Buntinks et al 1994 bleek dat bij 40 patiënten welke beoordeeld werden door 4 artsen en 4 verpleegkundigen de interobserver variabele significant afwijken voor Shea / CBO classificatie doch de WCS kleurenclassificatie significant positief scoorde. Dit is zeer belangrijk omdat aan de geobserveerde classificatie een behandeling gekoppeld wordt, en indien deze classificatie foutief is eveneens de behandeling verkeerd is daarom als voorbeeld beide classificaties.

Classificatie volgens de consensusbijeenkomst (decubitusbehandeling, Utrecht 1988)

Graad 0 = Intacte huid

Graad 1 = Lokale roodheid, niet wegdrukbaar

Graad 2 = Blaarvorming

Graad 3A = Oppervlakkig decubitusletsel, zonder necrose

Graad 3B = Oppervlakkig decubitusletsel, met necrose

Graad 4A = Diep decubitusletsel, zonder necrose

Graad 4B = Diep decubitusletsel, met necrose

De meest gebruikte classificatiemodellen van Decubitus

Hystologische referentie	Shea	Yarkoni-Kirk	National Pressure Ulcer advisory panel	Eltorai	Carpenito	Colin	Groupe belge francophone ACN-FNI	WCS België
Huid	Stadium 1	Stadium 1	Stadium 1	A	Stadium 1	Stadium 1	Stadium 1	
epiderm/ dermis	roodheid erytheemschijf blaar	A: roodheid gedurende 30 min <24 uur B: >24 uur	erytheem met intacte huid	voorstadium erytheem roodheid	geleidende roodheid	erytheem	roodheid	niet wegdrubare roodheid
	Stadium 2	Stadium 2	Stadium 2	B	Stadium 2	Stadium 2	Stadium 2	blaarvorming
	oppervlakkig ulcus	oppervlakkig ulcus betreffende epidermis of dermis	oppervlakkig ulcus betreffende epiderm of dermis: ontvelling blaarvorming epidermoslating	ulcus stadium 1 betreffende epiderm	blijvende roodheid	blaarvorming ontvelling	blaarvorming	
				Stadium 2	Stadium 3		Stadium 3	rode oppervlakkige wonde
				betreffende dermis	erytheem en oedeem met blaarvorming of ontvelling		ontvelling	gele oppervlakkige wonde
sub-cutaan weefsel of hypoderm	Stadium 3	Stadium 3	Stadium 3	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 3	Stadium 4	
	diep ulcus tot in het vetweefsel	ulcus tot in het hypoderm doch niet in het spierweefsel	betreffende onderhuids weefsel doch niet in de onderliggende facia het ulcus heeft een diep krateruitzicht met of zonder betrekking op de weefsels uit de omgeving	betreffende onderhuids weefsel	diep letsel met betrekking van andere weefsels	necrose, zwarte droge korst met betrekking van alle weefsels	gesloten necrose	zwarte oppervlakkige wonde
diepe facia en spieren			Stadium 4	Stadium 4A		Stadium 4		diepe rode wonde
			diepe huidbeschadiging met groot verlies van weefsel, necrotisch weefsel betreffende spieren, bot of pezen	diep letsel met betrekking van diepe facia spieren en pezen		Ulcus A voor debridement necrotische holtes met fibrineuse inhoud	Stadium 5 open necrotische wonde	diepe gele wonde diepe zwarte wonde
periost	surinfectie van bot of gewricht	Stadium 4 betreffende diepe facia spieren en niet zichtbaar bot		Stadium 4B betreffende bot en periost	Stadium 5 diep letsel bot en spieren inbegrepen	grote infectie of ontsteking		
						B na debridement granulatiweefsel aanwezig	Stadium 6 granulatie en sluiting van het ulcus	
bot	Stadium 4 betreffende diepe facia spieren, periost en bot	Stadium 6 betreffende het gewricht						
	Stadium 5 grote gesloten caviteiten met zijdelings fisteltraject					Stadium 5 meerdere decubitusletsels van verschillende stadia	Stadium 7 genezing	decubitus met verschillende kleuraspecten

WCS Decubitus classificatie
 niet wegdrubkare roodheid
 blaarvorming
 oppervlakkige wonde
 rood
 geel
 zwart

diepe wonde
 rood
 geel
 zwart

wonde met verschillende kleuraspecten.

Besluit:

Uit het voorgaande kunnen wij besluiten dat het W.C.S. kleur classificatiemodel een ideaal hulpmiddel is om wond- en wondbehandeling door een deskundige bril te bekijken. Het biedt verschillende mogelijkheden welke we niet terugvinden in andere modellen. Door zijn eenvoud en betrouwbaarheid is dit model een bijzondere aanwinst in de wondbehandeling.

* Dehaes André, Verpleegkundig Ziekenhuishygiënist St. Norbertus Ziekenhuis Duffel

* De Keyser Germain, Hoofdverpleegkundige Universitaire Ziekenhuizen Leuven

* Jacquerye Agnes, verantwoordelijke voor de nationale coördinatie van de Belgische Werkgroep voor Kwaliteitszorg ter preventie van Decubitus

Mölnlycke.

Het juiste produkt op de juiste plaats.

ZWARTE FASE NECROTISCHE FASE		
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
	Mesoft	Nonwoven kompres
	Gaas	Hydrofiel gaaskompres
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister
GELE FASE INFLAMMATOIRE FASE		
Reiniging / drainage	Mesalt	Geïmpregneerd zoutkompres
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
	Mesoft	Nonwoven kompres
	Gaas	Hydrofiel gaaskompres
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister
RODE FASE GRANULATIE FASE		
Verkleving voorkomen	Mepitel	Silicone wondcontact-materiaal
	Ete	Granulatie sparend kompres
Wondbedekking	Mepore	Chirurgisch pleister
	Mesorb	Absorberend verband
Fixatie	Mefix	Fixatiepleister



Mölnlycke (Nederland) B.V.,
 Divisie Medische Produkten,
 Kostverlorenhof 2, 1183 HE Amstelveen,
 telefoon: 020 - 5451747