

Protocol decubituspreventie en - behandeling in het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam

Auteur: E. Plas

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1988

Pagina: 19-25

Jaargang: 4

Nummer: 4

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden: Voor de schema's en scorelijsten wordt verwezen naar desbetreffende WCS Nieuwsbrief.

Kernwoorden: decubitus preventie wondbehandeling protocollen

Literatuur: 1. Schut G.L., Diagnose: decubitus. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1982 (proefschrift) 2. Keuzenkamp T., De conservatieve behandeling van decubitus. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1982 3. Haalboom J.R.E., De behandeling van decubitus. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1978, 122: 1652-6 4. Bakker H., Consensusbijeenkomst preventie decubitus'. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1985, 129: nr. 27 5. Boekje consensusbijeenkomst decubituspreventie. Vrijdag 1 februari 1985, Utrecht, Diverse auteurs. 6. Tijdschrift WCS-Nieuws, maart 1988, nr. 1 (integraal nummer).

Dit decubitusprotocol is gebaseerd op de consensus die landelijk is bereikt over decubituspreventie. De richtlijnen die voortvloeien uit deze consensus heb ik verwerkt in een concreet protocol c.q. beleid voor het Sint Lucas Ziekenhuis. Op deze wijze kunnen wij vorm en inhoud geven aan een goede zorg op het gebied van decubitus, waardoor kwaliteit zichtbaar wordt en getoetst kan worden. Onder kwaliteit versta ik de mate van het bereikte voordeel met een verantwoord gebruik van middelen. Dit protocol moet niet gezien worden als een statisch en definitief beleid, want ook decubituspreventie en -behandeling zijn onderhevig aan nieuwe visies en ontwikkelingen. Bovendien hebben verpleegkundigen een grote ervaring opgebouwd op het gebied van decubitus. Daarom sta ik open voor zinvolle suggesties en aanvullingen en ben ik bereid eventuele vragen en onduidelijkheden te beantwoorden, te verduidelijken en uit te leggen.

Definitie decubitus

Onder decubitus wordt verstaan elke degeneratieve verandering die veroorzaakt wordt onder invloed van de op weefsels inwerkende comprimerende krachten (druk) en schuifkrachten. (Schut, 1982)

In de literatuur spreekt men meestal over het onderscheid van decubitus in 4 graden, terwijl ik

liever spreek over de volgende 5 graden:

- 1 - roodheid die niet weg te wrijven is.
- 2 - ontvelde huid.
- 3 - blaarvorming.
- 4 - open huid.
- 5 - gangreen.

Decubitus komt voor op plaatsen van het lichaam die het meest aan druk of schuiven zijn blootgesteld, zoals: stuit, heupen, hielen, schouderbladen, ellebogen, oren, et cetera.

Onderscheid decubituspreventie en decubitusbehandeling

Decubituspreventie en –behandeling vereist een multidisciplinaire benadering. Teveel wordt de verantwoordelijkheid van decubituspreventie en –behandeling gezien als een louter verpleegkundige aangelegenheid, terwijl ook de arts voor dit beleid verantwoordelijkheid draagt.

Wanneer verpleegkundigen en artsen – beiden vanuit hun eigen deskundigheid – dagelijks samen beleid maken voor decubituspreventie, met name bij risicopatiënten, zal decubitusbehandeling minder vaak voorkomen. Dit behoort een vast aandachtspunt te zijn tijdens de dagelijkse visites. Het is dus duidelijk dat de verpleegkundige die de patiënt verzorgt, tijdens de visite aanwezig is.

De verpleegkundige neemt ten aanzien van decubituspreventie en –behandeling wel een centrale en coördinerende plaats in, maar de behandeling van decubitus is een medisch probleem, omdat een huiddefect een medische diagnose en een medische therapie vereist. Decubitusbehandeling ligt derhalve op het terrein van de chirurg of dermatoloog. Van iedere decubituswond dient een wondkweek gemaakt te worden en aan de hand van de uitslag moet de chirurg de therapie voorschrijven. (Zie protocol decubitus in het ziekenhuis-hygiëneboek.)

Risicopatiënten

Bij onder andere de volgende groep patiënten moeten wij extra maatregelen treffen ter voorkoming van decubitus:

- Patiënten die algehele bedrust hebben.
- Suffe, soporeuze, subcomateuze en comateuze patiënten.
- Lusteloze, gedeprimeerde, depressieve, apathische en stuporeuze patiënten.
- Verlamde patiënten.
- Sterk vermagerde en zeer corpulente patiënten.
- Incontinente patiënten.
- Patiënten met anaemie.
- Patiënten die behandeld worden met chemotherapie.
- Patiënten met een slechte bloedcirculatie.
- Patiënten met diabetes mellitus.
- Terminale patiënten.
- Patiënten in gips en tractie.
- Patiënten na een ernstig trauma.
- Patiënten die de gehele dag op de stoel of in de rolstoel doorbrengen.

Verder kan iedere afdeling nog zijn eigen risicopatiënten benoemen.

Bij deze risicopatiënten moeten de verpleegkundige voorzorgsmaatregelen die genomen dienen te worden, aangegeven worden in het verpleegplan. Het afsprakenblad moet gebruikt worden voor de afstemming patiëntenbeleid met andere disciplines. Het rapportageblad moet gebruikt worden om de voorzorgsmaatregelen vast te leggen, die voor de patiënt uitgevoerd zijn met vermelding van afwezigheid of aanwezigheid van het resultaat. Naast het schriftelijke communicatiesysteem is een systematische mondelinge overdracht en overleg noodzakelijk. Niet alleen met verpleegkundigen bij elkaar, maar ook met artsen, diëtisten en fysiotherapeuten tijdens de wekelijkse patiëntenbespreking. Op deze manier wordt voorkomen dat er verschillende methoden door elkaar gebruikt worden en wordt beleid op elkaar afgestemd.

Een standaardverpleegplan kan bij de uitvoering ondersteuning bieden. (Zie bijlage 2: standaardverpleegplan decubituspreventie.) Het hanteren van een scorelijst zoals men heeft ontwikkeld en gebruikt in het Academisch Ziekenhuis Utrecht is een andere zinvolle ondersteuning. (Zie bijlage 1.)

Maatregelen om decubitus te voorkomen

- Dagelijkse huidinspectie en rapportage.

Vooruitgang of achteruitgang exact vermelden, bijvoorbeeld: 'patiënt heeft rode stuit, is wel weg te wrijven', of: 'Patiënt heeft rode stuit, roodheid is niet weg te wrijven'.

- Dagelijkse wasbeurt en 's middags onderbeurtje geven en de patiënt goed afdrogen.

- Intacte huid goed wrijven om goede doorbloeding te bevorderen. Toelichting:

Wanneer men bij de preventie van decubitus behoefte heeft aan een lokaal middel voor de verzorging van de huid, met name als bescherming tegen uitdroging en uitwendige traumatiserende factoren, zal men bij voorkeur gebruik maken van gewone middelen die het minste kans geven op ongewenste bijwerkingen zowel voor de patiënt als voor de verzorger. Gebruik echter ook voor het aanbrengen van gewone middelen altijd een spatel om het middel uit het potje te halen en handschoenen om het middel op de huid aan te brengen. Bij de keuze van gewone middelen geldt de volgende basisregel:

1- normale, intacte huid: anti-decubituscreme.

2- Te droge, intacte huid: gewone zalf op vaselinebasis door de apotheek zelf gemaakt.

3- Vochtige of nattende huid: heel dun zinkolie.

- Spoelen of onderbeurtje geven na gebruik van de steek en goed afdrogen.

- Zorgen voor een gladde, droge, schone onderlaag.

- Geen horloge, ringen, armbanden en dergelijke dragen en de nagels kort geknipt houden om huidbeschadiging te voorkomen.

- De patiënt – voor zover mogelijk – laten bewegen.

- Consequente wisselgigging geven; dat wil zeggen à 2 uur. Denk ook aan de mogelijkheid van buikligging.

- Voorkom halfzittende houding in bed waarbij sprake is van schuifkrachten. Zonodig (half)naakt verplegen.

- Laat de niet-bedgebonden patiënten regelmatig 'liften' uit de (rol)stoel of op een andere wijze van houding veranderen.

- Anti-decubitusmatras geven of vraag in uitzonderlijke situaties via directie en verpleegkundige dienst een Clinitronbed aan.

- Voorkom voedingsdeficiënties door goede observatie en rapportage. Houdt eventueel een voedingslijst bij.

- Betrek de patiënt bij de preventie en geef goede voorlichting. Dit werkt motiverend voor de patiënt om decubitus te helpen voorkomen.

- Bij incontinentie van urine en/of faeces de patiënt zo vaak als nodig is wassen en verschonen. Frequentie controle op incontinentie en de patiënt nooit incontinent laten liggen. Gebruik eventueel een disposable matje onder het steeklaken, maar leg de patiënt er nooit rechtstreeks op; dit gaat broeien. Laat de incontinentie patiënt iedere 2 uur urineren, ook 's nachts. Leg bij een man een urinaal aan of geef een uritip. Is de patiënt zodanig incontinent dat bovenstaande maatregelen niet haalbaar zijn, kan men in overleg met de arts een katheter à demeure overwegen. Hanteer daarbij het protocol van de katheter à demeure (Zie ziekenhuishygiëneboek.) Wees niet te snel met het voorstel van de katheter à demeure vanwege de complicaties die zich kunnen voordoen.

Maatregelen bij dreigende decubitus = roodheid van de huid die niet meer weg te wrijven is

- Dagelijkse huidinspectie en rapportage. Vooruitgang of achteruitgang exact vermelden. Bijvoorbeeld: 'Patiënt heeft een open plekje op de stuit ter grootte van een dubbeltje of kwartje, pust niet en is goed doorbloedt'.
- Niet meer wrijven: de kleine haarvaatjes zijn verkrampd. Gaat men toch wrijven, dan wrijft men deze stuk met als gevolg decubitus.
- Druk verplaatsen door middel van wisellegging met als ondersteuning een antidecubitusmatras en vette watten tussen knieën, enkels en dergelijke. Vette watten bij iedere verzorging vernieuwen, omdat het gauw een harde massa wordt en het effect verdwijnt.
- In overleg met arts eventueel diëtiste inschakelen voor calorierijke voeding. Houdt een vocht- en voedingslijst bij.
- Dekendoek geven bij roodheid van hielen, knieën en enkels: het nut hiervan is dat het gewicht van de dekens geen extra druk geeft op de bedreigde plaatsen.
- De arts kan bloedtransfusie voorschrijven als dat geïndiceerd is bij patiënten met een anaemie.

Maatregelen die niet zinvol zijn

- IJzen en föhnen.
- Toelichting: het nut is wetenschappelijk nooit aangetoond. Nadelen zijn:
 - 1 - verwonding door ijsblokjes.
 - 2 - gevaar voor verbranding ten gevolge van föhnen bij gevoelloosheid.
 - 3 - de snel wisselende temperatuur is slecht voor de verkrampde haarvaatjes.
 - 4 - men verspreidt de bacteriën tijdens het föhnen. (Zie decubitusprotocol in het ziekenhuishygiëneboek.)
- De windring.
- Toelichting: een windring heeft een dubbele naad waardoor de bloedcirculatie wordt belemmerd. Bij verkeerde plaatsing van het ventiel ontstaat een puntvormige plaats van verhoogde druk waardoor decubitus ontstaat.
- Specifiek, uitwendig toegepaste middelen zoals: kamferspiritus, mercurochroom, speciale zalven en zepen. Toelichting: deze middelen geven kans op ongewenste bijwerkingen en allergische reacties zowel voor de verzorger als voor de patiënt. Bovendien bestaan er geen middelen die op de huid kunnen worden aangebracht waarmee de bloedingstoornissen kunnen worden opgeheven. Veel van de vermeende werkzaamheid van lokale middelen berust op het feit dat de patiënt gekeerd moet worden, waardoor drukontlasting wordt verkregen. Daarom

moet geen overmatige waarde worden toegekend aan een bepaald middel. Ik kan dit niet hard genoeg benadrukken!

- Inpakken van hielen en / of ellebogen met vette watten en zwachtelen. Een uitzondering kan zijn een situatie van kortdurende druk zoals bij operaties. Toelichting: in de praktijk zijn verschillende bezwaren aan te voeren:

- 1 - het verband blijft vaak te lang zitten. Het onderliggend weefsel wordt zodoende onvoldoende

2 - indien het verband gaat schuiven treden er drukverschillen op die ongunstig kunnen zijn.

3 - het zwachtelen belemmert de bloedcirculatie in het omringende gebied.

- De schapenvacht. Toelichting:

1 – de natuurlijke vacht is niet hygiënisch en niet praktisch. De vacht moet veel gewassen worden ,anders is het een bron van bacteriën. Door het wassen wordt de vacht echter hard en vermindert de werkzaamheid. Eigenlijk moet de natuurlijke vacht dagelijks geborsteld worden en niet gewassen, wil het zijn werkzaamheid behouden. Op de verpleegafdeling is borstelen een onhygiënische handeling. Daarom wordt het gebruik van de natuurlijke vacht sterk afgeraden.

2 – de synthetische vacht is beter wasbaar, maar heeft minder goede absorberende en drukverdelende eigenschappen dan de natuurlijke vacht en is daarom niet effectief als preventie maatregel.

- Het uitbruisen van de wond met waterstofperoxide. Toelichting:

1 - de antiseptische werking van waterstofperoxide is te verwaarlozen.

2 - het granulatieweefsel wordt door waterstofperoxide beschadigd.

Maatregelen bij decubitus

A. Licht ontvelde huid of open bilnaad welke schoon en goed doorbloed is.

1 - wondranden dun met zinkolie beschermen.

2 - frequente wisselgiving geven, daarbij druk op de beschadigde huid moet worden vermeden.

3 - de wijze en frequentie van de verzorging in het verpleegplan vermelden.

4 - exacte en uniforme rapportage na iedere verzorging, zodat geen misverstanden bij teamleden kunnen ontstaan.

5 - wekelijks -vaste tijd- met teamleden en arts evalueren over voor- of achteruitgang of zonodig vaker.

B. Blaarvorming:

1 - in overleg met arts omgeving van de blaar beschermen tegen maceratie.

2 - blaardak intact houden door zoveel mogelijk uitwendige druk op te heffen door bijvoorbeeld

hiel- of elleboogring van vette watten, zodat blaar vrij komt te liggen. Drie maal per dag nieuwe hiel/elleboogringen maken, omdat de vette watten pletten.

3 - pijnobservatie en in overleg met de arts pijnmedicatie afspreken. Heel vaak wordt dit vergeten!

4 - ga verder te werk als onder A, punt 2 t/m 5.

C. Pussende en niet doorbloede wond; ook open blaar:

1 - wondkweek maken.

2 - chirurg in medebehandeling laten komen voor verdere therapie.

3 - voorkom secundaire en kruisinfecties (Zie decubitusprotocol in het

ziekenhuishygiëneboek.)

4 - pijnobservatie en in overleg met de arts pijnmedicatie afspreken. Pijnmedicatie zonodig 30 minuten vóór de wondverzorging toedienen.

5 - ga verder te werk als onder A, punt 2 t/m 5.

D. Necrotische wond: zie voorschriften onder C, punt 1 t/m 5.

Eindconclusie

Het zal duidelijk zijn dat er een eenduidig en concreet beleid is op het gebied van decubituspreventie en –behandeling wanneer we dit protocol uniform in het ziekenhuis hanteren. Dit levert de volgende voordelen op:

1. De kwaliteit van de patiëntenzorg zal verbeteren op het gebied van decubituspreventie en -behandeling, doordat men éénduidig, concreet, methodisch en patiëntgericht zorg verleent. Op deze wijze geeft men vorm en inhoud aan een goede zorg, waardoor kwaliteit zichtbaar wordt en getoetst kan worden.
2. De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen zal verbeteren, omdat decubituspreventie en –behandeling niet langer gezien wordt als een louter verpleegkundige aangelegenheid, maar multidisciplinair wordt benaderd en een dagelijks aandachtspunt is bij de risicopatiënten tijdens de visite.
3. Doordat decubituspreventie multidisciplinair wordt benaderd, zal decubitus minder vaak voorkomen. Dit komt de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede, maar is ook kostenbesparend, omdat de opnameduur niet onnodig verlengd hoeft te worden door behandeling van decubitus.
4. Onduidelijkheid en irritaties onderling nemen af doordat niet allerlei middelen en handelingen door elkaar worden toegepast. De arbeidstevredenheid kan hierdoor toenemen.
5. De leerlingverpleegkundigen weten op iedere afdeling waar ze aan toe zijn, mits men in de theorie op school ook dit protocol hanteert. Dit geeft de leerlingen duidelijkheid en houvast.
6. Kostenbesparing op medicinale zalven en lokale middelen, doordat slechts op indicatie en voorschrift van de specialist deze middelen toegepast kunnen worden.

Esther Plas, hoofdverpleegkundige afd. B6 Sint Lucas Ziekenhuis Amsterdam