

Top 5 Decubituspreventie. Beter keren dan smeren.

Auteur: I. Nies

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 2002

Pagina: 53-57

Jaargang: 9

Nummer: 5

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: decubitus preventie smeren wiselliging protocollen
- Defloor T, Vandenbossche K, e.a.: Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel, Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001. - Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) voor de Intercollegiale Toetsing. Herziening Consensus Decubitus. Utrecht, 1992. (In juni 2002 verschijnt een nieuwe Nederlandse richtlijn.) - Zakboekje Decubituspreventie.

Literatuur: Achtergrondinformatie voor verpleegkundigen en verzorgenden. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2000. - Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999; 3:53. - Defloor T. Meer oppervlak, minder druk. Nursing 1999; 4:53. - Defloor T. Zitten onder hoge druk. Nursing 1999; 5:50. - Vierde Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus toont aan: Decubitusbeleid nog te veel ver-van-ons-bed-beleid. Health Care Magazine 2001; 4: 3-7.

Nog niet zo lang geleden smeerden we hiel na hiel in en ijsden en föhnden we er lustig op los, alles ter voorkoming van decubitus. Dat is achterhaald, maar hoe moet het dan wel? De preventietips top 5.

Eén op de vijf patiënten in een algemeen ziekenhuis krijgt decubitus. In verpleeghuizen is dat zelfs één op de drie, blijkt uit de resultaten van de landelijke prevalentie meting decubitus. 'Zorgelijke cijfers', vindt dr. Ruud Halfens van de Universiteit Maastricht. Hij is de stuwende kracht achter de prevalentie meting. Dit jaar is het voor de vijfde maal dat ziekenhuizen, academische centra, verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg op dezelfde dag (9 april) gemeten hebben hoeveel van hun patiënten decubitusverschijnselen vertonen. En hoewel decubitus de afgelopen jaren weer duidelijk op de agenda staat, verwacht Halfens dat de cijfers nog steeds hoog zullen zijn. 'Wat we wel zien is dat bij instellingen die aan eerdere metingen hebben meegedaan het cijfer daalt. Dit jaar nemen echter veel nieuwe instellingen aan de meting deel. In totaal doen 158 instellingen mee, vorig jaar waren dat er 98.'

Niet spectaculair

Hoe komt het nu dat decubitus nog steeds zo vaak voorkomt? Halfens: ‘De kwaal is simpelweg niet spectaculair genoeg. Een goed decubitusbeleid is vooral gericht op het voorkómen van decubitus. En het vervelende van preventie is nu juist dat je er niets van ziet.’ Wat ook meespeelt, is dat de methoden die in de praktijk gebruikt worden om decubitus te voorkomen, meer gestoeld zijn op trial and error dan op inzichten die voortkomen uit onafhankelijk, wetenschappelijk onderzoek (evidence based practice). Zo worden nog steeds op grote schaal billen, hielen en ellebogen stevig ingesmeerd met zalven en crèmes terwijl onderzoek al in 1962 aantoonde dat dat niet bijdraagt tot de preventie van decubitus. Toch blijven legio verpleegkundigen trouw smeren en masseren. Of ze pakken de hielen in met vette watten, gebruiken windringen en schapenvachten om de druk te verzachten of ijzen en föhnen om de doorbloeding te stimuleren. Allemaal achterhaald door de wetenschap.

Keurige richtlijnen

Ergens gaat er iets mis in de overdracht van kennis naar verpleegkundigen, artsen en managers uit de gezondheidszorg. Toch ligt er, zowel in België als in Nederland, een keurige richtlijn die genoeg handvatten biedt voor een goede decubituspreventie. Het publiceren van zo'n richtlijn betekent echter nog niet dat verpleegkundigen vanzelf die inzichten overnemen. In Nederland heeft het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziekte (NIGZ) de opdracht gekregen om de Nederlandse CBO-richtlijn beter te laten doorklinken in de praktijk. Chris Grijns en haar collega Marcel Pieterse zijn de motor achter het project. Grijns: ‘We hebben twee lijnen uitgezet. Aan de ene kant proberen we zoveel mogelijk verpleegkundigen te bereiken met informatie zoals de Decubitusbrief, het Zakboekje Decubituspreventie of de Landelijke Helpdesk Decubitus waar verpleegkundigen terecht kunnen met vragen over hulpmiddelen, matrassen, bedden, enzovoort.’

Zoek het verband

De andere lijn die het NIGZ heeft uitgezet gaat via de decubitusconsulentes. Pieterse: ‘Wij proberen via hen het decubitusbeleid van instellingen scherper te krijgen. Het lastige van decubitus is dat het niet afdelingsgebonden is. Wil je echt vooruitgang boeken, dan moeten er vaak op instellingsniveau voorschriften komen en knopen doorgehakt worden. Bijvoorbeeld als het gaat om de aanschaf van bedden en matrassen.’ Maar alleen met matrassen ben je er niet, benadrukt Grijns. ‘Het gaat er vooral om dat verpleegkundigen hun klinische blik gebruiken en zich bewust zijn van oorzaken en risico's. Komt er bijvoorbeeld veel hieldecubitus voor op je afdeling, dan kun je wel meteen naar een gel-huppeldepupverband grijpen, maar beter is het om eerst uit te zoeken hoe dat nou komt. Dan blijkt misschien dat het probleem niet bij jullie, maar bij de OK ligt. Die bewustwording maakt preventie veel doeltreffender dan al die kostbare producten die de fabrikanten aan ziekenhuizen proberen te slijten.’

Top 5 preventietips

Verpleegkundigen moeten hun handelen meer baseren op de laatste resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Maar wat heeft dat onderzoek dan zoal opgeleverd, vraagt

menig verpleegkundige zich af. Nursing selecteerde uit de Belgische en Nederlandse richtlijnen de top vijf van preventietips voor decubitus.

Met stip gestegen: aandacht voor het probleem

Het belangrijkste preventiemiddel voor decubitus is aandacht. Wees alert als iemand minder mobiel is. Kijk bij opname al of iemand gevoelig is voor decubitus. Een handig hulpmiddel daarbij is een risicoscorelijst, zoals de Bradenschaal. Zie je de eerste symptomen van een decubitus graad 1 - niet wegdrubbare roodheid - neem dan direct preventieve maatregelen (zoals een drukreducerend matras en wisselliging). Zorg ervoor dat de aandacht voor decubitus niet verslapt.

Tip 1: liggen is beter dan zitten.

Hoewel decubitus vaak vertaald wordt met 'doorliggen', is de druk tijdens een zittende houding vele malen groter dan wanneer de patiënt ligt. Beperk daarom de tijd dat iemand rechtop zit, zowel in bed als op een stoel. In bed zijn de druk- en schuifkrachten het laagst als de patiënt in een semi-fowlerhouding ligt van 30°, waarbij het hoofd- en voeteneinde iets omhoog zijn getild. Patiënten die op een stoel zitten, kunnen het beste iets achterover leunen, met hun benen op een bankje en de hielen drukvrij. Kan de leuning niet naar achteren, dan is de beste houding rechtop zittend met de voeten op de grond. Cruciaal is dat zittende patiënten niet onderuitglijden of schuinzakken. Gebruik kussens om de patiënt in de beste houding te stabiliseren.

Tip 2: wissel af met buikligging of 30° zijligging.

Dat wisselliging (of wisselhouding) essentieel is bij de preventie van decubitus, weten we allemaal. Maar hoe vaak moet je de patiënt nu draaien en in welke houding? Volgens de wetenschap is de beste preventiemethode een wisselliging om de vier uur, in combinatie met een drukreducerend matras. Zonder zo'n matras is wisselliging alleen zinvol als het minstens om de twee uur gebeurt. De druk tijdens zijligging is hoger dan in rugligging. In een loodrechte zijligging is het oppervlak waarmee het lichaam op de onderlaag rust het kleinst en de druk het grootst. Leg de patiënt daarom liever in een half gekantelde zijligging van 30°. Let er vooral op dat de bilnaad niet op het bed rust. Probeer ook eens de buikligging. In de praktijk wordt deze weinig toegepast, maar de druk in deze houding is zeer laag. Plaats wel een kussen onder de onderbenen om druk op de tenen en voorvoet te vermijden.

Tip 3: laat de patiënt sokken dragen in bed.

Bij schuifkrachten wrijven huid en onderliggend weefsel tegen elkaar waardoor schade ontstaat. Om dit effect bij de hielen te voorkomen, kun je bedlegerige patiënten sokken laten dragen in bed. Badstofsokken zijn hiervoor uitermate geschikt omdat ze veel vocht opnemen en makkelijk te wassen zijn. Voorkom dat de sokken hard worden door zweet.

Tip 4: licht de hiel.

In de Nederlandse prevalentie-meting ging het in 32,6 procent van de decubitusgevallen om de hielen. Dit hoge cijfer is deels te verklaren omdat drukreducerende matrassen de druk op de hielen onvoldoende kunnen spreiden. Aan de andere kant ontstaat hieldecubitus vaak al op de operatietafel. De matrassen zijn daar meestal hard, de voeten van de patiënt zijn koud en er vinden behoorlijk wat schuifbewegingen plaats. Sommige ziekenhuizen gebruiken daarom pre-operatief hielpleisters bij OK-patiënten. Veel eenvoudiger is het om de hielen te laten zweven door een gewoon hoofdkussen onder de onderbenen te plaatsen. De Belgische richtlijn adviseert deze maatregel voor alle patiënten die immobiel zijn. Een verhoogd risico op trombose blijkt niet uit onderzoek en lijkt bijzonder onwaarschijnlijk.

Tip 5: laat de patiënt zelf meedenken.

Wat voor verpleegkundigen zo vanzelfsprekend is, is voor veel patiënten totaal onbekend. De meesten hebben er geen flauw benul van hoe belangrijk het is dat ze regelmatig van houding wisselen. Daarom is er veel te winnen enkel en alleen door patiënten uitleg te geven. Ook in de thuiszorg - waar vaak veel gedaan moet worden met weinig middelen – is veel winst te boeken door de bewustwording van de patiënt (en familie of verzorgers) te vergroten. Dan is het handig als je een folder kunt achterlaten over decubitus. De Woundcare Consultancy Society (WCS) heeft samen met het NIGZ een patiëntenfolder gemaakt die uitgebreid gepretest is bij patiënten. Verpleegkundigen kunnen deze folder (€ 0,50 per stuk) bestellen bij de WCS: telefoon (0031)(0)252-223392, of via internet: www.wcs-nederland.nl.

Niet meer doen

- Inpakken met vette watten.

Het inpakken van hielen en ellebogen met vette watten voorkomt geen decubitus, maar draagt juist bij aan het ontstaan ervan. De vette watten worden na verloop van tijd hard waardoor de druk toeneemt. Bovendien kan de verpleegkundige de huid niet goed inspecteren omdat de zwachtels te lang blijven zitten.

- Wrijven, smeren, masseren.

Zalven en crèmes heffen een doorbloedingsstoornis niet op. Integendeel: stevig wrijven kan slecht doorbloed weefsel zelfs beschadigen en zo de situatie verergeren.

- IJzen en föhnen.

IJsfrotie veroorzaakt na afloop enige vasodilatatie, maar die is te kort voor een positief resultaat. De uiteindelijke doorbloeding verbetert niet. Wel is er een verhoogde kans op verwonding van de huid. Bij het gebruik van lokale warmte (föhnen) stijgt de temperatuur van het bedreigde weefsel. Dit verhoogt de zuurstofbehoefte van het weefsel waardoor het risico op decubitus juist toeneemt.

- De patiënt laten liggen of zitten op een schapenvacht.

Schapenvachten hebben geen drukverminderende werking en zijn dus niet zinvol in de preventie van decubitus. Ze verwarmen het weefsel en verminderen de werking van een drukreducerend matras. Haartjes klitten samen en vormen drukpunten, net als de plooien die vaak ontstaan.

- Windring gebruiken.

Een windring verlaagt de druk niet, maar verplaatst deze naar een omgeving waar hetzelfde gewicht moet worden gedragen door een veel kleiner oppervlak. Daardoor neemt het risico alleen maar toe. Ook het ventiel verhoogt de kans op decubitus. Bovendien maakt rubber de huid warm, vochtig en week.

- Een katheter inbrengen bij incontinentie.

Urine veroorzaakt geen decubitus. Decubitus ontstaat door druk- en schuifkrachten. Een katheter kan dus nooit een zinvolle antidecubitusmaatregel zijn. Integendeel, de katheter veroorzaakt juist vaak decubitus als de patiënt op de katheter ligt.