

# Het 'ABC van vochtletsels'

## implementatie van een vernieuwd protocol ter preventie en behandeling van vochtletsels

K. Bernaerts, A. de Graaf, C. Bruynseels, I. Keyaerts, L. Lescrauwaet \*

### Situering

Incontinentie is een ziekenhuisbreed probleem dat bij ongeveer 20% van de gehospitaliseerde patiënten voorkomt (1-3). Een van de belangrijkste complicaties van deze incontinentie is incontinentie-geassocieerde dermatitis (IAD) (4). De prevalentie hiervan varieert tussen de 5,6 en 50%, afhankelijk van de setting en de studiepopulatie (5). Ook in UZ Leuven, een universitair ziekenhuis van 1800 bedden, was dit een relevant probleem. IAD kan heel wat fysiek discomfort, sociaal en psychisch lijden meebrengen voor de patiënt en is bovendien een risicofactor voor het verkrijgen van decubitusletsels (6).

De laatste jaren heeft heel wat onderzoek plaatsgevonden rond preventie en behandeling van vochtletsels. Recent werd het nieuwe classificatietool GLOBIAD ontwikkeld en werden nieuwe behandelmethode voorgesteld vanuit de industrie (7,8). Mede door deze recente vernieuwingen besliste het Wondzorg Support Team (WST) van UZ Leuven afgelopen jaar de preventie en behandeling van vochtletsels als een prioriteit te zien om de kwaliteit van zorg bij incontinentie patiënten te verbeteren. Een nieuwe geavanceerde elastomerische huidbeschermer werd uitgebreid getest bij een twintigtal patiënten met eenvoudige tot zeer complexe vochtletsels. De zeer positieve testresultaten en hoge patiënttevredenheid zorgden ervoor dat dit product vrij snel werd geïmplementeerd. Tijdens deze implementatiefase werd het volledige preventieve en behandelprotocol voor vochtletsels grondig herbeoordeeld, evidence based bijgesteld en gekoppeld aan de nieuwe classificatietool (8). Met hulp van een ziekenhuisbrede informatiecampagne en gerichte opleidingen werd deze overschakeling ondersteund.

### Doelstelling en context van het project

De huid functioneert als een belangrijke barrière om het lichaam te beschermen tegen mechanische trauma's, blootstelling aan schadelijke en irriterende stoffen, infectieuze pathogenen en vocht. Bij een overmatige blootstelling aan vocht kan deze barrière beschadigd geraken. Hierdoor is de huid meer gevoelig voor penetratie van irriterende stoffen. Dit kan weer leiden tot een ontsteking van de huid of dermatitis, ook vochtletsel genoemd. Afhankelijk van het type blootstelling kunnen vochtletsels verdeeld worden in vier soorten:

- incontinentie geassocieerde vochtletsels (IAD),
- vochtletsels ten gevolge van overmatig zweten (intertrigo),
- wondvocht geassocieerde huidletsels bij sterk exsuderende wonden en
- stomavocht geassocieerde huidletsels (9).

Incontinentie is door langdurig of herhaaldelijk contact met urine en/of stoelgang één van de belangrijkste complicaties voor het ontstaan van IAD (4). Gezien IAD het meest voorkomende vochtletsel is, wordt in de literatuur vooral gefocust op dit type van vochtletsel. Kottner et al. (2017) toonde in zijn Europese studie aan dat 6,1% van de gehospitaliseerde patiënten een IAD ontwikkelde (10). Voorlopig zijn er geen concrete cijfers in UZ Leuven over IAD beschikbaar. Dat dit in UZ Leuven toch een relevant probleem was, bleek onder andere uit de toename van het aantal wondadviezen dat het WST jaarlijks moest geven voor deze problematiek. In drie jaar tijd was het aantal wondadviezen omtrent vochtletsels meer dan verdubbeld naar jaarlijks 350 tot 400 adviezen, wat neerkwam op 10 tot 13% van het aantal jaarlijkse wondzorgadviezen.

Tijdens deze wondadviezen werd regelmatig een aantal pijnpunten vastgesteld. De preventie en behandeling van vochtletsels verliep niet optimaal. Verpleegkundigen bleven en blijven het nog steeds moeilijk vinden om een onderscheid te maken tussen vochtletsels en decubituswonden. Verder werden risicopatiënten vaak te laat herkend waardoor er laat gestart werd met preventie. Bovendien bleven verschillende verpleegkundigen ook vasthouden aan oude rituelen. Een gevolg hiervan was dat in de praktijk zeer veel verschillende producten gebruikt werden bij vochtletsels,





vaak met wisselend succes. De incidentie van vochtletsels verminderen door preventie werd dan ook gezien als een interessante kwaliteitsparameter. Daarnaast zal ook een adequate behandeling een belangrijke invloed hebben op de kwaliteit van patiëntenzorg (9).

Vochtletsels gaan immers vaak gepaard met fysiek discomfort zoals een branderig gevoel, pijn en jeuk. Deze kunnen tevens leiden tot sociaal en psychisch lijden (11). Verder kunnen vochtletsels ook een impact hebben op de zorgzwaarte en kunnen de kosten voor behandeling ervan hoog oplopen. Bovendien is IAD ook een risicofactor voor het ontwikkelen van decubitus. Een meta-analyse van Beekman et al. (2014) heeft aangetoond dat in 86% van de studies er een significante associatie was tussen IAD en decubitus (6). Om IAD op een gestandaardiseerde manier

te beschrijven en te documenteren, werd recent het nieuwe classificatietool ontwikkeld: de Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) (figuur 1). Met gebruik van de GLOBIAD-schaal kan IAD ingedeeld worden in twee categorieën. Categorie 1 omvat de huidletsels met persistente roodheid waarbij de huid intact is. Categorie 2 omvat huidletsels waarbij naast persistente roodheid ook huidloslating optreedt. Beide categorieën worden verder onderverdeeld in subcategorieën, afhankelijk van de al dan niet aanwezigheid van tekenen van infectie (A en B) (7,12). Het gebruik van een duidelijke classificatietool kan bijdragen tot een meer gerichte aanpak in preventie en behandeling van vochtletsels. De impact van het probleem van IAD of vochtletsels in het algemeen is groot. Daarom was de doelstelling van het wondzorg support team een vernieuwd, vereenvoudigd, evidence based protocol te

# GLOBIAD

Ghent Global IAD Categorisation Tool

Categorie 1: Aanhoudende roodheid	Categorie 2: Ontveling
<p><b>1A - Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie</b></p>  <p><b>Essentieel criterium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanhoudende roodheid. Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.</li> </ul> <p><b>Bijkomende criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels</li> <li>Glimmende huid</li> <li>Verwekte huid (maceratie)</li> <li>Intacte blaasjes of blaren</li> <li>De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie</li> <li>Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn</li> </ul>	<p><b>2A - Ontveling zonder klinische tekenen van infectie</b></p>  <p><b>Essentieel criterium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontveling. Ontveling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), flegmatie en frictieletsel. De huidschade heeft een diffuus patroon.</li> </ul> <p><b>Bijkomende criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanhoudende roodheid. Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.</li> <li>Algetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels</li> <li>Glimmende huid</li> <li>Verwekte huid (maceratie)</li> <li>Intacte blaasjes of blaren</li> <li>De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie</li> <li>Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn</li> </ul>
<p><b>1B - Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie</b></p>  <p><b>Essentiële criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanhoudende roodheid. Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.</li> <li>Tekenen van infectie. Zoals een witte schijfing van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (puistels rondom het letsel, kan wijzen op een <i>Candida albicans</i> schimmelinfectie).</li> </ul> <p><b>Bijkomende criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels</li> <li>Glimmende huid</li> <li>Verwekte huid (maceratie)</li> <li>Intacte blaasjes of blaren</li> <li>De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie</li> <li>Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn</li> </ul>	<p><b>2B - Ontveling met klinische tekenen van infectie</b></p>  <p><b>Essentiële criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontveling. Ontveling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren), flegmatie en frictieletsel. De huidschade heeft een diffuus patroon.</li> <li>Tekenen van infectie. Zoals een witte schijfing van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (puistels rondom het letsel, kan wijzen op een <i>Candida albicans</i> schimmelinfectie), beslag aanwezig in het wondbed (geel/bruin/grijsig), groene verkleuring in het wondbed (kan wijzen op een bacteriële infectie met <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), overmatig exsudaat, etterige afscheiding (pus) of een glanzend aspect van het wondbed.</li> </ul> <p><b>Bijkomende criteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanhoudende roodheid. Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker zijn dan normaal, donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.</li> <li>Algetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels</li> <li>Glimmende huid</li> <li>Verwekte huid (maceratie)</li> <li>Intacte blaasjes of blaren</li> <li>De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie</li> <li>Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn</li> </ul>

Figuur 1. GLOBIAD schaal



Foto 1. Start therapie



Foto 3. Start therapie



Foto 2. Drie dagen later na een applicatie met de elastomerische huidbeschermer



Foto 4. Na drie weken en zeven applicaties met de elastomerische huidbeschermer

implementeren. De focus moest hierbij liggen op het volledige luik: preventie, behandeling en nazorg. Het uiteindelijke doel was het comfort voor de patiënt en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

### **Gehanteerde praktijk- of onderzoeksmethodiek**

In het najaar van 2016 werd vanuit UGent aan het WST gevraagd om de GLOBIAD-schaal mee te valideren. Gedurende een aantal maanden was er de mogelijkheid om het gebruik van de schaal mee te verkennen. Zo werd

vastgesteld dat dit een duidelijke en zeer bruikbare classificatietool is die kan bijdragen aan nieuw beleid voor vochtletsels in UZ Leuven. In het voorjaar 2017 werd tijdens het Europees wondzorgcongres EWMA kennis gemaakt met een nieuw wondzorgproduct voor de behandeling van vochtletsels. Het is een geavanceerde huidbeschermer die beschikt over een unieke combinatie van een polymeercyanaacrylaatsysteem, dat een ultradunne, duurzame en transparante barrière met elastomere eigenschappen creëert. De eerste resultaten hiervan in de

USA waren veelbelovend (13,14). Vervolgens werd door het WST een literatuuronderzoek uitgevoerd aangaande de huidige richtlijnen voor preventie en behandeling van vochtletsels. Er werd ook gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van het gebruik van de nieuwe huidbeschermer(13). Na goedkeuring van het Comité Medische Materialen (CMM) kon het UZ Leuven in augustus als eerste Belgische ziekenhuis dit product uitvoerig testen bij een twintigtal patiënten. Inclusie en opvolging gebeurde door de leden van het WST. Het product werd getest bij relatief eenvoudige maar ook bij zeer complexe vochtletsels. Het werd getest bij IAD maar ook bij intertrigo, vocht- en stomavocht gerelateerde letsels. Gezien de positieve resultaten werd een nieuwe aanvraag gedaan bij het CMM om dit product op te nemen in het wondzorgformulier. De nodige contacten met de apotheek werden gelegd om te bekijken hoe dit product zo snel mogelijk ter beschikking kon worden gesteld op de verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Ondertussen werd op basis van de 'best practice' literatuur het protocol voor de preventie en behandeling van vochtletsels vernieuwd door het WST waarbij de GLOBIAD en het ABC-principe (Algemene reiniging - Bescherming - Curatieve aanpak) werden geïntroduceerd. In samenwerking met de dienst communicatie werd een flyer ontwikkeld die werd verdeeld onder alle verpleegkundigen. Op verpleegafdelingen werd, indien wenselijk, productinformatie gegeven aan de verpleegteams. Voor een vlotte registratie werden de wonddossiers aangepast. Het WST zorgde verder ook voor de nodige opleidingen aan de referentieverpleegkundigen en verpleegkundigen, en de e-learning module wondzorg werd geactualiseerd. Complexe casussen werden van nabij opgevolgd en bedside coaching bleef voorzien.

Tot slot werd er gestart met een bevraging van verpleegkundigen en patiënten om de implementatie te evalueren en indien nodig bij te sturen. In het najaar zal een masterthesisonderzoek van start gaan om het beleid omtrent vochtletsels verder te optimaliseren.

### Implicaties voor de praktijk: een aangepast protocol

Het vernieuwde protocol gebaseerd op GLOBIAD en het gebruik van de geavanceerde elastomerische huidbeschermer zorgen voor een eenvoudige, eenduidige en ziekenhuisbrede aanpak voor verpleegkundigen in de preventie en behandeling van vochtletsels. Voor IAD is dit:

A: Algemene principes

- een eenvoudige reiniging met water en badolie of pH-neutrale zepen,
- bij incontinentie van stoelgang reinigen met cellulose en reinigingsschuim,
- al depend werken om vochtletsels niet verder in de hand te werken.

B: Bescherming of preventie van de huid

- aanbrengen van duurzame barrièrecrème 2x/dag,
- eventueel in combinatie met het gebruik van specifieke incontinentieverzorgingsdoekjes die de huid reinigen, hydrateren en beschermen.

C: Curatief

- bij niet geïnfecteerde vochtletsels (GLOBIAD 1A en 2A) gebruik maken van geavanceerde elastomerische huidbeschermer,
- bij geïnfecteerde vochtletsels met aanwezigheid van schimmelinfectie (GLOBIAD 1B en 2B) wassen met joodhoudende zeep en aanbrengen van schimmelwerende crème.

Ook voor intertrigo, wondvocht en stomavocht gerelateerde vochtletsels is dit verder uitgewerkt.

### Resultaten

Ondanks de korte implementatiefase zijn de eerste positieve resultaten na enkele maanden reeds merkbaar. Door de hierboven vermelde acties die het WST heeft aangegaan, merken we een betere kennis bij de verpleegkundigen. Verpleegkundigen detecteren nu sneller risicopatiënten waarbij consequenter en sneller aan preventie wordt gedacht. De te volgen procedure bij vochtletsels volgens de verschillende categorieën van de GLOBIAD is vereenvoudigd. We hopen dit in de toekomst ook verder vast te stellen in een daling van incidentiecijfers met betrekking tot de vochtletsels. Voor de patiënt heeft het gebruik van de geavanceerde elastomerische huidbeschermer bij vochtletsels positieve effecten. Dit uit zich in een verhoogd comfort. Al na de eerste applicatie is er bij de patiënt significant minder pijn merkbaar. Enkel het aanbrengen van het product kan soms nog pijnlijk zijn. Maar aangezien dit maar twee tot drie keer per week in plaats van meerdere keren per dag moet gebeuren, is dit voor de patiënt veel beter aanvaardbaar. In tegenstelling tot zalven moet het product niet verwijderd worden, wat de pijn ook reduceert. Een bijkomend voordeel is dat het product kleurloos is. Dit maakt een betere wondobservatie mogelijk. Daarnaast zien we ook in extreme situaties, waar alle beschikbare middelen gebruikt waren zonder resultaat, met dit product uiteindelijk wel een snellere positieve evolutie.

Casus: 86-jarige dame met een femurfractuur en geïnfecteerd hematoom op het bovenbeen waarvoor drainage en IV antibiotica; continue diarree met als gevolg IAD categorie 2A (foto 1 en 2)

Casus: 78-jarige dame, wondproblematiek na radiotherapie ter hoogte van anale tumor met massieve diarree. Reeds vijf maanden aanwezigheid IAD categorie 2B met zeer veel pijn. Snelle pijnreductie reeds na twee dagen van VAS 9 naar VAS 0 (foto 3 en 4).

Stomamateriaal dat door aanwezigheid van vochtletsels snel loslaat, blijft door het aanbrengen van dit product langer ter plaatse door een betere hechting. Het product legt een beschermlaag op het vochtletsel rondom de stoma zodat de huid droog blijft. Ten slotte werden er tot op heden geen allergische reacties op het product vastgesteld.

Op vlak van kosten-baten zien we ook enkele positieve effecten. Dankzij de snelle en eenvoudige applicatie zien we tijds winst voor de verpleegkundigen. Ook door in het preventieve luik gebruik te maken van eenvoudige middelen, zoals water en badolie in plaats van duurdere wegwerpwashandjes en reinigingsdoekjes, zorgt voor kostenbesparing. Door de vereenvoudiging van het protocol kan de variatie in het aantal wondrandbeschermers en behandelproducten sterk verminderd worden. Dit was een pertinente vraag van de apotheek die uit de eerste cijfers van apotheek blijkt ingelost te worden. Minder voorraad en minder kans op vervallen producten resulteert uiteindelijk in kostenbesparing.

Tot slot worden de goede bevindingen in UZ Leuven ook opgemerkt door andere Vlaamse ziekenhuizen. Verschillende ziekenhuizen hebben het WST reeds gecontacteerd om hun ervaringen te delen en zelfs patiënten mee op te volgen. Een eerste publicatie is reeds verschenen in de februari-editie van het tijdschrift Nursing (15). Verder is de expertise reeds gedeeld geweest met Vlaanderen tijdens een lezing op een Masterclass IAD en is het ook de bedoeling om dit verder te delen op het EPUAP congres in het najaar.

### Discussiepunten en toekomstperspectieven

Het nieuwe geïmplementeerde protocol biedt voordelen voor patiënten en verpleegkundigen. Goede opleiding en een bewustwordingscampagne, samen met continue coaching en bedside teaching, zijn randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie van nieuwe technieken en procedures. Uit de eerste feedback van de referentieverpleegkundigen blijkt dat nog meer moet ingezet worden op het voorraadbeheer op de afdelingen. Preventieve middelen moeten voldoende aanwezig zijn zodat deze meteen kunnen worden toegepast wanneer het nodig blijkt. Verdere opvolging, opleiding en coaching van verpleegkundigen zal zeker nodig blijven. Verpleegkundigen nemen soms onvoldoende tijd om de richtlijnen correct te volgen. Een eenvoudiger beleid volgen waarbij je minder moet doen dan voordien, blijft soms moeilijk. Oude rituelen veranderen vergt immers tijd!

### Literatuur

1. Ostaszkievicz J, O'Connell B, Millar L. **Incontinence: managed or mismanaged in hospital settings?** Int J Nurs

- Pract, 2008;14(6):495-502.
2. Junkin, J, Selekof, JL. **Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007;34(3):260-9.
3. Campbell JL, Coyer FM & Osborne SR. **Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting.** Int Wound J, 2016;13(3):403-11.
4. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ et al. **Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012;39(1):61-74.
5. Doughty D, Junkin J, Kurz P, et al. **Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012;39(3):303-15.
6. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. **A systematic review and metaanalysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development.** Res Nurs Health, 2014;37(3):204-18.
7. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, et al. **Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016;11:1-66.
8. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, et al. **The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD),** Gent: Skin Integrity Research Group - Universiteit Gent; 2017.
9. Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. **Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review.** Woundcare Journal, 2017;30(11):494-501.
10. Kottner, J, Blume-Peytavi, U, Lohrmann, C, et al. **Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study.** International Journal Of Nursing Studies, 2014;51:1373-80.
11. Van Damme N, Vanryckeghem E, Verhaeghe S, et al. **Incontinence-associated dermatitis in elderly: a qualitative phenomenological study on patient experiences,** Gent: In Annual Conference of the European Pressure Ulcer Advisory Panel; 2015.
12. Beeckman D, Van Damme N. **Studie risicofactoren voor incontinentiegeassocieerde dermatitis bij kritiek zieke patiënten in 27 Belgische ziekenhuizen,** Gent: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde; 2018.
13. Brennan MR, Milne CT, Agrell-Kann M, et al. **Clinical Evaluation of a Skin Protectant for the management of Incontinence-Associated Dermatitis.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 2017;44(2):172-80.
14. Revolutionaire ontwikkeling in de wetenschap van huidbescherming. Beschikbaar via [www.3M.be/end](http://www.3M.be/end) IAD. Geraadpleegd 2017 oktober 15.
15. Aarts F, Bernaerts K, Smet S, et al. **IAD in vier categorieën.** Nursing, 2018;24:17-20.

\* Kris Bernaerts, Verpleegkundig specialist wondzorg, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (België). Bestuurslid WCS, België.