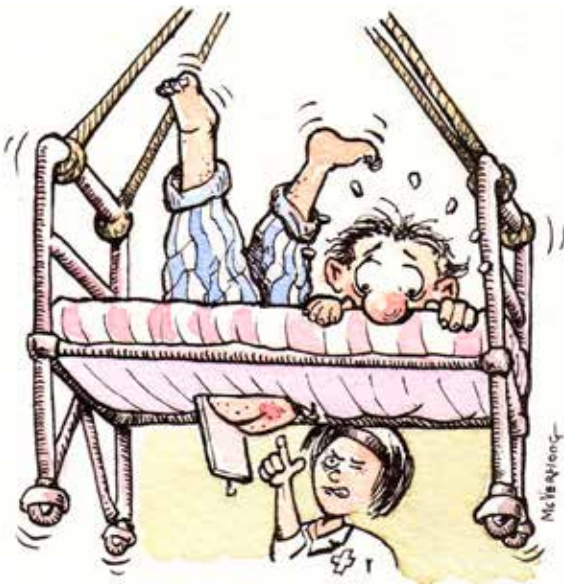


Nieuwe internationale richtlijn decubitus 2014 versus landelijke richtlijn decubitus V&VN 2011

T. Knip-Hoeksema, A. Westra, K. Halff-Butter*

In 2014 is een nieuwe internationale richtlijn decubitus uitgebracht door de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), de Nationale Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) en de Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Deze internationale samenwerking had tot doel om tot evidence-based aanbevelingen te komen voor de preventie en behandeling van decubitus. De nieuwe adviezen moeten nog vertaald worden naar de Nederlandse praktijk. De expertgroep van de beroepsvereniging V&VN gaat hiermee aan de slag. In dit artikel wordt de internationale richtlijn decubitus 2014 naast de landelijke richtlijn decubitus V&VN 2011 gelegd en worden de opvallendste verschillen beschreven.



Figuur 1. Decubitus inspectie van de huid (Marco Verhoog, 2011)

De verschillen

Definitie van decubitus en classificatie

In navolging van de NPUAP en EPUAP wordt decubitus in de richtlijnen als volgt gedefinieerd (1):

Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk, of druk in samenhang met schuifkracht. In de Nederlandse richtlijn wordt gesproken over vier stadia decubitus.

Categorie I: Niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid

Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied, meestal ter hoogte van een beenderig uitsteeksel.

Categorie II: Verlies van een deel van de huidlaag of een blaas

Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis) waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood/roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaas.



Foto 1. Decubitus categorie II hiel (foto: Alex Westra)

Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kan aanwezig zijn.



Foto 2. Decubitus categorie III stuit (foto: Matthijs Kant)

Categorie IV: Verlies van een volledige weefsellaag, spier/bot zichtbaar

Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling.



Foto 3. Decubitus categorie IV hiel (foto: Alex Westra)

In de V&VN richtlijn van 2011 (1) wordt aangegeven dat in de internationale richtlijnen nog twee vormen van decubitus zijn. Deze worden in de Nederlandse richtlijn niet benoemd maar worden ondergebracht bij categorie IV. Opvallend is, dat niet gesproken wordt in categorieën, maar over niet-geclassificeerd zonder stadium en over diepe weefselschade. Deze worden als volgt omschreven: Niet-geclassificeerd zonder stadium (diepte onbekend). Volledig verlies van de totale dikte van het weefsel, waarbij

de basis van het ulcus bedekt wordt met een geel, grijs, groen of bruin beslag en/of korsten die geelbruin, bruin of zwart van aspect zijn. Als dit beslag of deze korsten verwijderd worden, kun je pas de diepte van de wond bepalen. De internationale richtlijnen (2) geven aan dat je daarom de categorie niet kunt vaststellen. De droge, vastzittende intacte korst op de hielen dient volgens de richtlijnen als 'lichaamsnatuurlijke (biologische) cover' en mag niet worden verwijderd.



Foto 4. Niet-geclassificeerd zonder stadium (foto: Alex Westra)

Diepe weefselschade (diepte onbekend). De huid is intact, paars of kastanjebruin verkleurd of heeft een met bloed gevulde blaar, wat een beschadiging van het onderliggende zachte weefsel is, ten gevolge van druk en/of schuifkracht. Het gebied kan zich kenmerken door weefsel dat pijnlijk, stijf, papperig, warmer of kouder aanvoelt in vergelijking met het aangrenzende weefsel. Diepe weefselschade is moeilijker waar te nemen bij mensen met een donkere huidskleur. Er kan een blaar ontstaan over het donker gekleurde wondbed, daarna kan zich een dunne korst vormen. Dit bouwt zich in laagjes op. Dit kan erg snel gaan, ook bij een juiste (wond)behandeling.

Er is bij de vorige vertaling niet (1) voor gekozen om de stadia niet geclassificeerd zonder stadium en diepe weefselschade te gaan gebruiken. Bij het vergelijken van data over decubitus kan dit problemen geven wanneer data



Foto 5. Diepe weefselschade (foto: Alex Westra)

tussen andere landen binnen Europa vergeleken gaat worden met de Nederlandse data.

Vraagstelling: wat is de meerwaarde van benoemen van de stadia?

Een meerwaarde om deze stadia in de Nederlandse richtlijnen op te nemen, is dat deze categorieën in de (wond) behandeling anders benaderd worden en het een atypisch beeld geeft ten opzichte van de eigenlijke categorie IV. Een tweede argument is om een absoluut meetbaar verschil in decubitus te krijgen bij vergelijk van landen in Europa onderling.

Risico-inschatting

In de nieuwe richtlijnen (2) worden algemene aanbevelingen gedaan om het risico (beoordeling huid en subcutane weefsels) op decubitus in te schatten. Deze zijn:

- Voer zo spoedig mogelijk een gestructureerde risicobeoordeling uit (het liefst binnen maximaal acht uur na opname) bij personen met een verhoogde kans op decubitus.
- Doe een herbeoordeling bij een individu als de toestand van het individu significant verandert.

In de Europese richtlijnen (2) wordt meer gekeken naar de risicopatiënten, terwijl in de Nederlandse richtlijnen ook (1) aandacht wordt geschonken aan het kennisniveau van de medewerkers. Wat in de huidige Nederlandse richtlijnen ontbreekt, zijn de risicobeoordelingen van de activiteit/mobiliteit. In de internationale richtlijnen (2) hebben bedlegerigen en personen die veel zitten een verhoogde kans op decubitus. Het advies wordt gegeven om regelmatig een risicoanalyse af te nemen bij deze categorie personen. Personen met decubitus categorie I welke veel op zitten of bedlegerig zijn, hebben een verhoogd risico op het krijgen van een decubitus categorie II.

Belangrijke factoren op het ontwikkelen van decubitus zijn:

- perfusie en zuurstoftoevoer in het weefsel,
- slechte voedingstoestand,
- toegenomen vochtgehalte van de huid.

Advies aan personen met decubitus die veel in de stoel zitten: beperk het zitten op de stuit tot maximaal drie maal per dag met een maximum van 60 minuten per periode. Voor optimale monitoring van risicopatiënten heeft dit grote gevolgen voor de praktijk. Er moet in de eerste plaats voldoende kennis van decubitus beschikbaar zijn. Het geeft een werkdrukverhoging door een toename in frequentie van risicomonitoring. Dit heeft (hopelijk) als eindresultaat een daling in de prevalentie van decubitus!

Speciale populaties

Nieuw in de internationale richtlijn decubitus 2014 (2) zijn de specifieke preventiemaatregelen voor verschillende patiëntengroepen, zoals de ernstige zieke patiënt, oudere volwassene, de pediatrische patiënt en patiënten met een dwarslaesie.

Voor de ernstige zieke patiënt zijn dit de volgende preventiemaatregelen:

- Start zo snel mogelijk met een wisselriggingsschema. Er zijn weinig mensen die niet zouden kunnen draaien. Bij instabiele patiënten is het advies om zo langzaam mogelijk of in kleine stapjes de houdingsverandering aan te brengen zodat er voldoende tijd is voor stabilisatie van de vitale functies.
- Gebruik een schuimkussen onder de volledige lengte van het onderbeen om de hielen vrij te leggen. Om te voorkomen dat obstructie van de ader (poplitea) plaatsvindt, moet de knie licht gebogen zijn. Ook moet druk op de achillespees worden voorkomen.

De volgende groep is de oudere volwassene; hiervoor zijn specifieke preventiemaatregelen geschreven.

- Beoordeel de cognitieve vaardigheden, om inzicht te hebben in hoeverre de patiënt in staat is de kennis en informatie op te nemen en te verwerken.
- Zorg ervoor dat decubitus goed wordt onderscheiden van de andere letsels, zoals incontinentie dermatitis en skintears.
- Stel behandeldoelen vast samen met de familie of voogd die overeen komen met de waarde en doelen van de patiënt.
- Geef informatie over de veranderingen van de oudere huid.
- Zorg voor kwetsbare oudere huid. Dit houdt in dat de huid beschermd moet worden met een barrièreproduct om vochtverlies van de huid tegen te gaan. Gebruik materiaal dat huidvriendelijk is en niet zorgt voor een extra trauma. Zorg bij incontinentie voor een individueel beheersplan.
- Herpositioneer het hoofd regelmatig, vooral als de

- patiënt verdoofd is, geventileerd wordt of immobiel is.
- Wees voorzichtig bij het herpositioneren van de patiënt met de manuele technieken.
 - Medische hulpmiddelen kunnen een risico opleveren voor decubitus.
 - Overweeg het gebruik van een profylactisch verbandmateriaal ter voorkoming van decubitus bij medische hulpmiddelen.

Voor kinderen gelden onderstaande preventiemaatregelen.

- Neem een voor de leeftijd passende risicobeoordeling af, maak eventueel gebruik van een betrouwbare, valide decubitusrisicoscore voor kinderen.
- Beoordeel de huid op het achterhoofd dagelijks en de huid onder medische apparatuur minstens twee keer per dag.
- Kinderen met een hoog risico moeten op een passende onderlaag liggen; bij inzet low-air-loss bed of wisseldrukmatras is de lengte, gewicht en leeftijd essentieel voor een passend matras.
- Kinderen met medische hulpmiddelen hebben een risico op decubitus.
- Zorg voor een individueel voeding- en vocht zorgplan.

Patiënten met een dwarslaesie.

In de acute fase: vervang de halskraag zo spoedig mogelijk.

- Maak eventueel gebruik van elektrische stimulatie op risicolocaties.

Voor de bariatrische patiënten, een groep die ook al benoemd wordt in de landelijke richtlijn decubitus van V&VN van 2011 (1), zijn de volgende aanbevelingen toegevoegd:

- Het berekenen van de BMI, om de mate van obesitas te classificeren.
- Decubitus goed onderscheiden van ander letsels.

Verbandmaterialen

Nieuw in de internationale richtlijn van 2014 (2) is de aanbeveling om op botuitsteeksels, bijvoorbeeld hiel of sacrum, bij hoog decubitusrisico uit voorzorg een foamverband aan te brengen. Houd hierbij rekening met:

- het microklimaat,
- eenvoud van aanbrengen en verwijderen,
- mogelijkheid om minimaal eenmaal daags de onderliggende huid te inspecteren,
- de anatomische locatie en de juiste maat (2).

Om dagelijkse inspectie van de huid mogelijk te maken wordt een foam met siliconen rand voorgesteld, dit is zonder de huid te beschadigen op te tillen en na inspectie weer terug te plaatsen (2). In de praktijk blijken deze producten regelmatig op te krullen en daardoor juist huidletsel te veroorzaken. Bij navraag, bij dertig Nederlandse wondverpleegkundigen, wondconsulenten en

decubitusverpleegkundigen, bleken zij deze ervaring te delen.

In de internationale richtlijn van 2014 (2) worden wederom aanbevelingen gedaan over het toepassen van specifieke wondproducten per verschillende categorieën decubitus. De Nederlandse expertgroep heeft in 2011 (1) gelijkwaardige aanbevelingen uit de internationale richtlijn van 2009 niet overgenomen omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor was. Ook vindt de expertgroep dat er verschillende verbandsoorten op eenzelfde categorie ingezet kunnen worden.

Debrideren

In de richtlijn van 2011 (1) wordt alleen over debrideren van necrotisch weefsel gesproken. De nieuwe internationale richtlijn geeft daarnaast het volgende aan:

Debrideer het wondbed als er verdenking is op biofilm. Er is grote kans op biofilm als:

- de wond meer dan vier weken bestaat,
 - er geen tekenen van verbetering zijn gedurende de laatste twee weken,
 - er klinische symptomen van infectie zijn,
 - er geen verbetering is op antibiotische behandeling.
- Overweeg de diagnose infectie bij een kweek $\geq 10^5$ CFU/g of aanwezigheid *bèta-hemolytische streptococ*. Debrideer decubituswonden alleen als er adequate bloedvoorziening is (2).

Medische hulpmiddelen

Voor gebruik van medische hulpmiddelen is in de nieuwe internationale richtlijn (2) de volgende aanbeveling geformuleerd. Volwassenen en kinderen waarbij medische hulpmiddelen worden ingezet hebben een verhoogd risico op decubitus.

- Inspecteer de huid onder medische hulpmiddelen tenminste twee maal daags.
- Verander de patiënt of het hulpmiddel van positie om de druk- en schuifkrachten te voorkomen.
- Overweeg een verbandmiddel onder het medische hulpmiddel om decubitus te voorkomen.
- Classificeer ook decubituswonden die zich onder medische hulpmiddelen bevinden met de bestaande decubituscategorieën (2).

Conclusie

De evidence-based aanbevelingen moeten voor een betere decubituspreventie en behandelbeleid zorgen. Dit artikel geeft alleen de meest opvallende veranderingen aan en zegt niets over hoe de vernieuwde nationale richtlijn zal worden. De expertgroep houdt zich bezig met de aanpassing van de internationale richtlijn naar de Nederlandse situatie.

Literatuur

1. V&VN Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht, 2011, www.venvn.nl.
2. 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.

* *Titia Knip-Hoeksema, wondconsulent, Medische Centrum Leeuwarden,*
Alex Westra, wondconsulent, Q Care medicalservices, Harderwijk,
Karina Halff-Butter, wondconsulent, oncologie-, stoma-, continetieverpleegkundige, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

Contact

titia.knip@znb.nl