

Preventie hieldecubitus in de kliniek

J. Ahlrichs, N. van Houten, A. Ooijevaar, H. den Uijl*

Casuïstiek

Mevrouw De Groot is een actieve, gezonde vrouw van 72 jaar. Ze woont in een eengezinswoning, is weduwe en heeft geen kinderen. Mevrouw is vrijwilliger en is eenmaal per week, op dinsdagochtend, in de bibliotheek actief. Op dinsdagmorgen rond 7 uur besluit mevrouw even 'snel' iets van zolder te halen. Helaas mist ze de laatste traptreden waardoor ze valt. Mevrouw heeft veel pijn in haar rechterbeen en het lukt haar niet om op te staan.

De medewerkers van de bibliotheek slaan alarm wanneer mevrouw De Groot niet verschijnt. De door hen gearmeerde buurvrouw treft haar op de overloop aan. Rond 10 uur wordt mevrouw op verdenking van een heupfractuur door de huisarts ingestuurd naar de spoedeisende hulp (SEH). Na de nodige diagnostiek wordt ze om 15 uur opgenomen op de verpleegafdeling orthopedie, waar de verpleegkundigen op de rechterhiel een blaar met donkere verkleuring aantreffen. De geconsulteerde wondconsulent stelt een decubitus categorie II vast met vermoeden van diepe weefselbeschadiging. Mevrouw De Groot wordt op de afdeling regelmatig bezocht door de wondconsulent.

Het duurt ruim drie maanden voordat de wond weer volledig genezen is

Deze stelt na enige tijd vast dat de donkere verkleuring aan het demarqueren is, waardoor duidelijk is welk weefsel afgestorven is. Er is op dat moment sprake van een decubitus categorie III met vermoeden van diepe weefselbeschadiging. In het kader van de landelijk geldende richtlijnen wordt de hiel bedekt met een schuimverband, waarbij het doel is dat het dode weefsel door het lichaam zelf afgebroken wordt. De hiel wordt vrij gelegd en dagelijks geïnspecteerd om na te gaan of er geen infectievervalselen/uitbreiding optreden. Na ontslag uit het ziekenhuis, wordt de wond nog eenmaal per twee weken behandeld op het poliklinische spreekuur van de wondconsulent. Mevrouw verhuist naar het verpleeghuis om te revalideren. Ze geeft aan veel pijn te ervaren, vooral bij het dragen van schoenen en het belasten van de hiel. Dit is een belemmering in haar revalidatieproces. Het duurt ruim drie maanden voordat de wond weer volledig genezen is.

Decubitus

Definitie: 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 (1). Decubitus ontstaat door reactie van weefsel op druk en schuifkrachten van buitenaf. Deze mechanische belasting veroorzaakt ter hoogte van een botuitsteeksel een vervorming van zacht biologisch weefsel. Door deze vervorming vermindert de doorbloeding wat tot zuurstoftekort in het weefsel leidt. Daarnaast heeft dit ook gevolgen voor de voedingsvoorziening en de afvoer van afvalstoffen van het weefsel. Dit leidt tot weefselschade (1). De weefselschade wordt in Nederland ingedeeld in vier categorieën. Categorie I betreft niet-weg-drukbaar roodheid bij een intacte huid. Bij categorie II is sprake van verlies van een deel van de huidlaag of een blaar. Categorie III betreft verlies van de volledige huidlaag (vet zichtbaar). Bij categorie IV is sprake van verlies van de volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar) (1). De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) heeft in 2009 hier nog een vijfde categorie aan toegevoegd.

Er wordt jaarlijks ongeveer 1 miljard euro besteed aan preventie en behandeling van decubitus

Bij deze categorie is de weefselschade ondefinieerbaar; er is verlies van de volledige weefsellaag met onbekende diepte, maar waarschijnlijk diepe schade (2). Deze categorie is in de Nederlandse richtlijn van 2011 nog niet opgenomen en daarom in dit artikel door de auteurs niet nader benoemd. Er wordt jaarlijks ongeveer 1 miljard euro besteed aan preventie en behandeling van decubitus (3). Decubituswonden kunnen beschouwd worden als complexe wonden, aangezien er veelal sprake is van onderliggende pathologie die van negatieve invloed is op de wondgenezing (1).

Hieldecubitus

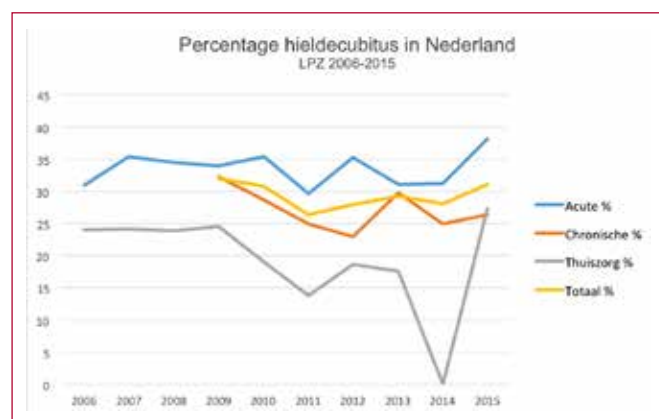
Decubitus op de hiel kan snel ontstaan als gevolg van

verminderde doorbloeding veroorzaakt door druk en schuifkrachten op de hiel. De hiel heeft een klein contactoppervlak en is bedekt met een dunne weefsellaag (4). Bij uitoefening van druk en/of schuifkrachten loopt het weefsel, door verminderde doorbloeding en vervorming van het weefsel, eerder schade op dan op plaatsen waar het bot door een dikkere weefsellaag is bedekt. Ook bij het toepassen van drukreducerende onderlagen blijft een verhoogde druk op de hiel bestaan. Zowel kortdurende hoge druk als langdurige lage druk kan hieldecubitus tot gevolg hebben (1). Er kan niet per definitie gesteld worden dat categorie I en II ontstaan bij een lage druk en categorie III en IV bij een hoge druk (4).

In de richtlijn decubitus van de EPUAP van 2016 wordt gesteld dat de vermindering van de druk en van schuifkrachten van de hiel een belangrijk aandachtspunt is, omdat het hielbeen een enorme druk op de huid veroorzaakt, zelfs wanneer een drukverdelend hulpmiddel wordt toegepast. Bijna een derde (31,1%) van alle decubitusletsels in Nederland betreft hieldecubitus (afbeelding 1) (5). De complexiteit van hieldecubitus heeft veel impact op de kwaliteit van leven van patiënten. Met name pijn, beperkingen in mobiliteit en functioneren, een grotere kans op infectie, terugkerende wonden en (verlengde) opname in ziekenhuis of verpleeghuis kunnen gevolgen zijn. De kosten van de zorg voor patiënten met complexe wonden zijn hoog vanwege langdurige inzet van zorgprofessionals, zoals (wond)verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten en het gebruik van genees- en verbandmiddelen (6).

Risicofactoren hieldecubitus

Voor het ontstaan van hieldecubitus zijn meerdere risicofactoren te benoemen. De belangrijkste factoren bij het



Afbeelding 1. Percentage hieldecubitus in Nederland, LPZ 2006 - 2015 (aan het LPZ-onderzoek decubitus van 2014 heeft maar één thuiszorgorganisatie deelgenomen. Aangezien dit niet representatief is zijn deze resultaten niet meegenomen)

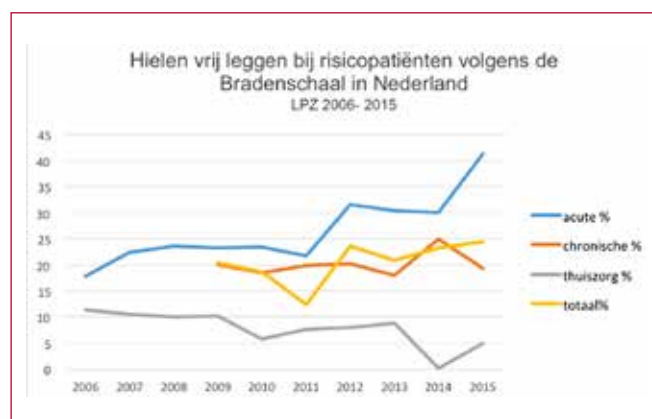
ontstaan van de hieldecubitus bij mevrouw De Groot uit de casus zijn haar gevorderde leeftijd; mevrouw is 72 jaar. De verminderde mobiliteit door de gebroken heup, die zij opliep door haar val van de trap, maar bovenal de aanwezigheid van druk en schuifkrachten. Mevrouw heeft in eerste instantie thuis op de grond gelegen, vervolgens is zij op een brancard in de ambulance vervoerd en verbleef voor diagnostiek op de SEH. Acht uur na haar val werd zij opgenomen op de verpleegafdeling, waar de decubitus geconstateerd werd en de drukontlastende maatregelen gestart werden.

Preventie hieldecubitus

Naast de inschatting van de risicofactoren is het van belang dat bij een verhoogd risico op hieldecubitus de juiste preventieve maatregelen genomen worden. Het doel van hieldecubituspreventie is het in stand houden/verbeteren van de weefseldoorbloeding van de hiel en het creëren van drukverlaging ter hoogte van de hiel. Dit kan bereikt worden door de hielen geheel vrij te leggen (zweven). Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een hulpmiddel, zoals een speciaal onderbeenkussen of antidecubitusmateriaal met een uitsparing voor de hiel (1). Het LPZ rapport uit 2015 toont aan dat het vrijleggen van de hielen bij risicopatiënten onvoldoende toegepast wordt (5) (afbeelding 2). Dit is opmerkelijk aangezien het een eenvoudig toe te passen maatregel is. Het is van groot belang dat bij aankomst in het ziekenhuis (SEH of verpleegafdeling) het risico direct onderkend wordt en maatregelen in de vorm van het vrijleggen van de hielen genomen worden.

Situatie op SEH

Veel zorgvragers met een hoog risico op hieldecubitus, die acuut opgenomen worden via de SEH hebben, net als



Afbeelding 2. Percentage hielen vrij leggen bij risicopatiënten volgens de Bradenschaal in Nederland (aan het LPZ-onderzoek decubitus van 2014 heeft maar één thuiszorgorganisatie deelgenomen, aangezien dit niet representatief is zijn deze resultaten niet meegenomen)

mevrouw De Groot uit de casus, al voor hun opname in de kliniek reeds te maken gehad met druk en/of schuifkrachten op de hiel. Het is niet mogelijk om in de preklinische fase invloed uit te oefenen op de preventie van hieldecubitus. Op de meeste SEH-afdelingen in Nederland ligt de zorgvrager vanaf binnenkomst tot de opname op de klinische afdeling op een brancard of traumabed. De relatief harde matrassen op de brancards, die nodig zijn in geval van calamiteiten, zijn nauwelijks drukreducerend en zijn niet geschikt ter preventie van hieldecubitus. Hieruit blijkt dat er sprake is van meerdere risicofactoren, waarbij tijd een grote rol speelt. Hoe langer de druk op de hiel blijft bestaan, hoe groter het risico op hieldecubitus. Daarom is het aan te bevelen het risico op hieldecubitus bij binnenkomst op de SEH zo snel mogelijk te verminderen.

Wenselijke situatie

Het is aan te bevelen de hielen vrij te leggen na inschatting van het risico op hieldecubitus, mits de medische situatie dit toelaat en de patiënt toestemming geeft. Om het risico goed te kunnen bepalen wordt naast de klinische blik van de verpleegkundige een decubitusrisicoscorelijst gebruikt. Op basis daarvan worden de nodige preventieve maatregelen getroffen. Bij een specifiek risico op hieldecubitus en/of de aanwezigheid van hieldecubitus worden de hielen vrij gelegd door middel van een onderbeenkussen.

Het op de SEH verstrekte onderbeenkussen is patiëntgebonden en blijft zo gedurende de opname bij de patiënt

Het onderbeenkussen, dat ingezet wordt op de SEH, zal gecontinueerd worden bij mevrouw De Groot, zolang (risico op) hieldecubitus aanwezig is. Het op de SEH verstrekte onderbeenkussen is patiëntgebonden en blijft zo gedurende de opname bij de patiënt. Op deze manier is het onderbeenkussen te allen tijde en op iedere afdeling beschikbaar. Hierdoor wordt continuïteit gewaarborgd. Bij uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, ontslag of indien er geen sprake meer is van risicofactoren op hieldecubitus, wordt het onderbeenkussen geretourneerd naar de SEH.

Advies kussen

In de Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling van 2011 worden specifieke eisen gesteld aan het kussen waarmee de hielen vrijgelegd worden. Het gaat hierbij met name om de lengte van het schuimkussen, waarbij van belang is dat de druk verdeeld wordt over het gehele onderbeen. De knie dient licht gebogen (5-10 graden) te zijn om druk op de onderbeenvaten te voorkomen, wat een verhoogd risico op diep veneuze trombose geeft (1).

Randvoorwaarden

Om hieldecubitus binnen de kliniek te voorkomen/beperken is het noodzakelijk dat de zorgvrager en de contactpersoon goed voorgelicht worden over de te nemen preventieve/curatieve maatregelen. Het is van belang dat alle betrokken disciplines op de hoogte zijn van de wenselijke werkwijze. Het ten alle tijden beschikbaar zijn van onderbeenkussens is een voorwaarde. Aan de aanschaf van onderbeenkussens en de scholing van zorgverleners zijn kosten verbonden.

Borging van de werkwijze

Om deze werkwijze optimaal te laten slagen is het van belang dat er naast implementatie ook voortdurend aandacht blijft voor de borging. Het dient meegenomen te worden in het jaarlijkse bijscholingsprogramma op de klinische afdelingen en de SEH. Daarnaast dient de werkwijze een onderdeel te zijn in het inwerkplan van nieuwe zorgverleners.

Literatuur

1. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht: V&VN, 2011.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
3. Poos MJJC, Smit JM, Groen J, et al. **Kosten van ziekten in Nederland 2005**. RIVM rapport 270751019. Bilthoven: RIVM, 2008.
4. Chicowitz A, Wei Ren Pan MD, Ashton M. **The heel, anatomy, blood supply, and pathophysiology of pressure ulcers**. *Ann Plast Surg*, 2009;62:423-9.
5. Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, et al. **Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: rapportage resultaten 2015**. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2015.
6. **Innovatie van complexe wondzorg**. Utrecht: Capgemini Consulting, 2014.

* *Jacqueline Ahlrichs-van Lent, wondconsulent i.o., Rivas Zorggroep, Gorinchem*
Noortje van Houten, wondconsulent i.o., Ziekenhuis Tjongerschans, Heerenveen
Arianne Ooijevaar-Kuijs, wondconsulent i.o., Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar
Heidi den Uijl-van den Heuvel, wondconsulent i.o., Rivas Zorggroep, Gorinchem

Contact

wonddecubituszorg@rivas.nl