

Decubitus

Dr. R.H. Houwing

De richtlijn dateert uit 2011.

Inleiding

In 2011 is de nieuwe richtlijn “behandeling en preventie decubitus” tot stand gekomen, tegelijk met de richtlijn “Smetten (intertrigo) behandeling en preventie”.

Beide richtlijnen worden gemaakt met multidisciplinaire samenwerking en ondersteund door de diverse wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NVDV, het NHG, diverse beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden, met toezicht van patiëntenorganisaties. De V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, de beroepsvereniging van en voor verpleegkundigen en verzorgenden) is de stakeholder van beide richtlijnen.

In deze samenvatting vindt u de belangrijkste wijzigingen voor de dermatologen. Tevens vindt u hier een stroomdiagram van de diagnose en behandeling van decubitus, zie figuur 1.

De vorige CBP-richtlijn Decubitus dateerde uit 2002. De nieuwe richtlijn is herzien op basis van de internationale richtlijn ‘Pressur Ulcer Prevention & Treatment’ (NPUAP& EPUAP, 2009). De Europese decubitusorganisatie EPUAP en de Noord-Amerikaanse NPUAP werken samen aan nieuwe internationaal te gebruiken richtlijnen. Men wil de vooruitgang die de laatste twintig jaar is geboekt in decubituspreventie en -behandeling opnieuw in kaart brengen.

Besloten is de internationale richtlijn letterlijk te vertalen en waar nodig aanbevelingen aan te passen aan de Nederlandse situatie of nieuwe aanbevelingen te formuleren.

Bij de richtlijn zijn de volgende producten ontwikkeld:

- Preventie- en behandelaanbevelingen
- Praktijkaart behandeling
- Informatiefolder voor patiënten

Definitie van decubitus

In navolging van de NPUAP en EPUAP wordt decubitus in deze richtlijn als volgt gedefinieerd:

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.

Een aantal andere bevorderende of beïnvloedende factoren wordt ook geassocieerd met decubitus; de betekenis van deze factoren moet nog verder onderzocht worden.

Decubitus wordt geclassificeerd naar de mate van zichtbaar weefselverlies. Decubitus wordt door de EPUAP ingedeeld in vier categorieën, dus niet meer in stadia. De indeling in stadia of graden impliceert een progressie van I naar II naar III of IV, terwijl dit niet altijd het geval is. Er is geprobeerd een gemeenschappelijk woord te vinden dat stadium of graad beschrijft, maar dit is niet gelukt. ‘Categorie’ werd voorgesteld als neutrale term om ‘stadium’ of ‘graad’ te vervangen. De term ‘categorie’ heeft het voordeel dat het een niet-hiërarchische beschrijving is, zodat er geen misverstanden meer kunnen bestaan over ‘het progressieve verloop van I naar IV’ en ‘genezing van IV naar I’.

Categorie I: niet-wegdrukbare roodheid bij een intacte huid

Intacte huid met niet-wegdrukbare roodheid in een gelokaliseerd gebied meestal ter hoogte van een botuitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.

Palpatie van het aangedaan gebied is essentieel voor een juiste bepaling van de categorie.

Categorie II: verlies van een deel van de huidlaag of blaar

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/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar.

Deze categorie moet niet gebruikt worden om skin tears, kleefpleisterletsel, incontinentie gerelateerde dermatitis ('Incontinence Associated Dermatitis' of IAD), maceratie of schaafwonden te beschrijven.

De destijds door de EPUAP geïntroduceerde term 'vochtletsel' is verlaten. Huidafwijkingen door urine en faeces bij minder ambulante patiënten wordt incontinentie gerelateerde dermatitis genoemd. Patiënten met een dergelijk huidaanandoening zijn zeer gevoelig voor het oplopen van een decubitus. Druk- en schuifontlasting onder andere door middel van wisseling zijn, naast verzorging van de huid, geïndiceerd. Bestaande huidafwijkingen worden als een risicofactor voor het optreden van decubitus gezien.

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. Ondernijning of tunneling kunnen aanwezig zijn.

De diepte van de categorie-III-decubitus varieert per anatomische locatie. De neusbrug, het oor, het achterhoofd en de enkel hebben geen subcutaan (vet)weefsel en categorie-III-decubitus kan daarom oppervlakkig zijn. Daar tegenover staat dat gebieden met een grote hoeveelheid vet extreem diepe categorie-III-decubitus kunnen ontwikkelen. Bot en pezen zijn niet zichtbaar of direct voelbaar.

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 onderminning of tunneling.

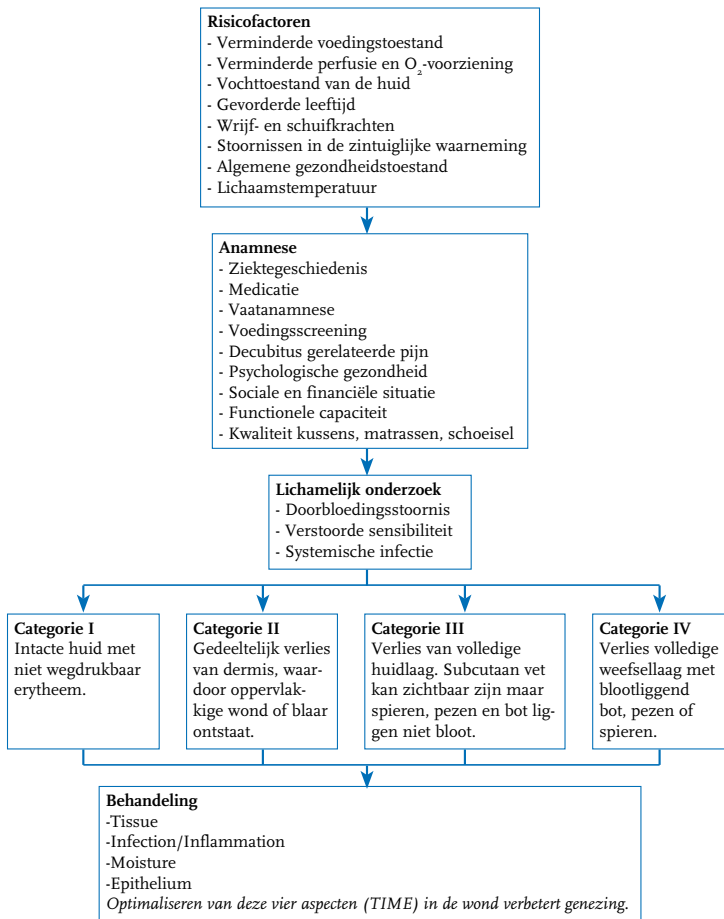
Verdere beschrijving: De diepte van de categorie-IV-decubitus varieert per anatomische locatie. De neusbrug, het oor, het achterhoofd en enkel hebben geen subcutaan (vet)weefsel en deze decubitus kan oppervlakkig zijn. Categorie-IV-decubitus kan zich uitbreiden in de spieren en/of ondersteunende structuren (bijvoorbeeld fascia, pezen of gewrichtskapsel), waardoor gemakkelijk osteomyelitis of osteitis ontstaat. Blootliggend bot/spierweefsel is zichtbaar en direct voelbaar.

Categorie-IV-decubitus kan zich ook onder een intacte huid manifesteren.

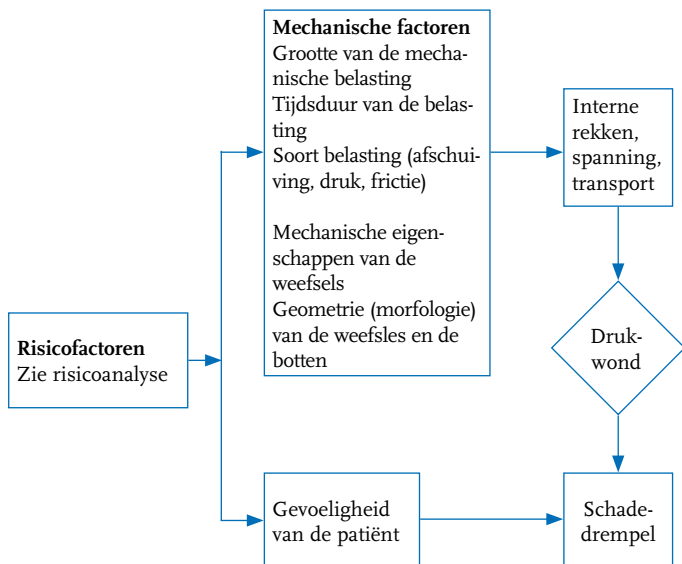
De NPUAP voegt er nog een vijfde categorie aan toe: niet-geclassificeerd zonder categorie diepe weefselschade. In Europa valt deze categorie onder categorie IV en wordt dus ook niet gebruikt als aparte categorie in deze Nederlandse richtlijn.

Factoren die de kwetsbaarheid beïnvloeden

Een aantal factoren die het individuele risico voor het ontstaan van decubitus kunnen beïnvloeden, is beschreven in relevante onderzoeksartikelen. Factoren die geschikt zijn voor het gebruik



Figuur 1. Stroomdiagram van diagnose en behandeling decubitus.



Figuur 2. Factoren die de kwetsbaarheid van een individu voor de ontwikkeling van decubitus beïnvloeden.

in een risicoanalyse-instrument zullen uitgebreid beschreven worden in de Preventie richtlijn, aangevuld met de wetenschappelijke onderbouwing (zie Risico-inventarisatie). Zie figuur 2.

Risico-inschatting

Risico-inschatting is een belangrijk onderdeel van de klinische praktijk met als doel zorgvragers met risico te identificeren om passende interventies in te zetten en decubitus te voorkomen. Zorgvragers met beperkingen in de activiteit/mobiliteit, waarbij de normale grenzen van mechanische belasting veranderen, hebben risico op decubitus. Zorgvragers met een hoog risico zijn bijvoorbeeld ouderen, traumapatiënten, zorgvragers met een dwarslaesie

of een gebroken heup, zorgvragers in de langdurige zorg of thuiszorg, zorgvragers met acute aandoeningen en IC-patiënten. Deze zorgvragers hebben meerdere risicofactoren en hebben daardoor meer risico op decubitus dan de normale bevolking.

De laatste jaren is de hoeveelheid epidemiologisch decubitusonderzoek aanzienlijk toegenomen. Daardoor is een beter begrip ontstaan over de risicofactoren die belangrijk zijn bij de ontwikkeling van decubitus. Deze studies moeten de risico-inschatting in de praktijk onderbouwen.

Beoordeling van de huid en subcutane weefsels

Beoordeling van de huid is belangrijk bij decubituspreventie aangezien de toestand van de huid geïdentificeerd is als een risicofactor voor de ontwikkeling van decubitus (zie Etiologie en Risico-inventarisatie). Een droge huid kan weefselvorming minder goed verdragen en is daardoor vatbaarder voor schade. De aanwezigheid van vocht draagt ook bij aan een verhoogd risico op schade ten gevolge van maceratie of van wrijving of schuifkrachten. Afwijkingen aan de huid kunnen ook dienen als een indicator voor vroege aanwijzingen van drukbeschadiging.

Het blijkt voor velen niet eenvoudig om een juiste beoordeling van de huidafwijking te kunnen geven. Hier is een belangrijke rol voor dermatologen, die met hun specifieke kennis van de huid en beoordeling en diagnostiek van een huidafwijking, een belangrijke bijdrage kunnen en moeten leveren. Bij een huidinspectie moet de huid ook gepalpeerd worden, voor het beoordelen van de temperatuur en het aanwezig zijn van een eventuele induratie.

Beoordelen van een decubituswond

Dit houdt meer in dan het beoordelen van de grootte en diepte, en het geven van een advies betreffende een wondbedekker. Neem

als eerste een volledige anamnese af bij de zorgvrager met decubitus. Deze bevat de volgende aspecten:

een complete ziektegeschiedenis (medisch en sociaal), huidige medicatie, lichamelijk onderzoek (factoren die de wondgenezing beïnvloeden bijvoorbeeld: doorbloedingsstoornis, verstoorde sensibiliteit, systemische infectie), vaatanamnese in het geval van decubitus aan de extremiteiten (waaronder lichamelijk onderzoek en uitvragen van claudicati klachten en enkel-arm index of teendruk), voedingsscreening, decubitusgerelateerde pijn, het risico op het ontwikkelen van een nieuwe decubitus (zie Preventie in de richtlijn), psychologische gezondheid (gedrag en cognitie), sociale en financiële situatie, functionele capaciteit in het bijzonder met betrekking tot houdingsverandering en de behoefte aan hulpmiddelen en assistentie, het toepassen en beoordelen therapietrouw betreffende drukreducerende houdingsveranderingen, controle of zitkussen en matrassen niet beschadigd zijn, controle schoeisel dat mogelijk van invloed is op de wondgenezing bij hieldecubitus, de kennis van de zorgvrager/familie en hun ideeën over ontstaan en genezing van decubitus.

Eén van de aanbevelingen luidt: “Besteed aandacht aan de invloed van decubitus op het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de zorgvrager (ADL, functioneren binnen het gezin, sociaal functioneren, maatschappelijk functioneren). Schakel, afhankelijk van de problematiek, een deskundige zorgverlener in (bijvoorbeeld ergotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog of bedrijfsarts)”. Dit maakt duidelijk dat de preventie en behandeling van decubitus een multidisciplinaire benadering vereist.

Wondbedbehandeling en biofilms bij decubituswonden

De wondbehandeling wordt in vier hoofdstukken besproken; reiniging van de wond, debridement, verbanden en beoordeling en

behandeling van infectie. Wondbedbehandeling is een klinisch concept dat vier belangrijke aspecten van de wondverzorging omvat, weergegeven door de afkorting TIME: Tissue (weefsel), Infection/inflammation (infectie/ontsteking), Moisture (vochtigheid) en Epithelium (epitheel). Het optimaliseren van deze vier aspecten in de wond verbetert de genezing door het weghalen van belemmeringen voor de genezing. Dat vermindert weer het hoge destructieve niveau van proteasen die de moleculaire omgeving van chronische wonden karakteriseren.

In de vier hoofdstukken wordt specifieke informatie gegeven over hoe decubituswondgenezing gefaciliteerd moet worden, gebruikmakend van de principes van wondbedbehandeling. Er worden specifieke evidence-based aanbevelingen over het schoonmaken van de wond, debridement, keuze van het verband en methoden voor het beoordelen en behandelen van infectie gegeven.

Biofysische toepassingen in de decubitusbehandeling

Het gebruik van biofysische toepassingen als stimulering van slecht genezende decubituswonden door het gebruik van directe elektrostimulatie (ES), wordt anders dan bij de oorspronkelijke EPUAP-richtlijn in de Nederlandse versie niet aanbevolen. De Nederlandse expertgroep is van mening dat voor de biofysische middelen elektromagnetische velden, fotherapie, akoestische energie en hydrotherapie onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is om de aanbevelingen in de richtlijn op te nemen.

Decubitusbehandeling binnen palliatieve zorg

Een hoofdstuk is gewijd aan de decubitusbehandeling en -preventie bij zorgvragers die palliatieve zorg ontvangen. Verschillende aspecten van evidence-based decubitusbehandeling worden

besproken vanuit het perspectief van de zorgvrager die palliatieve zorg ontvangt. Zorgverleners worden aangemoedigd de zorg aan te passen in overeenstemming met de doelen en wensen van de zorgvrager en zijn/haar familie.

Samenwerkingsafspraken decubituszorg

Decubituszorg is meer dan het adviseren van een wondbedekker. Alleen op multidisciplinair niveau kan de juiste zorg geleverd worden.

Zorg voor een multi-disciplinair en up-to-date zorg- of behandelplan. Met behulp van een regionaal decubitusprotocol binnen de organisatie en binnen de keten van de decubituszorg moeten de verantwoordelijkheden en (beslissings)bevoegdheden van de betrokken disciplines vast gelegd worden.

Daar waar kennis systematisch wordt toegepast daalt het percentage decubitus. Om dit systematisch te doen, moet dit gecoördineerd en gestimuleerd worden. Aangezien decubitus een verpleegprobleem is, is het logisch dat de coördinatie berust bij een verpleegkundige. Een decubitusconsulent zorgt voor registratie, beleidsevaluatie, budgetbewaking en het monitoren van effectief en efficiënt gebruik van antidecubitusmaterialen. Daarnaast geeft de verpleegkundige adviezen over verpleging, behandeling én het kwaliteitsbeleid van de instelling. De rol in de directe zorgverlening is beperkt tot het verlenen van zorg in uitzonderlijke, hoog complexe, verpleeg- en behandelsituaties. Omdat decubitus een verpleegprobleem is en niet alleen een verpleegkundig probleem, is deelname van een dermatoloog zeer gewenst. De specifieke kennis van de huid, de pathofysiologie van decubitus en evidence-based practice, stelt de dermatoloog in staat om decubitus binnen een breder (medisch) kader te plaatsen en onder de aandacht te houden van de medische staf.

Literatuur

- Haalboom JRE, Everdingen JJE van, Cullum N. Incidence, prevalence and classification. In: *The Decubitus Ulcer in Clinical Practice*. Parish LC, Witkowski JA and Crissey JT, editors. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1997, blz. 12-23.
- Reid J, Morison M. Classification of pressure sore severity. *Nurs Times* 1994; 90: 46-50.
- Shea JD. Pressure Sores. *Clin Orthop Relat Res* 1975; 112: 89-100.
- Torrance C. *Pressure Sores: aetiology, treatment and prevention*. Croom Helm, Beckenham 1983.