

Maart 2008

## I PROBLEEM

Definitie ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)): “Decubitus is een gelokaliseerde verwonding van de huid en/of het onderliggend weefsel meestal ter hoogte van een beenderig uitsteeksel ten gevolge van druk of druk in combinatie met schuifkrachten en wrijving. Decubitus wordt ook in de hand gewerkt door een aantal beïnvloedende factoren die nog moeten opgehelderd worden.”

Decubitus ontstaat ten gevolge van permanente druk op een bepaald huidgebied en kan gaan van beschadiging van de opperhuid tot aantasting van diepe onderhuidse weefsels waaronder ook het botweefsel. Decubitus wordt naargelang de diepte van de wond in verschillende gradaties ingedeeld en treedt vaak op boven een uitstekend gedeelte van het bottenstelsel [vooral het heiligbeen (sacrum) en de grote trochanter].

Als er bij de cliënt geen decubitus wordt vastgesteld, wordt decubituspreventie als doelstelling vooropgesteld. Indien er wel een wonde aanwezig is, dan is wondgenezing de belangrijkste doelstelling. Hoewel het helaas niet altijd mogelijk is die doelstellingen te bereiken, zouden ze toch altijd zo goed mogelijk nagestreefd moeten worden.

Hoe verder de decubitus ontwikkeld is, hoe zwaarder en langer de herstelperiode wellicht zal zijn. Het genezingsproces van deze snel evoluerende wonden kan langdurig, arbeidsintensief en duur zijn. Het volgende gradatiesysteem wordt gebruikt om de ernst van de huidafbraak te beschrijven.

Stadium I: Een waarneembare drukgerelateerde verandering van de intacte huid die gepaard kan gaan met een wijziging in één van de volgende kenmerken: huidtemperatuur (hoger of lager dan de omliggende huid), weefselconsistentie (vast of week) en zintuiglijke gewaarwording (pijn, jeuk). Bij personen met een lichte huidskleur ziet het letsel eruit als een afgebakend gebied van persistente roodheid, bij personen met een donkere huid heeft het letsel eerder persistente rode, blauwe, paarse tinten of een andere kleur t.o.v. de omgeving. Vroegere definities nemen ook de term ‘erythema’ (roodheid van de intacte huid) op.

Stadium II: Een gedeeltelijke aantasting van de epidermis (opperhuid), de hypodermis (lederhuid) of de beide huidlagen. Het ulcus is oppervlakkig en wordt klinisch gekenmerkt door een afgeschaafde plek, een open blaas of een ondiepe krater.

Stadium III: Een huiddefect met schade of necrose van de huid en subcutis die zich kan uitstrekken tot aan de onderliggende fascia, maar niet daaronder. Beenderen, pezen of spieren

komen niet bloot te liggen. Klinisch is het zichtbaar als een krater, al dan niet met ondermijning van het aanpalende weefsel.

Stadium IV: Er is een uitgebreide weefselaantasting met vergevorderde weefselnecrose of schade aan de spieren, het botweefsel of ondersteunende structuren (bv. pees, gewrichtskapsel). Ondermijning van het weefsel of de vorming van fistels zijn in dit stadium mogelijk.

Stadium is onbepaald (alleen voor de nieuwe interRAI-beoordelingsinstrumenten): Het stadium van de decubitus kan niet bepaald worden doordat het ulcus met necrotisch weefsel bedekt is.

Enkele van de negatieve gevolgen van decubitus zijn pijn en lijden, een verhoogd risico op infecties of op het infecteren van anderen en sterfte. Het mortaliteitsrisico bij een cliënt met decubitus ligt drie maal zo hoog als bij een cliënt zonder decubitus.

#### **ALGEMENE ZORGDOELEN**

- Het treffen van maatregelen ter preventie van decubitus
- Het optimaliseren van de lokale wond- of huidomgeving, zodat het ulcus kan sluiten.
- Het verkrijgen van een zuivere wonde met granulatieweefsel.
- Het behouden van een vochtige lokale huidomgeving zodat het granulatieproces zich verder kan zetten.
- Het controleren van vooruitgang bij de wondheling.
- Het voorkomen van nieuwe of ernstigere decubituswonden.
- Controleer de huid regelmatig op tekenen van opkomende decubituswonden.

## **II CAP-ACTIVERING**

Deze CAP identificeert drie types cliënten die voor een gespecialiseerde follow-up in aanmerking komen en heeft zowel tot doel bestaande decubituswonden te helen als nieuwe wonden te voorkomen. Deze gespecialiseerde follow-up omvat het consult van een deskundige op het gebied van wondzorg (arts, wondspecialist of verpleegkundige).

- ***GEACTIVEERD - ER IS SPRAKE VAN EEN DECUBITUS STADIUM II OF HOGER EN HET ZORGDOEL VAN DE BEHANDELING IS GENEZING.*** In om het even welk programma hangt het aantal cliënten met een dergelijke decubituswonde gedeeltelijk af van de mate waarin de zorgverleners voor decubitus alert zijn (preventief werken).

De onderlinge verschillen tussen de RVT's kunnen groot zijn: in sommige RVT's zijn er weinig bewoners met decubitus in stadium II of een hoger stadium, in andere RVT's zijn er dat veel. Gemiddeld valt 10% van de ouderen in een RVT onder deze categorie, en daarbij horen ook degenen die al decubitus hadden toen ze opgenomen werden.

Bij ouderen die thuiszorg krijgen valt 2% tot 4% onder deze categorie. Deze groep omvat zelden ouderen die zelfstandig wonen.

- **Zorgresultaten** – Ongeveer 60% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen verbeteren. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedraagt dat percentage 45%.

- **GEACTIVEERD - ER IS GEEN SPRAKE VAN EEN DECUBITUS STADIUM II OF HOGER, MAAR DE CLIËNT LOOPT WEL RISICO EEN DERGELIJKE DOORLIGWONDE TE ONTWIKKELEN.** Deze categorie kan in twee subgroepen onderverdeeld worden.

**Cliënt heeft decubitus stadium I.** Het aantal cliënten die gedurende een periode van negentig dagen een ernstigere vorm van decubitus zullen ontwikkelen (stadium II of hoger), varieert volgens het soort programma dat de cliënt volgt. Zowel bij de ouderen in een RVT als bij de ouderen die thuiszorg krijgen valt ongeveer 2% in deze groep. Bij ouderen die zelfstandig wonen ligt dat percentage lager.

- **Zorgresultaten** – Ongeveer 15% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal een ernstigere vorm van decubitus ontwikkelen, bij ouderen die thuiszorg krijgen bedraagt dat percentage 7%. Tegelijkertijd zullen veel meer cliënten met decubitus in stadium I na verloop van negentig dagen geen decubitus meer hebben: bij ouderen in een RVT is dat 67%, bij ouderen die thuiszorg krijgen 45%.

- **GEACTIVEERD – CLIENT HEEFT GEEN DECUBITUS MAAR VERTOONT WEL DE VOLGENDE RISICOFACTOREN:** De cliënt is afhankelijk op het gebied van beweeglijkheid in bed en transfer EN minstens één van de volgende risicofactoren is aanwezig: heeft onlangs decubitus gehad, heeft een verblijfkatheter, een ulcus cruris of ontvangt wondzorg. Ongeveer 4% van de ouderen in een RVT, 3% van de ouderen die thuiszorg krijgen en minder dan 1% van de ouderen die zelfstandig wonen valt onder deze risicogroep.

- **Zorgresultaten** – Ongeveer 15% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 10% van de ouderen in een RVT die bovenstaande risicofactoren vertonen zullen tijdens de komende periode van negentig dagen een decubituswonde ontwikkelen.

- **NIET GEACTIVEERD.** Cliënt heeft geen decubitus en vertoont ook geen risicofactoren. Deze groep omvat 82% van de ouderen in een RVT, 90% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 99% van de ouderen die zelfstandig wonen.

### III RICHTLIJNEN

#### WONDMANAGEMENT

T **Evalueer voor alle wonden die bij opname in een instelling reeds aanwezig waren het volgende:** plaats, grootte, stadium, aanwezigheid en type van drainage, aanwezigheid van stinkende geur, beschrijving van de omliggende huid. Vervolledig het rapport indien mogelijk met een foto van de wonde.

T **Is er sprake van een korst (donker geworden gedevitaliseerd weefsel)? Is er sprake van geel weefsel (dood weefsel)?**

- Consulteer een arts om te bepalen of het necrotische weefsel verwijderd moet worden en hoe (en door wie en waar) dat dan moet gebeuren – debrideren veronderstelt een chirurgische ingreep en gebruik van chemische middelen.

T **Is het wondbed geïnfecteerd?**

- Als er redenen zijn om aan te nemen dat de wonde geïnfecteerd is [bv. stinkende geur, toenemende pijn, roodheid (erythema) of warmte van de omliggende huid, purulentie], dienen een aantal behandelingsopties door de arts in overweging genomen te worden:
  - Topische of systemische antibiotica (In België wordt het gebruik van topische antibiotica afgeraden omwille van de kans op resistentie)
  - Debridement
  - Bij chronische wonden kan omwille van een hogere incidentie van antibioticaresistente organismen misschien beter voor met zilver geïmpregneerde verbanden gekozen worden.

T **Is er sprake van granulatieweefsel [rood, vaatrijk bindweefsel ten gevolge van neovascularisatie met aanmaak van nieuwe capillairen (haervaten) en fibroblasten]? De aanwezigheid van granulatieweefsel is van essentieel belang voor het genezingsproces.**

- Bekijk de wonde wanneer er een wondverzorgingsproduct aangebracht wordt, controleer op eventuele aanwezigheid van granulatieweefsel en ga na of de wonde overeenkomstig de verwachtingen geneest.
  - Als de toestand van het wondbed begint te verslechteren, is het nodig een arts of een deskundige op het gebied van wondzorg te raadplegen.
- Eens er granulatieweefsel aanwezig is, wordt het creëren van een *zuiver* en *vochtig* wondmilieu de nieuwe doelstelling. Dit zijn enkele middelen die daarbij van nut kunnen zijn:

- gaasverband doordrenkt met een zoutoplossing
  - polymere films en schuimverbanden
  - hydrogels
  - hydrocolloïden
  - alginaat of absorberende korrels
  - combinatieproducten
  - met zilver geïmpregneerde producten
- Meet minstens eenmaal per week de diepte van de wonde – registreer de aanwezigheid van granulatieweefsel, necrotisch weefsel, een korst of indicaties van een infectie. Maak gebruik van een hulpmiddel (bv. PUSH) om de voortgang te controleren.

**T *Als de wonde desondanks behandeling geen tekenen van genezing vertoont, hou dan rekening met eventuele complicaties.***

- Is er een te hoge bacteriële belasting (zonder dat het daarbij om een klinische infectie gaat)? Is er exsudaat aanwezig, necrotische debris of necrotisch weefsel in de wonde, te veel granulatieweefsel of een stinkende geur in het wondbed? Overweeg in dit geval om een deskundige te raadplegen.
- Is er sprake van osteomyelitis? Bijkomende diagnostische onderzoeken kunnen nodig zijn.
- Is er sprake van lokaal oedeem dat verholpen zou kunnen worden door een lidmaat omhoog te heffen of door aan lichaamsbeweging te doen (indien mogelijk) om zo de veneuze terugvloeï en voedingsstofrijk arterieel bloed te stimuleren?
- Is er sprake van comorbide aandoeningen of ziekten? Verschillende acute en chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, het gebruik van steroïden of een maligne tumor kunnen het genezingsproces bemoeilijken.
- Is de cliënt terminaal ziek? Overweeg comfortzorg (palliatieve zorg) i.p.v. decubitusbehandeling.
- Neemt de cliënt regelmatig een andere lichaamshouding aan? Dat zou de druk op de wond maar ook die op andere risicoplaatsen moeten minimaliseren.
- Heeft de cliënt een drukreducerende (bv. alternating) matras nodig? Vraag eventueel raad bij het kiezen van de meest geschikte matras.
- Werden voedingstekorten aangepakt? Overweeg vitaminesupplementen (bv. zink, vitamine C) [zie ondervoeding-CAP] alhoewel de efficiëntie beperkt of niet altijd duidelijk is.
- Neemt de cliënt met het oog op genezing voldoende eiwitten op? Doorgaans (zonder contra-indicatie) wordt er een dosis van 1,25 gram eiwitten per kg lichaamsgewicht aanbevolen. Word er reeds een diëtist(e) geconsulteerd? [zie ondervoeding-CAP]
- Heeft de cliënt pijn bij de verbandwissel? Controleer de cliënt op onderliggende infecties of aantasting van het bot/weefsel [zie pijn-CAP].
- Voelt de cliënt zich door de wond depressief of gefrustreerd? Overweeg om de cliënt en/of zijn/haar familie/zorgverleners te informeren over het behandelingsplan en de mogelijke aanhoudende behandeling [zie stemmingsstoornissen-CAP].

## **VOOR CLIËNTEN MET RISICO OP DECUBITUS – PAS DE VOLGENDE BEHANDELING TOE:**

### **T *Evalueer de volgende extrinsieke risicofactoren.***

- Drukkracht
  - Kan de cliënt voldoende bewegen om zo de druk op elke plaats te verlichten? Indien dat niet het geval is, moet een zorgverlener de cliënt dan van houding veranderen?
  - Ligt/zit de cliënt de hele tijd of meestal in bed/op een stoel?
  - Is de matras of het stoelkussen van de cliënt geschikt om de druk te verminderen? Kan er voor een drukreducerende matras of een drukreducerend kussen gezorgd worden?
  - Wordt bij de cliënt regelmatig wisselhouding toegepast(bv. om de twee uur) als hij/zij zich niet zelfstandig kan bewegen?
  - Overtuig u ervan dat de cliënt en de familie het belang onderkennen van de controle van drukpunten.
- Wrijving en schuifkracht
  - Glijdt de cliënt in zijn/haar bed naar beneden?
  - Wordt de cliënt die hulp nodig heeft op het gebied van mobiliteit in bed of transfer eerder verschoven dan opgeheven?
- Maceratie (verweking van de huid door excessieve blootstelling aan vocht)
  - Is de cliënt vooral door fecale incontinentie, wondvocht of transpiratie voortdurend nat?

### **T *Evalueer de volgende intrinsieke risicofactoren.***

- Veranderde mentale status
  - Beperkt een delier de mobiliteit? [zie delier-CAP]
  - Beperkt cognitief verlies de mobiliteit? [zie cognitieverlies-CAP]
  - Behandel in de mate van het mogelijk de onderliggende oorza(a)k(en) van veranderingen in de mentale status.
- Immobiliteit (cliënt kan niet van houding veranderen)
  - Is de cliënt immobiel omwille van ziekte-toestanden, een beroerte, multiple sclerose of heupbreuken?
  - Heeft de cliënt het maximum uit ergo- en kinesitherapie kunnen halen?
  - Is de immobiliteit aan andere oorzaken te wijten?
    - Fysieke fixatie moet altijd verwijderd worden, tenzij de cliënt een risico loopt zichzelf of anderen te verwonden en er geen andere controlemiddelen mogelijk zijn [zie 'fysieke fixatie'-CAP].

- o Overweeg om de medicatie die mobiliteit beperkt te verminderen of stop te zetten (bv. psychotropica, opioïden). Neem alle medicatie door met de arts en de consulterend apotheker.
- Incontinentie: er kan een verband bestaan tussen fecale incontinentie en decubitus [zie 'fecale incontinentie'-CAP]. Heeft de cliënt al geprobeerd een mictie(blaas)training te volgen?
- Slechte voeding [zie ondervoeding-CAP].
- Werden bijkomende ziekte toestanden (bv. een perifere vasculaire ziekte, diabetes mellitus) en alle oorzaken van een verminderde zintuiglijke gewaarwording met de arts of de bevoegde zorgverlener besproken?
- Inactiviteit: Wat is de oorzaak van de beperkte fysieke activiteit?

## AANVULLENDE BRONNEN

Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2002 Aug. 104 p. [70 references]

**Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E., et al.** *Treatment of pressure ulcers*. Clinical Practice Guideline, No. 15. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 95-0652. Merk op: extensief literatuuroverzicht en gradering van aanwijzingen met betrekking tot behandeling.

**Brandeis, G.H., Powell, J.W.** Pressure Ulcers. In: Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K., Belleville-Taylor, P. (eds). *Quality Care in the Nursing Home*. St. Louis, MO: Mosby Lifeline; 1997:303-314. Merk op: dit hoofdstuk geeft een overzicht van decubitus en richt zich vooral tot de cliënten in een rvt.

**Baranoski, S., Ayello, E.A.** *Wound Care Essentials: Practice Principles*. Springhouse, PA: Springhouse 2003. Merk op: een praktische leidraad voor wondverzorging, waarbij de nadruk op de verzorging van decubitus ligt.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) [www.epuap.org](http://www.epuap.org)

**Folkedahl, B.A., Frantz, R.A., Goode, C.** *Treatment of Pressure Ulcers: Research-Based Protocol*. The University of Iowa, Gerontological Nursing Interventions Research, Research Dissemination Care. Merk op: dit protocol geeft nuttige informatie over het beoordelen en controleren van decubitus en de risicofactoren voor de ontwikkeling ervan. Internetadres: [www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing\\_interventions/index.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_interventions/index.htm)

**Hess, C.T.** *Clinical Guide: Wound Care*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins 2004. Merk op: een praktische leidraad voor wondverzorging, waarbij de nadruk op de verzorging van decubitus ligt.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) Tool version 3.0. 9/15/98. Merk op: het PUSH-tool valt onder het copyright van NUPAP. Internetadres: [www.npuap.org](http://www.npuap.org)

[Reddy, R, Sudeeo, SG, Rochon, PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA 2006; 296:974-984.](#)

Supplementary Surface Standards, Terms and Definitions, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Version 8/29/2006. Internetadres: [www.npuap.org](http://www.npuap.org)

**Thomas, D.R.** Pressure Ulcers. In: Cassel, C.K., Cohen, H.J., Larson, E.B., et al., eds. *Geriatric Medicine*, 3<sup>rd</sup> Ed. New York:Springer, 1997, pp 767-784. Merk op: algemeen overzicht van decubitus.

AUTEURS

Gary H. Brandeis, MD  
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD  
John N. Morris, MSW, PhD  
Sue Nonemaker, RN, C, MS  
R. Knight Steel, MD  
Pauline Belleville-Taylor, RN, MS,  
CS