

Decubitus Clinical Assessment Protocol (CAP) = 3

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 3 bij de Decubitus-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens dienen ondernomen te worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

I Betekenis

De **Decubitus-CAP** wordt **geactiveerd met code 3**. Dit betekent dat deze cliënt geen decubitus heeft, maar wel onderstaande risicofactoren vertoont:

- Afhankelijk op het gebied van beweeglijkheid in bed en transfer; **EN**
- **Minstens één** van onderstaande factoren zijn aanwezig:
 - Onlangs decubituswonde gehad
 - Gebruik verblijfskatheter
 - Aanwezigheid ulcus cruris
 - Ontvangen van wondzorg

De focus bij deze CAP code 3 ligt op het voorkomen van nieuwe wonden. Hierdoor komt deze cliënt in aanmerking voor gespecialiseerde follow-up via het consult van een deskundige op het gebied van wondzorg (arts, wondspecialist of verpleegkundige).

In de VS valt ongeveer 4% van de ouderen in een RVT, 3% van de ouderen in de thuiszorg en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen onder deze risicogroep.

Tijdens een periode van negentig dagen zullen respectievelijk 15% en 10% van de ouderen in de thuiszorg en in RVT's een decubituswonde ontwikkelen.

II Probleemstelling

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 beenderstelsel [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 of 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 blaar 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: 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.

Bronnen en aanvullende literatuur

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