

Internationale richtlijn Preventie

SAMENVATTING



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL

DEVELOPED BY
EUROPEAN
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(EPUAP)
AND
NATIONAL
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(NPUAP)



Internationale Richtlijn

Decubituspreventie: Samenvatting

Introductie

Deze Quick Reference Guide is een samenvatting van de evidence-based ontwikkelde richtlijn 'Pressure Ulcer Prevention & Treatment, Clinical Practice Guideline' (EPUAP/NPUAP, 2009). Deze richtlijn is ontwikkeld gedurende een 4-jarig samenwerkingsverband tussen de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en de American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). De uitgebreide versie van de richtlijn, de Clinical Practice Guideline, bevat een gedetailleerde analyse en discussie van het beschikbare onderzoek, een kritische evaluatie van de vooronderstellingen en de kennis van het veld, een beschrijving van de methodologie om de richtlijn te ontwikkelen en een dankwoord voor de redacteurs, auteurs en anderen die hebben bijgedragen. Deze Quick Reference Guide is een samenvatting van de Clinical Practice Guideline, voor een uitgebreidere uitwerking moet de gebruiker deze laatste raadplegen. Gedrukte versies van de Engelse versie van de richtlijn zijn op te vragen via de website van de NPUAP (www.npuap.org). De Quick Reference Guide is vertaald in verschillende talen; de vertaalde versies zijn beschikbaar via de website van de EPUAP (www.EPUAP.org)

Het doel van deze internationale samenwerking was het ontwikkelen van evidence-based aanbevelingen met betrekking tot de preventie en de behandeling van decubitus die gebruikt kunnen worden door zorgverleners over de hele wereld. Er is gebruik gemaakt van een strikte wetenschappelijke methodologie om het beschikbare onderzoek te achterhalen en te beoordelen. Wanneer er geen sluitend bewijs was, is er gebruik gemaakt van de mening van experts (vaak ondersteund door indirect bewijs en andere richtlijnen) om de aanbevelingen te formuleren. De aanbevelingen van de richtlijn zijn mogelijk gemaakt door 903 individuen en 146 instellingen/organisaties die geregistreerd waren als stakeholders, in 63 landen over 6 continenten.

De definitieve richtlijn is gebaseerd op beschikbaar onderzoek en de gezamenlijke kennis van de EPUAP, NPUAP en internationale stakeholders.

Voorgestelde citatie

De EPUAP en NPUAP moedigen het gebruik en de adaptatie van de richtlijnen op een nationaal en lokaal niveau aan. Zij vragen echter om daarbij naar de bron te verwijzen op de volgende wijze:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Noot

Dit is een letterlijke vertaling van de Quick Reference Guide van de EPUAP en NPUAP.

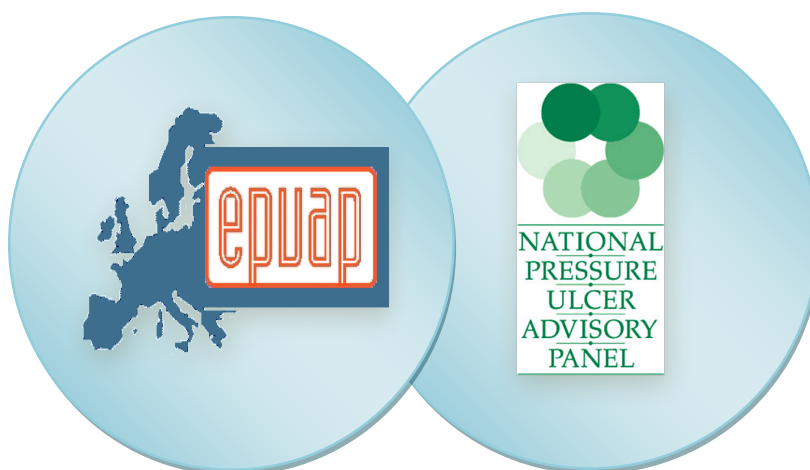
De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk letterlijk vertaald. Een persoonlijke visie van de beroepsorganisaties in Vlaanderen zullen te vinden zijn op de desbetreffende websites:

WCS: <http://www.wcs-belgie.be>

CNC: <http://www.wondzorg.be>

Internationale Richtlijn

Decubituspreventie Samenvatting



©European Pressure Ulcer Advisory Panel
en
©National Pressure Ulcer Advisory Panel

2009

Gedrukte versies zijn verkrijgbaar via de National Pressure Ulcer Advisory Panel (www.npuap.org)

Vertaald door:

CNC, UGent en WCS



Afbakening en juist gebruik van de richtlijn

- Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen die de zorgverlener en zorgvrager ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de juiste zorg bij specifieke aandoeningen. De aanbevelingen zijn mogelijk niet geschikt voor gebruik onder alle omstandigheden.
- Het besluit om een specifieke aanbeveling toe te passen moet door de zorgverlener genomen worden aan de hand van de beschikbare hulpbronnen en de omstandigheden bij de individuele patiënt. Niets in deze richtlijn moet gezien worden als medisch voorschrift voor specifieke gevallen.
- De EPUAP en NPUAP veronderstellen dat, gezien de strikte methodologie die gebruikt werd om deze richtlijn te ontwikkelen, het onderzoek dat de aanbevelingen ondersteunt betrouwbaar en accuraat is. Echter, de betrouwbaarheid en accuraatheid van de individuele studies waar naar gerefereerd wordt, kan niet gegarandeerd worden door de EPUAP en NPUAP.
- Deze richtlijn en de aanbevelingen zijn alleen bedoeld voor scholings- en informatiedoeleinden.
- Deze richtlijn bevat informatie die accuraat was op het moment van publicatie. Onderzoek en technologie veranderen snel, de aanbevelingen in deze richtlijn kunnen dan ook tegenstrijdig zijn met toekomstige ontwikkelingen. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het onderhouden van zijn/haar kennis over ontwikkelingen in onderzoek en technologie die van invloed kunnen zijn op zijn/haar beslissingen in de praktijk.
- Van producten zijn de generieke namen gebruikt. Niets in deze richtlijn is gericht op het aanbevelen van een specifiek product.
- Niets in deze richtlijn is bedoeld als advies betreffende codeerrichtlijnen en terugbetalingsregelingen.

Inhoudsopgave

Doel en Doelgroep

Methode

Internationale NPUAP-EPUAP definitie van decubitus

Internationaal NPUAP-EPUAP decubitusclassificatiesysteem

Aanbevelingen Decubituspreventie

- Risicobeoordeling
- Huidbeoordeling
- Voeding bij de preventie van decubitus
- Houdingsverandering bij de preventie van decubitus
- Drukreducerend materiaal (kussens, bedden, matrassen)
- Bijzondere doelgroep: Patiënten in de operatiezaal

Dankwoord

Doel en Doelgroep

Het doel van deze internationale samenwerking was het ontwikkelen van evidence based richtlijnen voor de preventie en de behandeling van decubitus die wereldwijd gebruikt kunnen worden door zorgverleners. Een richtlijnwerkgroep met vertegenwoordigers van zowel de NPUAP als de EPUAP organiseerde het ontwikkelproces en bestudeerde en evalueerde alle beschikbare documenten. Om het logistieke proces te vereenvoudigen had de EPUAP de leiding over de preventierichtlijn en de NPUAP over behandelingsrichtlijn.

Het doel van de preventierichtlijn is richting geven aan evidence based zorg om decubitus te voorkomen. De aanbevelingen voor preventie kunnen toegepast worden bij alle kwetsbare personen van alle leeftijdscategorieën. De richtlijn is bedoeld voor gebruik door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg aan zorgvragers die het risico lopen decubitus te ontwikkelen, of zij nu in het ziekenhuis verblijven, langdurige zorg of thuiszorg krijgen of in welke andere setting dan ook. De richtlijn zal ook helpen om zorgvragers en zorgverleners te ondersteunen in de keuze uit de verschillende preventiestrategieën die beschikbaar zijn.

Methoden

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn werd gebruik gemaakt van een zorgvuldige en expliciete methodologie (zie de Clinical Practice Guideline voor een meer gedetailleerde beschrijving). Al het wetenschappelijke bewijs is beoordeeld op kwaliteit. Individuele studies zijn geclassificeerd aan de hand van onderzoeksdesign en kwaliteit (zie tabel 1). De onderbouwing van elke aanbeveling werd beoordeeld. De mate van bewijskracht werd gescoord volgens de criteria weergegeven in tabel 2.

Tabel 1. Het niveau van bewijsvoering voor individuele studies

Niveau	
1	Grote gerandomiseerde gecontroleerde studie(s) (RCT('s)) met ondubbelzinnige resultaten (en laag risico op fouten)
2	Kleine gerandomiseerde gecontroleerde studie(s) (RCT ('s)) met onzekere resultaten (en gemiddeld tot hoge kans op fouten)
3	Niet gerandomiseerde trial(s) met een gelijktijdige controlegroep
4	Niet gerandomiseerde trial(s) met historische controlegroep
5	Casestudies zonder controlegroep. Specificeer het aantal subjecten

Naar Sacket, 1998, Zie de Clinical Practice Guideline voor een bespreking van de methodologie van de richtlijnontwikkeling.

Tabel 2. Niveau van bewijs aanbevelingen

Niveau van bewijs	
A	De aanbeveling wordt ondersteund door direct wetenschappelijk bewijs vanuit goed opgezette en uitgevoerde gecontroleerde studies betreffende decubitus bij mensen (of mensen die risico lopen op decubitus) De statistische resultaten ondersteunen de aanbeveling (Niveau 1 studies vereist).
B	De aanbeveling wordt ondersteund door direct wetenschappelijk bewijs vanuit goed opgezette en uitgevoerde niet-gecontroleerde klinische studies betreffende decubitus bij mensen (of mensen die risico lopen op decubitus). De statistische resultaten ondersteunen de aanbeveling. (Niveau 2,3,4,5 studies)
C	De aanbeveling wordt ondersteund door indirect bewijs (bijv. studies bij de normale mensen, mensen met andere typen chronische wonden, diermodellen) en/of de mening van experts

De Clinical Practice Guideline is gebaseerd op het huidige beschikbare onderzoek en zal in de toekomst herzien moeten worden wanneer er nieuw bewijs gepubliceerd wordt. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de gebieden waar het wetenschappelijke bewijs niet aanwezig of zwak is.

Internationale NPUAP-EPUAP definitie van decubitus

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.

NPUAP/ EPUAP Decubitusclassificatiesysteem

Categorie I: niet-wegdrukbare roodheid bij een intacte huid

Intacte huid met niet-wegdrukbare roodheid in een gelokaliseerd gebied ter hoogte van een botuitsteeksel. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring; de kleur kan afwijken van die van de omliggende huid. **Verder beschrijving:** Het gebied kan pijnlijk, stijf, zacht, warmer of kouder zijn in vergelijking met aangrenzend weefsel. Categorie I kan moeilijk te observeren zijn bij personen met een donker gekleurde huid. Dit kan betekenen dat het personen zijn 'die risico lopen'.

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

Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis) waardoor een oppervlakkige open wonde 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. **Verdere beschrijving:** Ziet er uit als een glimmende of droge oppervlakkige wonde zonder wondbeslag of kneuzing*. Deze categorie mag niet gebruikt worden om skin tears, kleefpleisterletsel, incontinentie geassocieerde dermatitis, maceratie of schaafwonden te beschrijven.

* een kneuzing is een teken van diepe weefselschade.

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 *kunnen* aanwezig zijn.

Verdere beschrijving: 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 ondermijning of tunnelvorming.

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 (bijv. fascia, pezen of gewrichtskapsel) waardoor gemakkelijk osteomyelitis of osteïtis ontstaat. Blootliggend bot/spierweefsel is zichtbaar en direct voelbaar.

Aanvullende categorieën voor de USA

Niet naar categorie in te delen/ ongeclassificeerd: verlies van een volledige huid- of weefsellaag- diepte onbekend

Het verlies van een volledige weefsellaag waarbij de diepte van de wonde volledig wordt gevuld door een wondbeslag (geel, geelbruin, grijs, groen of bruin) en/of necrose (geelbruin, bruin of zwart) in het wondbed. Niet eerder dan dat voldoende wondbeslag en/of dood weefsel is verwijderd, zodat het wondbed zichtbaar wordt, is de daadwerkelijke diepte te bepalen. Het zal echter een categorie III of IV zijn. Stabiel (droog, vastzittend, intact zonder roodheid van de wondranden of een onderliggend abces) dood weefsel op de hielen dient als “de natuurlijke (biologische) bescherming” en moet niet verwijderd worden.

Vermoedelijke diepe weefselbeschadiging- diepte onbekend

Gelocaliseerd gebied van paars of kastanjebruin verkleurde intacte huid of een met bloed gevulde blaar als gevolg van schade van onderliggend zacht weefsel door druk en/of schuifkracht. Het gebied kan zich kenmerken door weefsel dat pijnlijk, stijf, papperig, warmer of kouder aanvoelt dan het aangrenzende weefsel. Diepe weefselbeschadiging kan moeilijk te ontdekken zijn bij personen met een donker gekleurde huid. De wonde kan zich ontwikkelen tot een dunne blaar over een donker wondbed. De verdere ontwikkeling kan snel gaan waarbij meer weefsellaagen betrokken raken zelfs bij optimale behandeling.

Risicobeoordeling

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 risicobeoordeling in de praktijk onderbouwen. De resultaten van deze epidemiologische onderzoeken moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien de resultaten kunnen afhangen van welke risicofactoren er opgenomen zijn in het multivariate model.

Risicobeoordelingbeleid

1. Zorg in alle zorgsettings voor een risicobeoordelingbeleid. (Niveau van bewijs = C)

Elke zorgsetting zou een beleid moeten hebben met inbegrip van aanbevelingen voor: een gestructureerde aanpak van risicobeoordeling relevant voor deze setting; de klinische specialismen waar men zich op richt; de timing van risicobeoordeling en evaluatie; documentatie van de risicobeoordeling en de communicatie naar de betrokken zorgverleners.

2. Leer zorgverleners hoe ze een nauwkeurige en betrouwbare risicobeoordeling kunnen afnemen. (Niveau van bewijs = B)

3. Documenteer alle risicobeoordelingen (Niveau van bewijs = C)

Het rapporteren van risicobeoordeling zorgt voor communicatie binnen het multidisciplinaire team. Het dient als controle of de zorgplanning in orde is en het dient als een referentiepunt voor het opvolgen van de vooruitgang van de zorgvrager.

Praktijk van risicobeoordeling

4. Gebruik een gestructureerde aanpak bij de risicobeoordeling om zorgvragers die risico lopen om decubitus te ontwikkelen te identificeren. (Niveau van bewijs = C)

Een gestructureerde aanpak kan bestaan uit het gebruik van een risicobeoordelingschaal in combinatie met een grondige huidbeoordeling en een klinisch oordeel. Uit onderzoek blijkt dat de invoering van deze benadering, samen met de oprichting van teams voor huidzorg, opleidingsprogramma's en zorgprotocollen, de incidentie van decubitus kan verminderen.

5. Gebruik een gestructureerde aanpak bij de risicobeoordeling die de beoordeling van activiteit en mobiliteit bevat. (Niveau van bewijs = C)

5.1. Beschouw zorgvragers die bedlegerig en/of stoelgebonden zijn als risicogroep om decubitus te ontwikkelen.

6. Gebruik een gestructureerde aanpak bij de risicobeoordeling die een grondige huidbeoordeling bevat, om elke verandering van de intacte huid te evalueren. (Niveau van bewijs = C)

6.1 Beschouw zorgvragers met veranderingen aan de intacte huid als risicogroep voor de ontwikkeling van decubitus

Veranderingen in de huidconditie zijn onder andere een droge huid, erytheem (roodheid) en andere wijzigingen. De aanwezigheid van niet-wegdrukbaar roodheid is een teken van een verhoogd risico op verdere ontwikkeling van decubitus.

7. Gebruik een gestructureerde aanpak bij de risicobeoordeling en verfijn deze door gebruik te maken van de klinische blik die gebaseerd is op de kennis van de belangrijkste risicofactoren. (Niveau van bewijs: C)

8. Houd rekening met de invloed van de volgende factoren op het risico om decubitus te ontwikkelen:

a. voedingsindicatoren

Voedingsindicatoren zijn anemie, hemoglobine- en serumalbuminewaarden, voedingsinname en gewicht.

b. factoren die de perfusie (bloeddoorstroming) en de zuurstofvoorziening (oxygenatie) beïnvloeden

Factoren die van invloed zijn op de perfusie zijn onder andere: diabetes, cardiovasculaire instabiliteit, het gebruik van norepinefrine, lage bloeddruk, de enkel-arm index en zuurstofgebruik.

c. vochttoestand van de huid

Zowel een droge huid als een extreem vochtige huid zijn risico-factoren (zie 'huidobservatie').

d. hogere leeftijd

9. Houd rekening met de mogelijke invloed van de volgende factoren voor het individuele risico op decubitus.

a. wrijven en schuiven (subschaal van de Bradenschaal)

b. zintuiglijke waarneming (subschaal van de Bradenschaal)

c. algemene gezondheidstoestand

d. lichaamstemperatuur

10. Voer een gestructureerde risicobeoordeling uit bij opname en herhaal deze regelmatig en zo nodig afhankelijk van de toestand van de zorgvrager. Bij een verandering in de toestand van de zorgvrager moet de risicobeoordeling opnieuw worden uitgevoerd. (Niveau van bewijs = C)

11. Ontwikkel en implementeer een preventieplan wanneer een zorgvrager tot de risicogroep behoort. (Niveau van bewijs = C)

De risicofactoren die worden geïdentificeerd bij de risicobeoordeling moeten meegenomen worden in een individuele zorgplan om het effect van deze risicofactoren te minimaliseren.

Huidbeoordeling

Huidbeoordeling

1. Zorg dat een volledige huidbeoordeling onderdeel is van het beleid van risicobeoordeling in alle zorgsettings (Niveau van bewijs = C)

Elke zorginstelling moet over een beleid beschikken met aanbevelingen voor een gestructureerde aanpak bij de observatie en beoordeling van de huid. Dit beleid moet relevant zijn voor de betreffende setting, voor de klinische specialismen waar men zich op richt en voor het tijdstip van de (her)beoordeling. Dit beleid moet tevens heldere aanbevelingen bevatten over het documenteren van de huidbeoordeling en over het communiceren met de betrokken zorgverleners.

2. Leid zorgverleners op hoe een grondige observatie en beoordeling van de huid uit te voeren. Leer hen de technieken voor het beoordelen van de roodheid van de huid, lokale warmte, oedeem en verharding (induratie). (Niveau van bewijs = B)

Deze bijkomende beoordelingstechnieken kunnen gebruikt worden in de zorg voor alle zorgvragers. Echter, er is bewijs dat categorie I decubitus te weinig wordt herkend bij zorgvragers met een donkere huidskleur omdat roodheid moeilijker te zien is.

3. Inspecteer de huid regelmatig op tekenen van roodheid bij zorgvragers die risico hebben op decubitus. Het kan nodig zijn de frequentie van de inspecties te verhogen bij wijziging van de algemene toestand. (Niveau van bewijs = B)

Continue observatie en beoordeling van de huid is noodzakelijk om vroege tekenen van drukletsels vast te stellen.

4. Bij huidinspectie moet beoordeeld worden of er sprake is van lokale warmte, oedeem of verharding, vooral bij personen met een donkergekleurde huid. (Niveau van bewijs = C)

Lokale warmte, oedeem en verharding worden gezien als waarschuwingstekens voor de ontwikkeling van decubitus. Aangezien het niet altijd mogelijk is om tekenen van roodheid te zien bij personen met een donker gekleurde huid, moet hiermee rekening gehouden worden in de beoordeling.

5. Vraag zorgvragers om de zones van ongemak of pijn aan te duiden, die kunnen worden toegeschreven aan schade ten gevolge van druk. (Niveau van bewijs = C)

Een aantal studies heeft pijn geïdentificeerd als een belangrijke symptoom bij zorgvragers met decubitus. Verschillende studies geven ook enige aanwijzingen dat pijn een voorteken is voor weefselschade.

6. Observeer de huid op drukschade veroorzaakt door medische hulpmiddelen. (Niveau van bewijs = C)

Van verschillende medische hulpmiddelen is gemeld dat ze decubitus veroorzaakten (bijv. katheters, zuurstofleidingen, beademingscanules, semirigide halskragen etc.).

7. Documenteer alle huidbeoordelingen, en noteer daarbij de details over elke pijn die mogelijk gerelateerd is aan drukschade. (Niveau van bewijs = C)

Nauwkeurige documentatie is essentieel voor het evalueren van de vooruitgang van de persoon en bevordert de communicatie tussen professionals.

Huidzorg

8. Draai een persoon, indien mogelijk, niet op een lichaamsdeel dat nog roodheid vertoont van een vroegere periode van drukbelasting. (Niveau van bewijs = C)

Roodheid is een indicatie dat het lichaam nog niet hersteld is van een voorgaande drukbelasting en vereist dat herhaalde drukbelasting wordt uitgesteld. (zie Etiologie).

9. Pas geen massage toe ter preventie van decubitus. (Niveau van bewijs = B)

Contra-indicatie voor massage is acute inflammatie en wanneer bloedvaten mogelijk beschadigd zijn of als er sprake is van een kwetsbare huid. Massage ter preventie van decubitus wordt niet aanbevolen.

10. Wrijf niet krachtig over huid met een verhoogd risico op decubitus. (Niveau van bewijs = C)

Het wrijven van de huid kan, naast dat het pijnlijk is, lichte weefselbeschadiging veroorzaken of een ontstekingsreactie uitlokken, vooral bij de kwetsbare oudere.

11. Gebruik vochtinbrengende crème of lotion om de droge huid te hydrateren en zo het risico van huidbeschadiging te verminderen. (Niveau van bewijs = B)

Een droge huid lijkt een significante en onafhankelijke risicofactor te zijn voor de ontwikkeling van decubitus.

12. Bescherm de huid tegen blootstelling aan extreme vochtigheid met behulp van een barrièremiddel om het risico op drukschade te verminderen. (Niveau van bewijs = C)

De mechanische eigenschappen van het stratum corneum veranderen onder invloed van vocht en als een functie van de temperatuur.

Voeding bij de preventie van decubitus

Algemene aanbevelingen

1. Screen en beoordeel in elke gezondheidszorgsector de voedingstoestand van elke persoon die risico heeft op decubitus.

Aangezien ondervoeding een omkeerbare risicofactor is voor de ontwikkeling van decubitus, is vroege identificatie en behandeling ondervoeding erg belangrijk.

Zorgvragers die een verhoogd risico hebben op decubitus kunnen ook risico op ondervoeding hebben, en moeten daarom gescreend worden op de voedingstoestand.

1.1 Gebruik bij de screening van de voedingstoestand een valide, betrouwbaar en praktisch instrument dat snel en eenvoudig is te gebruiken en acceptabel is voor zowel de zorgvragers als de zorgverlener.

1.2 Zorg binnen alle zorgsettings voor een beleid met betrekking tot screening van de voedingstoestand inclusief een aanbeveling naar frequentie van de screening.

2. Verwijs elke persoon met risico op ondervoeding en risico op decubitus naar een diëtist en, indien nodig, ook naar een multidisciplinair voedingsteam met daarin: een diëtist, een voedingsverpleegkundige, een arts, een logopedist, een ergotherapeut en, indien nodig, een tandarts.

Wanneer uit de screening van de voedingstoestand blijkt dat de persoon decubitus dreigt te ontwikkelen of ondervoed is of risico op ondervoeding heeft is een uitgebreidere beoordeling van de voedingstoestand nodig door een diëtist of een multidisciplinair voedingsteam. Aanvullende voeding moet aangeboden worden aan elke persoon met een risico op ondervoeding en op decubitus.

2.1 Zorg voor aanvullende voedingsondersteuning bij elke zorgvrager met een risico op ondervoeding en op decubitus, volgens onderstaande methode:

- **beoordeling van de voedingstoestand**
- **inschatting van de voedingsbehoefte**
- **vergelijking van de voedingsinname met de geschatte voedingsbehoefte**
- **voorzie een aangepaste voedingsinterventie gebaseerd op een geschikte toedieningsvorm**
- **monitor en evalueer het resultaat van de voeding, met een regelmatige herevaluatie van de voedingstoestand, gedurende de periode dat de persoon risico loopt. (Niveau van bewijs = C)**

Zorgvragers kunnen verschillende vormen van voedingsondersteuning nodig hebben gedurende het verloop van hun ziekte.

2.2 Gebruik relevante en evidence based richtlijnen met betrekking tot voeding en vocht bij zorgvragers met risico op het ontwikkelen van decubitus die ondervoedingrisico of voedingsproblemen hebben.

2.3. Geef elk individu met een risico op ondervoeding en een risico op decubitus een minimum van 30-35 kcal per kg gewicht per dag, met 1.25-1.5g/kg/dag proteïne en 1ml vochtinname per kcal per dag.

Specifieke aanbevelingen

1. Geef eiwitverrijkte, gemixte orale bijvoeding en/of sondevoeding als aanvulling op het gebruikelijke dieet aan zorgvragers die risico lopen op ondervoeding en een verhoogd risico hebben op decubitus als gevolg van een chronische ziekte, of na een chirurgische ingreep. (Niveau van bewijs = A)

De aanbevolen manier voor de inname van voeding is via de orale weg (normale voeding en/of aanvullende voedingsdrankjes) en moet, waar mogelijk, aangemoedigd worden.

Orale bijvoeding is waardevol (nuttig) aangezien veel zorgvragers die kwetsbaar zijn om decubitus te ontwikkelen vaak niet aan hun voedingsbehoeften kunnen voldoen via de normale orale voedingsweg. Bovendien lijkt orale bijvoeding samen te hangen met een significante vermindering van het ontwikkelen van decubitus, in vergelijking met standaardzorg.

Enterale (sondevoeding) en parenterale voeding (toegediend buiten het spijsverteringskanaal) kan nodig zijn als orale voeding onvoldoende is of niet mogelijk is, afhankelijk van de individuele conditie en doelen.

1.1 Geef orale bijvoeding en/of sondevoeding (SV) tussen de reguliere maaltijden om vermindering van de normale voedsel- en vochtinname tijdens de reguliere maaltijden te vermijden. (Niveau van bewijs = C)

Houdingsverandering ter preventie van decubitus

Houdingsverandering

1. Overweeg het toepassen van wisselhouding bij elke zorgvrager die risico heeft op decubitus.

1.1 Pas wisselhouding toe om de duur en de grootte van de druk op drukpunten te verminderen. (Niveau van bewijs = A)

Hoge druk op botuitsteeksels gedurende een korte tijd, en lage druk op botuitsteeksels gedurende een langere tijd, veroorzaken evenveel schade. Om het risico op decubitus te verminderen is het belangrijk de tijd en de hoeveelheid druk waaraan een persoon is blootgesteld te verminderen.

1.2 Neem bij de toepassing van wisselhouding ter preventie de toestand van de zorgvrager en de matras en kussen mee in overweging. (Niveau van bewijs = C)

Frequentie van de wisselhouding

2. De frequentie van wisselhouding wordt beïnvloed door individuele persoonskenmerken (Niveau van bewijs = C) en het type matras of kussen dat gebruikt wordt. (Niveau van bewijs = A).

2.1 Bepaal de frequentie van wisselhouding op basis van een beoordeling van de weefseltolerantie van de zorgvrager, de mate van activiteit en mobiliteit, de algemene medische conditie, doel van de behandeling en de conditie van de huid. (Niveau van bewijs = C)

2.2 Beoordeel de huidconditie van de zorgvrager en het algemeen comfort. Herevalueer de frequentie en methode van wisselhouding als de zorgvrager niet reageert zoals verwacht op de frequentie en methode van wisselhouding. (Niveau van bewijs = C).

2.3 Houd bij de keuze voor de frequentie van wisselhouding rekening met het type matras of kussen dat gebruikt wordt. (Niveau van bewijs = A)

Een persoon die op een matras ligt zonder drukspreidende capaciteiten moet vaker van houding gewisseld worden, dan wanneer hij/zij op een visco-elastische foammatras ligt. De frequentie van wisselhouding hangt af van de drukreducerende kwaliteiten van de matras of kussen.

Techniek van wisselhouding

3. Wisselhouding draagt bij tot het comfort, de waardigheid en de functionele mogelijkheden van de persoon. (Niveau van bewijs = C)

3.1. Verander de houding van de persoon zodat de druk opgehoft of herverdeeld wordt. (Niveau van bewijs = C).

3.2 Vermijd dat de huid blootgesteld wordt aan druk- en schuifkrachten. (Niveau van bewijs = C)

3.3 Maak gebruik van transferhulpmiddelen om wrijving en schuiven te verminderen. Til de zorgvrager, trek niet, bij het wisselen van de houding. (Niveau van bewijs = C)

3.4 Vermijd dat de zorgvrager op medische hulpmiddelen, zoals slangen/infuuslijnen of drainagesystemen geplaatst wordt. (Niveau van bewijs = C).

3.5 Vermijd om de zorgvrager op botuitsteeksels te positioneren waar niet-wegdrukbare roodheid zichtbaar is. (Niveau van bewijs = C).

3.6 Maak bij wisselgeving gebruik van 30 graden zijligging (afwisselend rechterzij, rug, linkerzij) of van buiklig indien de zorgvrager dit verdraagt en zijn/haar medische toestand dit toelaat. Vermijd houdingen die druk verhogen zoals de 90 graden zijligging of de halfzittende houding (Niveau van bewijs = C).

3.7 Wanneer het zitten in bed noodzakelijk is, vermijd dat het hoofdeinde dusdanig omhoog staat dat er een onderuitgezakte houding ontstaat waardoor druk en schuifkrachten op het sacrum en het stuitbeen ontstaan (Niveau van bewijs = C).

Wisselhouding bij de zittende persoon

4. Plaats de zorgvrager zo, dat hij/zijn zijn gebruikelijke activiteiten kan blijven uitvoeren. (Niveau van bewijs = C)

Dit kan complex zijn. Bij een (rol)stoel die achterover kantelt kan bijvoorbeeld het gebruik van een voetsteun waarbij de hielen drukvrij zijn een geschikte houding zijn om de druk goed te verdelen. Maar dit kan een transfer naar en van een andere stoel belemmeren.

4.1 Kies een houding die aanvaardbaar is voor de zorgvrager en die de druk- en schuifkracht op de huid en de zachte weefsels minimaal houdt. (Niveau van bewijs = C)

4.2 Plaats de voeten van de zorgvrager op een voetenbankje of een voetsteun wanneer deze niet op de vloer kunnen steunen. (Niveau van bewijs = C)

Wanneer de voeten niet op de vloer steunen, glijdt het lichaam naar voren uit de (rol)stoel. De hoogte van de voetsteun moet zo zijn dat het bekken licht naar voren gekanteld is en de bovenbenen iets naar beneden gepositioneerd zijn.

4.3 Beperk de tijd die een zorgvrager zonder drukvermindering in een stoel zit. (Niveau van bewijs = B)

Wanneer een persoon in een stoel zit, zorgt het lichaamsgewicht voor de hoogste druk ter hoogte van de zitbeenknobbels (ischiale tubers). Omdat het drukoppervlak in dit geval klein is, is de druk hoog. Daardoor kan zonder drukvermindering zeer snel decubitus ontstaan.

Documenteren van wisselhouding

5. Registreer het wisselhoudingsschema en specificeer de frequentie en de houding. Voeg ook een evaluatie toe van het toegepaste wisselhouding. (Niveau van bewijs =B)

Opleiding en training m.b.t. wisselhouding

6. Geef (bij)scholing over de rol van wisselhouding bij de preventie van decubitus aan alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor zorgvragers in de risicogroep, inclusief de zorgvrager zelf en waar mogelijk de mantelzorgers. (Niveau van bewijs = C).

6.1 Geef training over de correcte methode van wisselhouding en het gebruik van materiaal aan iedereen die betrokken is bij de zorg voor zorgvragers die risico lopen, inclusief de zorgvrager zelf en mantelzorgers (waar mogelijk en indien van toepassing). (Niveau van bewijs = C)

Drukreducerend materiaal (kussens, bedden en matrassen)

1. Algemene aanbevelingen

1.1 Pas bij risicogroepen gedurende de periode dat ze risico lopen continue preventieve maatregelen toe.

1.2 Baseer de keuze voor een matras, kussen of bed niet alleen op basis van het vastgestelde risico op decubitus of op de categorie van al bestaande decubitus. (Niveau van bewijs = C)

Bij de keuze voor een geschikte matras, kussen of bed moeten de volgende factoren overwogen worden: de mate van mobiliteit in bed, het comfort, de behoefte aan microklimaatbeheersing, de plaats en omstandigheden waarin de zorgverlening plaatsvindt.

1.3 Kies een matras, kussen of bed dat geschikt is voor de setting waarin de zorgvrager verblijft. (Niveau van bewijs = C)

Niet alle matrassen, kussens of bedden zijn in elke zorgsetting geschikt. Een thuissituatie vereist aandacht voor het gewicht van het bed, de indeling van het huis, de breedte van deuren, de beschikbaarheid van elektriciteit en de mogelijkheid de warmte van de motor te kunnen ventileren.

1.4 Controleer de geschiktheid en functionaliteit van de matras, het kussen of bed bij elk contact met de persoon. (Niveau van bewijs = C)

1.5 Controleer voor het gebruik van de matras, kussen of bed, of het nog in goede conditie is (volgens de door de fabrikant aanbevolen of een door de industrie erkende testmethode).

2. Het gebruik van matrassen en bedden bij de preventie van decubitus

2.1 Gebruik bij alle zorgvragers die risico hebben op decubitus drukreducerende foammatrassen in plaats van de standaard foammatrassen die gebruikt worden in het ziekenhuis. (Niveau van bewijs = A)

Kwalitatief betere drukreducerende foammatrassen lijken meer effectief te zijn in het voorkomen van decubitus dan de standaard foammatrassen gebruikt in het ziekenhuis.

2.2 Er is geen bewijs dat de ene drukreducerende foammatras beter is dan de andere. (Niveau van bewijs = A)

Er lijkt geen duidelijk verschil te zijn in de effectiviteit van drukreducerende foammatrassen.

2.3 Wanneer het niet mogelijk is om de persoon frequent wisselhouding te geven, maak dan gebruik van een alternerende oplegmatras of matrasvervangend systeem. (Niveau van bewijs = B)

Wanneer zorgvragers met een hoog risico niet van houding gewisseld kunnen worden, zijn alternerende matrassen nodig, omdat deze de drukverdeling beïnvloeden.

2.4 Alternerende matrassen en alternerende oplegmatrassen, zijn beide even effectief in het voorkomen van decubitus. (Niveau van bewijs = A)

2.5 Gebruik geen alternerende matrassen of alternerende oplegmatrassen met kleine cellen. (Niveau van bewijs = C)

Alternerende matrassen met kleine cellen (diameter <10cm) worden onvoldoende opgeblazen om voor drukopheffing bij de leeggelopen cellen te zorgen. Bij modellen in ontwikkeling worden momenteel interne sensoren toegepast die dit probleem mogelijk op kunnen lossen.

2.6 Continueer, indien mogelijk, het geven van wisselhouding, na de inzet van een drukreducerend matras, bij alle zorgvragers die risico hebben op decubitus. (Niveau van bewijs = C)

3. Het gebruik van kussen bij de preventie van hieldecubitus

3.1 Zorg dat de hielen vrij liggen van de matras. (Niveau van bewijs = C)

3.2 Hulpmiddelen om de hielen te beschermen moeten de hiel volledig oplichten zodat de druk van het been verdeeld wordt over de kuit, zonder dat er druk ontstaat op de achillespees. De knie moet licht gebogen zijn. (Niveau van bewijs = C)

Overstrekking van de knie kan obstructie van de vena poplitea veroorzaken, waardoor de persoon risico loopt een diep veneuze trombose te ontwikkelen.

3.3 Gebruik een kussen onder de kuiten zodat de hielen vrij komen te liggen ('zweven'). (Niveau van bewijs = B)

Door het gebruik van een kussen onder de kuiten komen de hielen vrij van de matras.

3.4 Inspecteer regelmatig de huid van de hielen. (Niveau van bewijs = C)

4. Het gebruik van een zitkussen bij de preventie van decubitus tijdens het zitten

4.1 Gebruik bij zorgvragers bij wie de mobiliteit beperkt is, waardoor zij risico hebben op decubitus, een drukreducerend zitkussen als zij op een stoel zitten. (Niveau van bewijs = B)

Verschillende studies tonen aan dat het gebruik van een drukherverdelend zitkussen de ontwikkeling van decubitus voorkomt.

4.2 Beperk de duur van het zitten in een stoel als geen drukopheffing wordt toegepast. (Niveau van bewijs = B)

4.3 Besteed altijd aandacht aan zorgvragers met een dwarslaesie. (Niveau van bewijs = C).

5. Het gebruik van andere drukreducerende materialen bij de preventie van decubitus

5.1 Vermijd het gebruik van synthetische schapenvachten, hulpmiddelen met uitsparingen, ring- of donutvormige hulpmiddelen, met water gevulde handschoenen. (Niveau van bewijs = C)

5.2 Natuurlijke schapenvachten kunnen mogelijk ondersteunen in het voorkomen van decubitus. (Niveau van bewijs = B)

Enkele studies laten zien dat het gebruik van een natuurlijke schapenvacht bovenop een matras mogelijk kan bijdragen aan de preventie van decubitus.

Speciale doelgroep: Patiënten in de operatiezaal

1. Verfijn de risicobeoordeling bij zorgvragers die een operatie ondergaan door andere factoren te beoordelen die mogelijks kunnen voorkomen en die het risico op decubitus kunnen vergroten:

- a. de duur van de operatie
- b. langere perioden van hypotensie tijdens de operatie
- c. lage lichaamstemperatuur tijdens de operatie
- d. verminderde mobiliteit op de eerste dag na de operatie

2. Gebruik op de operatietafel een drukreducerend matras bij alle zorgvragers die risico lopen op het ontwikkelen van decubitus. (Niveau van bewijs = B)

Er zijn verschillende matrassen voor in de operatiezaal ontwikkeld die drukverdelend werken.

3. Positioneer de zorgvrager op zo'n manier dat de kans op het ontwikkelen van decubitus tijdens de operatie vermindert. (Niveau van bewijs = C)

4. Leg de hielen op zo'n manier hoog (vrij van druk) dat het gewicht van het been verdeeld wordt over de kuit zonder dat alle druk op de achillespees komt. De knie moet licht gebogen zijn. (Niveau van bewijs = C)

Hyperextensie van de knie kan obstructie van de vena poplitea veroorzaken, waardoor de persoon risico loopt een diep veneus trombose te ontwikkelen.

5. Besteed aandacht aan drukreductie voor en na de operatie. (Niveau van bewijs = C)

a. Leg de zorgvrager op een drukreducerend matras zowel voor als na de operatie. (Niveau van bewijs = C)

b. Positioneer de zorgvrager voor en na de operatie in een andere houding dan die tijdens de operatie. (Niveau van bewijs = C)

Dankwoord

De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) bedanken de volgende individuen en groepen voor hun financiële bijdragen voor de presentatie en verspreiding van de richtlijn. Alle financiële ondersteuning vond plaats na de ontwikkeling van de richtlijn en heeft op geen enkele manier de ontwikkeling en de inhoud van de richtlijn beïnvloed. De financiële ondersteuning is gebruikt voor het drukken en verspreiden van de richtlijn. De volgende bedrijven gaven subsidie:

EPUAP-donoren voor de Preventie Richtlijn:

Arjo-Huntleigh, Europa

Hill-Rom, Europa

Nutricia Advanced Medical Nutrition

Speciale dank gaat uit naar:

- McGoogan Library, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA (voor het doorzoeken van databases door een professionele bibliothecaris & het bieden van uitleenservice tussen bibliotheken)
- College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- World Union of Wound Healing Societies and the University of Toronto, Toronto, CA (voor een eerste database search)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency of Health Care Policy and Research (AHRQ) leverden de evidence tabellen die gebruikt zijn bij eerdere richtlijnen.
- Eran Linder-Ganz bestudeerde een Hebreeuws artikel.

Stakeholders

Speciale dank gaat uit naar de stakeholders over de hele wereld die de richtlijnprocessen en – concepten bestudeerden. Alle feedback van de stakeholders is doorgenomen door de EPUAP-NPUAP richtlijnwerkgroep. Op basis van de feedback hebben wijzigingen plaatsgevonden. We waarderen de investering door klinici, onderzoekers, opleiders en fabrikanten van over de hele wereld die de tijd namen en hun expertise en meningen wilden delen. De aanbevelingen in de richtlijn zijn verbeterd door jullie inbreng!

De vertaling is uitgevoerd door CNC Wondzorgvereniging, Verplegingswetenschap UGent en WCS-België.

CNC werkgroep decubitus: Greta De Meyst (ASZ Campus Aalst), Evelien Touriany (Militair hospitaal Neder over heembeek), Ann Vancoillie (AZ Damiaan Oostende), Marnix Tack (AZ Alma Sijsele), Dirk De Wolf (AZ Sint Blasius Dendermonde), Romuald Gheysels (WZC Sint Carolus), Lieven Decavele (olvz-Aalst), Geert Vanwalleghem (H.-Hart ziekenhuis Roeselare-Menen).

Verplegingswetenschap UGent : Prof. dr. Katrien Vanderwee, Dr. Dimitri Beeckman

WCS werkgroep decubitus: Anne Cuyvers (Jessa ziekenhuis), Adinda Toppets (UZ Leuven), Katrien Ausloos (WGK VI-Brabant), Martine Brismoutier (Magnolia, kliniek Sint-Jan), Nancy Van Genechten (UZ Antwerpen), Hilde Heyman (WZC. St Bartholomeus Zorgbedrijf –Antwerpen), Geert Vanwalleghem (H.-Hart ziekenhuis Roeselare-Menen)

©NPUAP-EPUAP 2009



www.npuap.org

www.epuap.org