

Samenvattingskaart

V&VN-richtlijn Decubitus



Decubitus komt bij veel zorgvragers voor en is meestal pijnlijk. Dit heeft vaak een negatieve invloed op iemands kwaliteit van leven. Tegelijkertijd kan decubitus vaak met goede preventie worden voorkomen. Als verpleegkundige, verzorgende of verpleegkundig specialist heb je een belangrijke rol bij het voorkomen en signaleren van decubitus. De richtlijn 'Decubitus' biedt handvatten voor het herkennen, voorkomen en behandelen van decubitus. Hieronder lees je de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn.

Wat is decubitus?

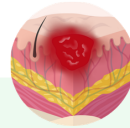
Decubitus is een plaatselijke schade aan de huid en/of het onderliggende weefsel. Deze schade ontstaat door druk op de huid of door druk samen met schuifkrachten op de huid. Decubitus ontwikkelt zich meestal op plekken van het lichaam waar zich een bot vlak onder de huid bevindt. Of op plekken waar (medische) hulpmiddelen op het lichaam drukken.

Je kunt het internationale NPUAP/EPUAP-decubitusclassificatiesysteem gebruiken om te bepalen hoe erg de decubitus is. Dit classificatiesysteem heeft de volgende categorieën:



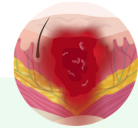
Categorie 1

Niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid



Categorie 2

Verlies van een deel van de huidlaag of ontstaan van een blaar



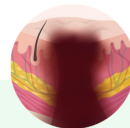
Categorie 3

Verlies van een volledige huidlaag, waarbij je vet ziet



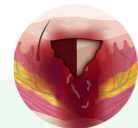
Categorie 4

Verlies van een volledige weefsellaag, waarbij je spier of bot ziet of voelt



Ongeclassificeerd

Verlies van volledige huid- of weefsellaag, maar diepte is onbekend



Ongeclassificeerd

Vermoedelijk diepe weefselbeschadiging, maar diepte is onbekend



Bij zorgvragers met een zwarte huid kunnen *categorie 1* en *vermoedelijke diepe weefselbeschadiging* lastiger te herkennen zijn. Let dan vooral op de huidtemperatuur, (verandering van) gevoeligheid, verandering van stevigheid van weefseltypen en pijnverschillen tussen de aangedane en niet-aangedane huid.

→ Bekijk het hoofdstuk 'Classificatiesysteem' van de richtlijn en de infographic 'Signalering' voor meer informatie over het classificatiesysteem en de kenmerken van iedere categorie.

Risicobeoordeling

Om in te schatten of een zorgvrager risico loopt op decubitus, voer je zo snel mogelijk nadat iemand in zorg komt een risicobeoordeling uit. Bijvoorbeeld tijdens het eerste fysieke contactmoment. Doe dit ook als de zorgvrager niet tot een risicogroep behoort.

- Gebruik jouw klinische blik en eventueel een passend risicobeoordelingsinstrument, zoals de Bradenschaal, bij het inschatten van het risico.
- Als de zorgvrager al decubitus heeft, registreer dit dan in het dossier.
- Als de zorgvrager een verhoogd risico heeft op decubitus, start dan gelijk met preventieve maatregelen.
- Evalueer en herhaal de risicobeoordeling als de situatie van de zorgvrager verandert.

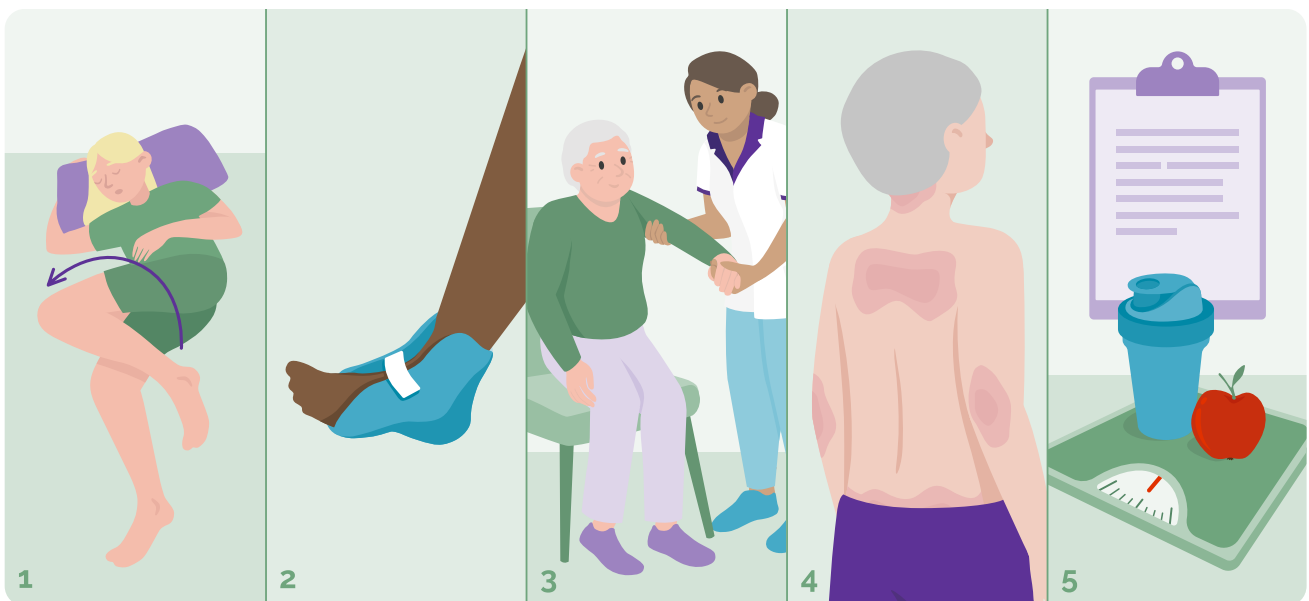
Zorgvragers met een hoog risico

Pas direct preventieve maatregelen toe als de zorgvrager:

- decubitus heeft of plekken met niet-wegdrukbaar roodheid;
- op de intensive care of in de operatiekamer ligt;
- een dwarslaesie heeft;
- in de terminale fase is.

➔ Bekijk in de richtlijn het hoofdstuk 'Risicobeoordelingsinstrumenten' voor een overzicht van instrumenten die je kunt gebruiken voor het beoordelen van het risico op decubitus.

Preventie



Hieronder lees je hoe je decubitus kunt voorkomen.

1 Houding veranderen

Om druk- en schuifkrachten te voorkomen is het belangrijk dat zorgvragers niet te lang in dezelfde houding zitten of liggen. Zorg dat de zorgvrager in een houding zit of ligt die de druk op het lichaam het beste verdeelt. In principe wissel je de zorgvrager elke 4 uur van houding. Ondersteun de zorgvrager bij het wisselen van houding (wisselhouding toepassen). Je kunt hiervoor hulpmiddelen gebruiken, zoals een papegaai, tillift of glijzeil.

➔ Bekijk in de richtlijn het hoofdstuk 'Preventieve maatregelen' en bekijk de infographic 'Preventie' voor meer tips en informatie over technieken om druk- en schuifkrachten bij de zorgvrager te verminderen.



Overweeg om vaker kleinere houdingsveranderingen uit te voeren als de zorgvrager geen grote houdingsverandering aankan.

Maak een schema waarin je de frequentie en duur van de verschillende houdingen noteert. Pas het schema aan zodra er nieuwe kenmerken van decubitus ontstaan of bestaande kenmerken veranderen of verergeren.

2 Drukverlagende middelen gebruiken

Voorbeelden van drukverlagende middelen die je kunt gebruiken zijn:

- een drukverlagend matras
- extra steunvlakken, zoals een gezichtskussen
- een drukverlagend zitkussen voor in de (rol)stoel
- hielbeschermer



Beperk het gebruik van overbodige lagen. Denk hierbij aan linnengoed, een celstofmatje, incontinentiemateriaal, kleding of beddengoed. Het gebruik van ring- en donutvormige hulpmiddelen en hulpmiddelen met zelf aangebrachte uitsparingen wordt afgeraden.

Heeft de zorgvrager een katheter, sonde en/of infuus? Let er dan op dat deze geen onnodige druk op het lichaam uitoefenen.

3 Mobilisatie

Het vroeg en actief mobiliseren van een zorgvrager kan druk- en schuifkrachten voorkomen. Vraag de fysiotherapeut en/of ergotherapeut om advies. Zij kunnen jou en de zorgvrager begeleiden om een grote handeling in kleine bewegingen op te splitsen (bewegingsstrategieën).

4 Huidzorg en inspectie

Beoordeling van de huid

- Beoordeel de huid regelmatig op risicoplekken, (niet-)wegdrukbaar roodheid en huidafwijking. Houd hierbij rekening met de volgende factoren: temperatuur, oedeem, verandering in weefselconsistentie, aanwezigheid van vocht en plaatselijke pijn.
- Inspecteer de huid in ieder geval dagelijks en twee keer per dag wanneer de huid op en rondom medische hulpmiddelen tekenen van drukklachten vertoont.
- Bij zorgvragers met een risico op decubitus moet je de huid binnen 8 uur na het vaststellen van het risico te beoordelen.

Huidzorg

- Houd de huid schoon en droog.
- Gebruik bij het wassen van de zorgvrager een pH-gebalanceerde huidreiniger.
- Gebruik een barrièremiddel, bijvoorbeeld een crème met zinkoxide, om de blootgestelde huid tegen vocht te beschermen.

5 Voeding

Screen en beoordeel de voedingstoestand en eventuele gewichtsverandering van de zorgvrager. Vraag de diëtist om advies en begeleiding bij de inzet van voedingsinterventies.

Behandeling

Als een zorgvrager decubitus heeft, is het belangrijk de oorzaak te achterhalen. Blijf de preventieve maatregelen uitvoeren en voer deze vaker uit. Zorg voor een passend wondplan en zorg dat de wond goed wordt verzorgd. Je kunt het WCS-model of TIME-model gebruiken om de wond te beoordelen en een passend wondbeleid te kiezen.

Check iedere keer als je het verband wisselt of de wond goed geneest. Als de wond binnen twee weken niet verbetert, kun je de hulp van een expert wondbehandeling inschakelen.



Monitoren en evalueren

Leg alle afspraken die je samen met de zorgvrager en betrokken zorgverleners maakt vast in het zorgplan. Zo zijn alle betrokken zorgverleners op de hoogte van de afspraken. Het wordt geadviseerd om het zorgplan in ieder geval na twee weken te evalueren. Als de decubituswond erger wordt of de risicofactoren veranderen, moet je eerder evalueren.

→ In de richtlijn vind je in het hoofdstuk 'De behandeling van decubitus' het WCS-model en het TIME-model. Bekijk het hoofdstuk 'Monitoren en evalueren' voor informatie over welke onderdelen je in het zorgplan vastlegt. In het hoofdstuk 'Organisatie van zorg' vind je specifieke aanbevelingen voor de organisatie van zorg bij het voorkomen en/of behandelen van decubitus.

Zelfmanagement

Zorgvragers kunnen zelf ook maatregelen nemen om de kans op decubitus te verkleinen. Probeer iemand aan te moedigen om regelmatig van houding te veranderen als diegene dat zelfstandig kan. Beoordeel in hoeverre de zorgvrager in staat is om maatregelen te treffen en welke begeleiding diegene hierbij nodig heeft. De patiënteninformatie biedt informatie over decubitus die de zorgvrager kan helpen. Deel de link naar de informatie of geef deze geprint mee.