

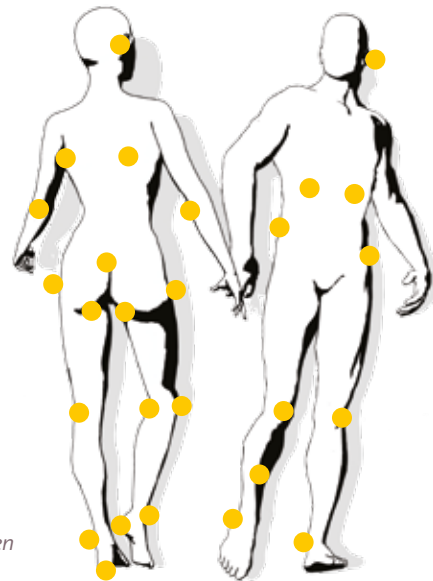
Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal bij een botuitsteeksel. De beschadiging ontstaat door druk of door de combinatie van druk en schuifkracht.

Algemeen

- Preventie van decubitus is erop gericht om druk- en schuifkrachten te beperken en schade aan de huid te voorkomen.
- Kies voor preventie bij alle cliënten met een verhoogd risico op decubitus.
- Zorg voor een multidisciplinaire aanpak bij de preventie van decubitus. Stel samen het preventief beleid vast. En maak voor elke cliënt een individueel preventieplan.
- Leg afspraken, observaties en bevindingen altijd vast in het dossier.
- Raadpleeg bij onvoldoende kennis en ervaring, of bij twijfel, altijd een deskundige.

Risico-inschatting

- Neem bij opname en bij elke verandering in de toestand van de cliënt een risicoscore af. Gebruik een steeds hetzelfde, standaard risicoscore-instrument.



Risicoplaatsen

- Observeer en beoordeel de huid. Risicoplaatsen voor het ontstaan van decubitus zijn: stuit, zitbeenderen, hielen, ellebogen, schouders, achterhoofd, oren, heupen, knieën, enkels, en wervelkolom. Kortom, alle plaatsen waar druk is.

Voorlichting

- Informeer de cliënt en/of de mantelzorg over:
 - de verschijnselen van decubitus
 - de risicofactoren
 - mogelijke/ benodigde preventieve maatregelenDoe dat mondeling en met behulp van het hoofdstuk 'voorkom doorliggen' uit de cliënteninformatiemap.
- Motiveer de cliënt en/of mantelzorg, indien mogelijk, om zelfstandig de preventieve maatregelen uit te voeren.

Beoordeling van de huid

- Inspecteer de huid regelmatig op de risicoplaatsen. Kijk naar niet-wegdrukbaar roodheid, lokale warmte, verharding of oedeem.
- Controleer de huid op de inwerking van extreme vochtigheid, zoals urine, dunne ontlasting, transpiratie, wondvocht etc. Bescherm de huid, als het nodig is, met een barrièremiddel.
- Vraag de cliënt en/of mantelzorg om elk ongemak of pijn te melden, en beoordeel of de oorzaak decubitus is.
- Controleer de huid op het ontstaan van decubitus door druk- of schuifkrachten en/of medische hulpmiddelen en/of andere voorwerpen en/of kreukels in bed of kleding.

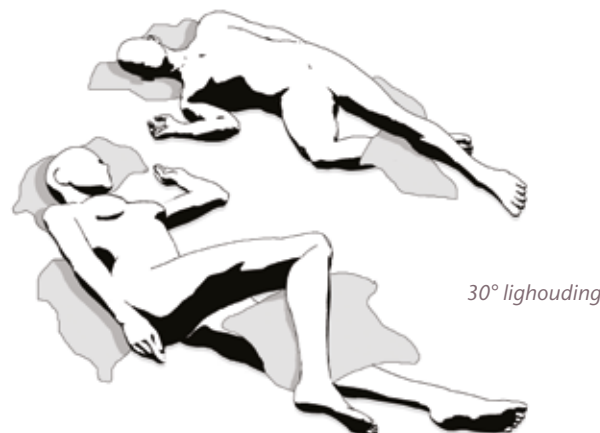
Vocht en voeding

- Screen de voedingstoestand met een screeningsinstrument en bepaal de frequentie van screening.
- Verwijs bij risico op decubitus en/of (dreigende) ondervoeding naar een diëtist. Deze kan de voedingsproblemen beoordelen en behandelen en een voedingsadvies afgeven.
- Optimaliseer de voedings- en vochttoestand van de zorgvrager.

Houding en houdingsverandering

In bed

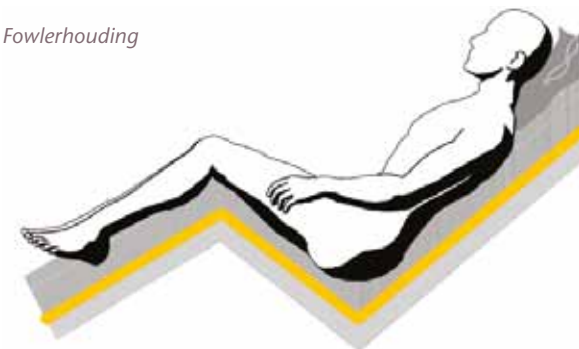
- Pas, als het kan, altijd de wisselhouding toe. Houd hierbij rekening met de toestand van de cliënt en met het ingezette matras.
- Draai een persoon, indien mogelijk, niet op een lichaamsdeel met een niet-wegdrukbaar roodheid of al bestaande decubitus.
- Leg de cliënt afwisselend in een 30-graden-zijligging of in een platliggende positie: rechterzij > rug/buik > linkerzij > rug/buik.
- Vermijd houdingen die de druk verhogen, zoals een 90-graden-zijligging of een onderuitgezakte halfzittende houding (door gebruik knieknik).



30° lighouding

- Gebruik de semi-fowlerhouding als zitten noodzakelijk is. Zet de hoofdsteun in een 30-graden-positie en zorg voor een knieknik.
- Bepaal de frequentie van wisselhouding aan de hand van:
 - gevoeligheid en conditie van de huid op risicoplaatsen
 - activiteit en mobiliteit van de cliënt
 - behandeldoelen
 - eigenschappen van het matras
- Controleer na elke houdingsverandering op (nieuwe) decubitus.
- Bepaal de frequentie en methode opnieuw als het gewenste resultaat niet wordt bereikt.
- Laat de cliënt niet langer dan nodig op een harde ondergrond zitten of liggen (po, douchestoel, röntgentafel).

Fowlerhouding



In de (rol)stoel

- Zorg voor ondersteuning van de voeten op vloer, voetenbankje of voetsteun.
- Beperk, bij cliënten die niet rolstoelgebonden zijn, de tijd die ze zonder drukvermindering in de stoel zitten.
- Laat de cliënt in een (rol)stoel, als het kan, minimaal elk uur de stuit van de zitting liften. Dit doet de cliënt door naar voren en/of opzij te buigen in de (rol)stoel.
- Gebruik transferhulpmiddelen bij het verplaatsen van de cliënt.

Optimale zitondersteuning



Inzet AD-matrassen, -kussens en -bedden

- Gebruik tenminste een hoogwaardig drukreducerend matras.
- Gebruik een alternerend matras of oplegmatras als wisselliging niet mogelijk is.
- Baseer de keuze voor het type drukreducerend matras/kussens/bed aan de hand van:
 - risico op decubitus of ernst aanwezige decubitus
 - locatie decubitus
 - mate van mobiliteit, comfort van de cliënt
 - setting, benodigde extra eigenschappen (beheersing, functiebeperking, vocht, temperatuur, wrijven/schuiven)
 - ervaren pijn, klinische blik
- Ga bij het gebruik van een drukreducerend matras/bed door met wisselliging (als dat mogelijk is).
- Controleer bij elk contact de geschiktheid en werkzaamheid van het AD-matras/-bed/-kussens. Denk bijvoorbeeld aan doorzakken, stroomuitval en drukverdelingsstand.
- Beperk de hoeveelheid beddengoed en onderleggers.

Preventie hieldecubitus in bed

Zorg dat de hielen vrij liggen van het matras. Gebruik hiervoor een kussen onder het onderbeen. Zorg dat het onderbeen volledig ondersteund is en de knie licht gebogen – óók op een drukreducerend matras.



Zitkussens

Gebruik bij beperkingen in mobiliteit een drukreducerend zitkussen dat past bij de gebruikte stoel.

Evaluatie

Evalueer de preventieve maatregelen regelmatig (minimaal 1x per twee weken) en bij elke verandering van de toestand van de zorgvrager.

Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal bij een botuitsteeksel. De beschadiging ontstaat door druk of door de combinatie van druk en schuifkracht.

Algemeen

- Bij de behandeling van decubitus blijven preventieve maatregelen noodzakelijk.
- Bepaal met een anamnese welke behandelinterventies nodig zijn, en stel een plan op.
- Leg afspraken, observaties en bevindingen altijd vast in het dossier.
- Houd bij de inzet van behandelmaatregelen rekening met de functionele mogelijkheden, wensen en comfort van de cliënt.

Anamnese

- Neem een volledige anamnese (inclusief voedings-screening en pijnbeoordeling) af. Herhaal deze als binnen twee weken geen verbetering van de wond optreedt.
- Classificeer de decubitus.
- Beoordeel bij decubitus met een intacte huid op kleur, temperatuur, consistentie en pijn, en maak gebruik van palpatie.
- Vul de classificatie aan met overige onderdelen van de algemene anamnese. Gebruik de methodiek **ALTIS**.
 - Aard.
 - Locatie.
 - Tijd.
 - Intensiteit: categorie decubitus.
 - Samenhang: verergerende en verzachtende factoren.
- Vul de classificatie ook aan met wondkenmerken. Gebruik daarvoor het TIME-model:
 - Tissue: is het weefsel vitaal (rood) of niet-vitaal (geel/zwart)?
 - Infection: is er sprake van een infectie?
 - Moisture: beschrijf de mate van vochtigheid (droog/vochtig/nat).
 - Edge: hoe zien de wondranden en -omgeving eruit (intact/niet-intact, verweekt, droog etc.)?

Houding en houdingsverandering

- Bij een verkeerde zithouding kan er sprake zijn van onderuitzakken en/of loodrechte druk.
- Zie voor een optimale houding in bed of (rol)stoel de beschrijving in het preventieprotocol.

Inzet AD-matrassen, -kussens en -bedden

- Bepaal het benodigde soort AD-matras/-bed/-kussens.

Pijn

- Zorg voor adequate pijnstilling. Behandel chronische pijn vanuit de WHO Pijnladder.
- Vraag tijdens de wondverzorging regelmatig of het nodig is om even te stoppen.
- Behandel de wond voorzichtig. Spoel de wond – niet wrijven – en bescherm omliggende huid.

Inschakelen van een meer deskundige

- Schakel een meer deskundige in als:
 - er geen vooruitgang in de wondgenezing is;
 - er necrotisch weefsel is dat mogelijk verwijderd moet worden door necrotomie;
 - er tekenen van (zich uitbreidende) infectie zijn.
- Schakel direct een deskundige in bij tekenen van achteruitgang van de wond.

Wondbehandeling

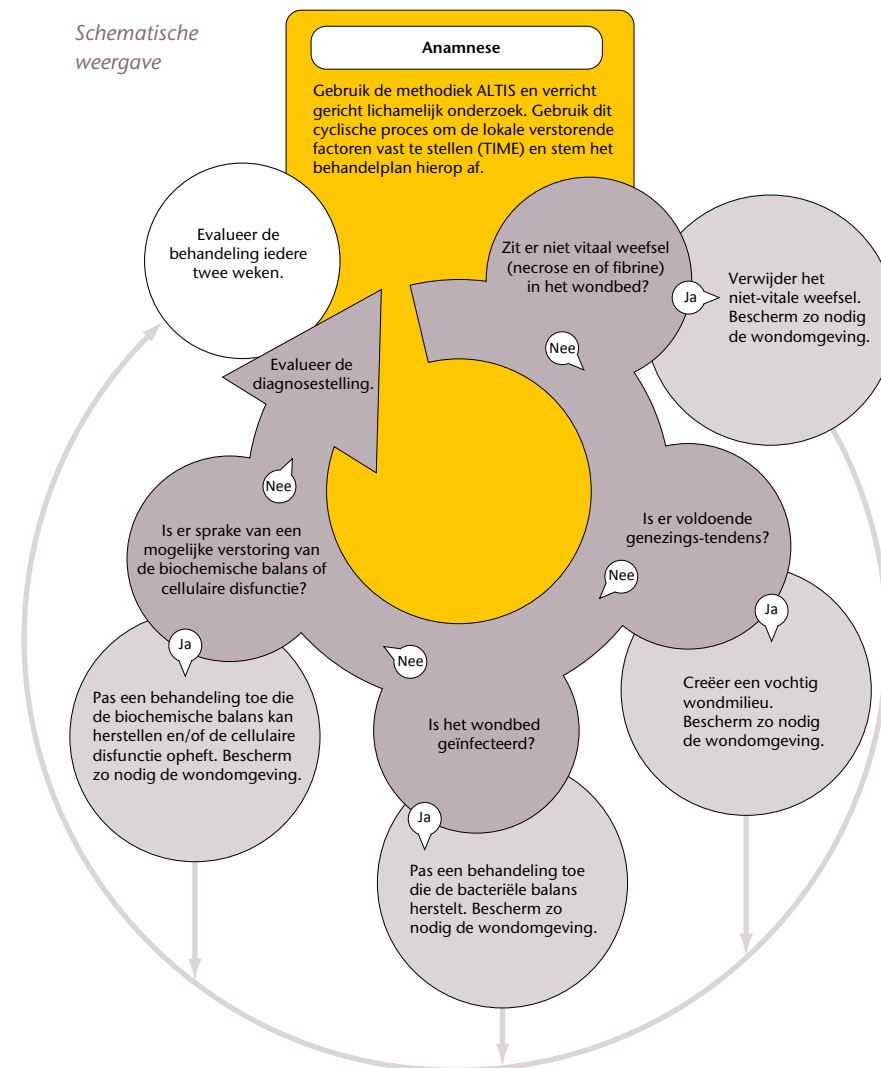
Wondverbanden

- Bepaal het benodigde wondverband aan de hand van wondkenmerken en doel van de behandeling: verwijdering van niet-vitaal weefsel, herstel van de bacteriële balans, management van vocht, herstel van de biochemische balans en cellulaire disfunctie.
- Het creëren van een vochtig wondmilieu wordt aanbevolen.
- Zorg dat het wondverband in contact is met de wondbodem. Gebruik zo nodig een strengverband om een holte op te vullen.

Reinigen van de wond

- Reinig bij elke verbandwissel de wond en de omliggende huid met kraanwater.

Schematische weergave



Beoordelen en monitoren wondgenezing

Wondbehandeling

- Beoordeel de wond bij elke verbandwissel op basis van de eerdergenoemde wondkenmerken.
- Evalueer de wond minimaal één keer per twee weken. Gebruik daarbij een evaluatie-instrument en maak, indien mogelijk, een foto van de wond.
- Positioneer de cliënt steeds in dezelfde houding bij beoordeling en evaluatie van de wond.
- Gebruik steeds dezelfde methode voor het meten en fotograferen van de wond. Zo kunnen de afmetingen in de tijd worden vergeleken.

Overige behandelinterventies

- Evalueer het effect van elke behandelinterventie minimaal één keer per twee weken.
- Wanneer decubitus niet geneest:
 - Beoordeel de cliënt en de decubituswond opnieuw met een nieuwe anamnese.
 - Evalueer de diagnose.
 - Intensiveer de preventieve maatregelen.
 - Overweeg vervanging van het AD-matras/-kussens, maar bepaal eerst:
 - de effectiviteit van eerdere en het huidige preventie- en behandelplan;
 - behandeldoelen die aansluiten bij de doelen, waarden en leefstijl van de cliënt.



Categorie 1: Intacte huid met niet-weg-drukbare roodheid in een gelokaliseerd gebied bij een botuitsteeksel. Er kan sprake zijn van verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.



Categorie 2: Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis). Hierdoor wordt een oppervlakkige open wond zichtbaar met een rood-roze wondbodem, zonder wondbeslag. Het kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde blaar die met vocht of met serum en bloed gevuld is.



Categorie 3: Verlies van de volledige huid-laag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn, hetzelfde geldt ondermijning of tunneling.



Categorie 4: 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 tunneling.