

## **TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS**

# **“De druk eraf!”**

Colofon

De Transmurale Richtlijn Decubitus is tot stand gekomen met behulp van financiering van VWS en AGIS.

© De richtlijn is een uitgave van de Stedelijke Coördinatiegroep Decubitus Amsterdam

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

## Inleiding

Decubitus is een aandoening waarbij veel verschillende disciplines en organisaties zijn betrokken. Voor de patiënt is het van belang dat er een zorgketen is waarin de verschillende schakels op elkaar afgestemd zijn. De kwaliteit van decubituszorg in Amsterdam kan verbeteren door afstemming tussen de eerste, tweede en derdelijns gezondheidszorg. Hiervoor is een Transmurale Richtlijn Decubitus ontwikkeld. Het doel van de richtlijn is de overdracht van de wondbehandeling beter te laten verlopen o.a. door het transmuraal wondoverdracht-formulier. Verder omvat de richtlijn preventieve maatregelen ter voorkoming van decubitus en een breed gedragen protocollaire werkwijze voor chronische wondbehandeling.

De Transmurale Richtlijn Decubitus is ontwikkeld door de Stedelijke Coördinatiegroep Decubitus Amsterdam en is gebaseerd op de NHG standaard, regionale en landelijke richtlijnen en protocollen.

De Transmurale Richtlijn Decubitus bestaat uit vier delen:

Deel 1: Wat is decubitus?

Deel 2: Preventieve maatregelen

Deel 3: Behandeling decubitus: graden, materialen en verwijzing

Deel 4: Aanbevelingen voor samenwerking

Bijlage 1: geraadpleegde standaarden/ richtlijnen/ protocollen

Bijlage 2: voorbeeld risicoscorelijst

## Deel 1: Wat is decubitus?

Decubitus is weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk, schuif en/of wrijfkraften. Zonder druk ontstaat er geen decubitus. Schuif en wrijfkraften zijn uiteindelijk ook te herleiden tot druk. In de praktijk betekent dit dat weefsel, zoals huid, vet en spieren, dat tussen bot en de onderlaag (bed, stoel of prothesen) wordt samengedrukt, stuk gaat.

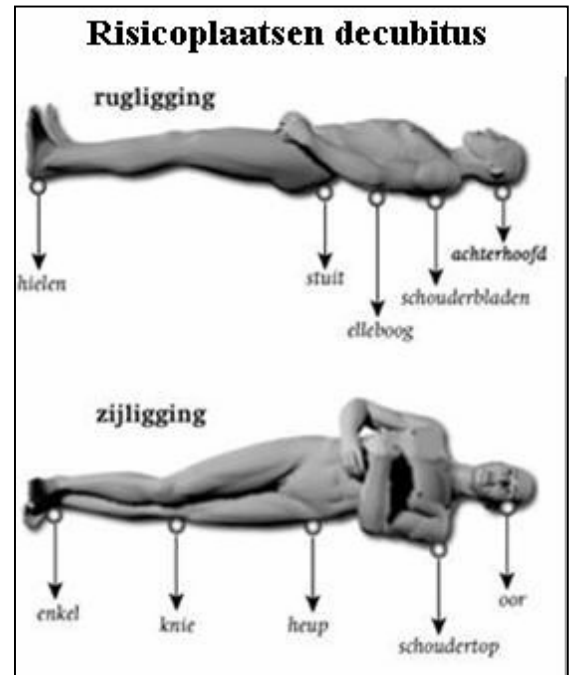
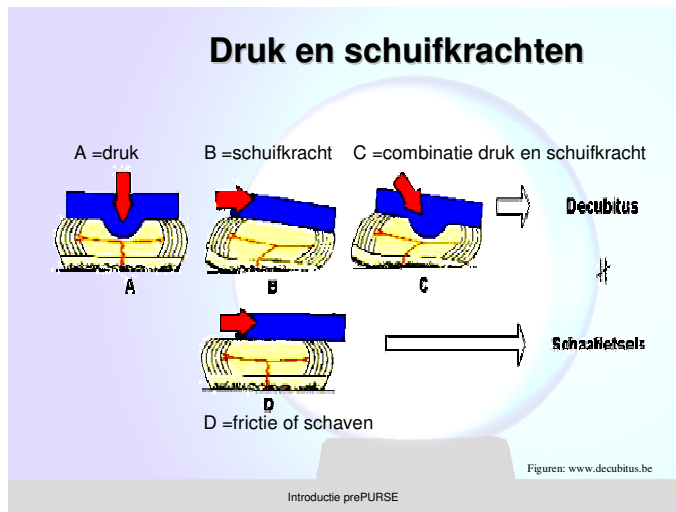
Decubitus wordt in graden aangegeven:

- Graad I: Niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding zijn andere mogelijke kenmerken.
- Graad II: Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de onderliggende lederhuid (dermis). Het effect manifesteert zich als een blaas of oppervlakkige ontvelling.
- Graad III: Huiddefect met schade of weefselversterf (necrose) van de huid en onderhuids weefsel (subcutis).  
De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggend bindweefselvlies (fascie).
- Graad IV: Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) of lederhuid (dermis).

Het inschatten van het risico op decubitus is iets dat hoort bij het (dagelijks) contact tussen zorgverlener en patiënt. Vul de risicoscorelijst (behorend bij het decubitusprotocol) in wanneer (zie bijlage als voorbeeld):

- Een patiënt 'nieuw' binnenkomt;
- Een patiënt bed- of rolstoelgebonden raakt;
- De conditie van de patiënt sterk verandert, zowel bij achteruitgang als verbetering.

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS



## Deel 2: Preventieve maatregelen

<b>Herken</b>	patiënten met een extra risico d.m.v. de risicoscorelijst
<b>Inspecteer</b>	dagelijks ten minste 1x de huid op roodheid, laesies etc.; bij een patiënt uit een verhoogde risico-groep enkele malen per dag (stuit, hielen, schouders, etc.)
<b>Neem</b>	direct maatregelen ter voorkoming en neem die voorzieningen, die voor de patiënt in deze specifieke toestand de beste preventieve hulpmiddelen zijn.

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

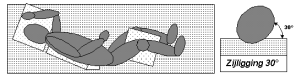
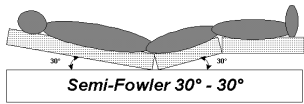
## Preventieve Maatregelen

### OMSCHRIJVING

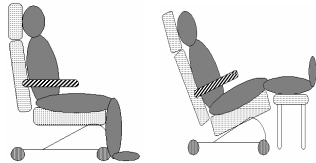
#### Wisselhouding

Iedere 4 uur

#### Hielen vrijleggen



#### 30 graden zijligging



Goede zithoudingen

**Stimuleren** van actieve en passieve cliënten door spieroefeningen en/of tenminste standveranderingen in gewrichten.

#### Preventieve Materialen Speciale matrassen

#### Andere hulpmiddelen

Speciale anti-decubitus zitkussens  
Badstof sokken

#### Huidverzorging

Barrière film / crème  
Zinkolie

### INDICATIE

Iedere patiënt die niet in staat is in zijn bed te bewegen en/of te draaien

Alle bedlegerige patiënten

Drukverdeling als bed in 3 delen veranderbaar is. Indien bed niet in 3 delen instelbaar is verdeel de druk dan zo goed mogelijk.

Drukverdeling als de cliënt in zijligging ligt.

Goede drukverdeling als de cliënt opzit.

Preventie van decubitus en het ontstaan van contracturen.  
Psychische en motorische stimulatie.

Cliënten met verhoogd risico.

Preventief tegen hieldecubitus  
schuif-wrijfkrachten.

Beschermt de huid tegen inwerking van vocht.  
Bij incontinentie of zeer veel vocht lekkende wonden.

### OVERLEG

Bij wervel-, bekkenfracturen: altijd overleggen met behandelaar of wisselliging toegestaan is.

Bij ernstige benauwdheid.

Bij ernstige stuit decubitus: niet of minimaal op laten zitten!

Sterk onrustige cliënten (ook bij comateuze cliënten is d.m.v. fysiotherapie en het passief bewegen van de extremiteiten, houdingverandering en contractuur bestrijding mogelijk)

Desondanks wisselen van houding.  
Nog steeds hielen vrijleggen indien mogelijk. Blijf hielen inspecteren.

Let op dat bij de stuit geen sprake is van een schimmelinfectie.

### ADVIES

Wisselliging dient genoteerd te worden.

Zorg dat het hele onderbeen ondersteund wordt.

Maak een wisselliging schema.

Laat de cliënt iedere 2 uur 5 minuten vooroverbuigen in de stoel.

Adviseer cliënten bij het luisteren naar de radio bepaalde bewegingen te maken. Voorbeeld, bij de nieuwsberichten draaien.

Preventieve materialen zonder wisselliging helpen een klein beetje. Voorschrijven van matrassen in overleg met de behandelaar.

Noteer gebruik.  
Zorg voor een goede hygiëne / wasbeurt met niet ontvettende zeep.

### NIET DOEN!!

▶ SCHAPENVACHTJES

▶ ZAKJES MET WATER ONDER DE HIELEN

▶ HIELEN INPAKKEN

▶ WRIJVEN

▶ WINDRINGEN ONDER DE BILLEN

▶ TEVEEL LOTION GEBRUIKEN (dit verwekt de huid)

▶ LAKENS STRAK INSTOPPEN

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

## Specifieke antidecubitusmaatregelen bij (orthopedische-) schoenen.

Indicatie	Decubitusplek ten gevolge van druk door gewone schoen of orthopedische schoen.
Adviezen	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Nagaan waar druk ontstaat en controle (orthopedische) schoen op oneffenheden (naden, sok niet goed, e.d.)</li><li>▶ Druk wegnemen. Schoen en sok goed aandoen. Schoen tijdelijk uitlaten, eventueel verbandschoen.</li><li>▶ Bij terugkeren probleem bij normale schoen, denken aan orthopedische schoen.</li><li>▶ Bij orthopedische schoen en decubitus graad 2/3, controle door revalidatiearts of schoenmaker. Dagelijks controleren op drukplekken.</li><li>▶ Controle op ontstaan druk door prothese of orthese en oorzaak opsporen.</li></ul>

## Specifieke antidecubitusmaatregelen bij orthesen en prothesen.

Indicatie	Decubitusplek ten gevolge van druk door orthese of prothese (bijv. beenprothese).
Adviezen	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Druk wegnemen. Prothese of orthese goed aanleggen of tijdelijk niet aandoen.</li><li>▶ Bij decubitus graad 2/3, controle door revalidatiearts of orthopedietechniek van orthese of prothese. Dagelijks controleren op drukplekken.</li></ul>

## **Deel 3: Behandeling decubitus: graden, materialen en verwijzing**

Stelregel: "alles" mag op de decubitus, behalve de patiënt!!

Voor de behandeling van decubitus gelden de algemene principes van chronische wondbehandeling volgens de Woundcare Consultant Society.

### Algemene maatregelen

- Blijf altijd, bij alle graden, preventieve maatregelen toepassen (zie deel 2 van deze richtlijn) indien nodig intensiever de preventieve maatregelen;
- Betrek de patiënt en/of directe omgeving bij de behandeling en bespreek wat hij/zij zelf kan doen (druk, schuif-, en/of wrijfkrachten vermijden, wisselgigging, pijn vermelden e.d.) en controleer dit; overhandig de patiënteninformatie;
- Werk volgens de in de organisatie/sector gangbare hygiënische richtlijnen en decubitusprotocol;
- Evalueer 1x per week het beleid en stel zonodig doelen en wondverzorging bij;
- Bij langer dan 2/3 dagen geen/nauwelijks eten en drinken, schakel de eindverantwoordelijke behandelaar in;
- Bij het opvullen van diepe wonden het materiaal (bijvoorbeeld natte gazen) losjes in de wond draperen;
- Overweeg bij diepe wonden (zonder necrose) Negatieve Druk Therapie b.v. Vacuüm Assisted Closure (VAC) therapie;
- Droge hielnecrose nooit verweken (tenzij er tekenen zijn van infectie), alleen beschermen.
- Bij ontstekingsverschijnselen schakel de eindverantwoordelijke in.

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

## Beslisboom decubitus: graden, materialen en verwijzingen

graad 1	graad 2	graad 3	graad 3	graad 4
Niet wegdrubbare roodheid, intacte huid, verkleuring van de huid, warmte, oedeem of verharding	Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (soms ook aantasting onderliggende lederhuid. Blaar of oppervlakkige ontvelling	Huiddefect met schade of weefselversterf van de huid en onderhuids weefsel, geen necrose	Huiddefect met schade of weefselversterf van de huid en onderhuids weefsel, fibrineus beslag, necrose	Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan de spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid of lederhuid

► Let op infectie! Behandel deze eerst met een adequaat product b.v. zilverproducten

transparant wondfolie	blaar met gesloten blaardak op de wond: transparante wondfolie <u>of</u> dun hydrocolloïd	droge wond: hydrogel <u>en/of</u> vetgaas	droge wond: hydrogel <u>en/of</u> vetgaas <u>of</u> gazen met NaCl 0,9%	gazen met NaCl 0,9% <u>of</u> alginaat <u>of</u> koolstofverband <u>of</u> hydrofiber <u>of</u> enzymatische reiniger <u>of</u> hypo-chloriet (Eusol) maximaal 2 wkn
	blaar met open blaardak, ontvelling op de wond: vetgaas <u>of</u> dun hydrocolloïd <u>of</u> hydrofiber	natte wond: alginaat <u>of</u> hydrofiber	vervloed: alginaat <u>of</u> gazen met nacl 0.9%	

### Algemeen:

**Bescherm te allen tijde de huid en/of wondranden met: barrière film of crème of zinkolie**

Gebruik een secundair afdekkend verband; foamverband of absorberende gazen

### Acties:

Observatie, rapportage en controle volgens het transmuraal wondoverdrachtformulier

### In consult:

Consulteer (wond)wijkverpleegkundige, huisarts, verpleeghuisarts of decubitusverpleegkundige

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

## Deel 4: Aanbevelingen voor samenwerking

Om de afstemming en overdracht tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren, en indien de zorgvrager met een chronische (decubitus) wond ontslagen of overgeplaatst wordt, is een transmuraal wondoverdrachtformulier ontwikkeld. Op dit formulier staat aangegeven wie de hoofdbehandelaar is voor de wondbeoordelingsaspecten en de instructies voor de wondverzorging.

- Overleg bij twijfel met de hoofdbehandelaar zoals vermeld op het transmuraal wondoverdrachtformulier
- Indien afgeweken moet worden van het voorgestelde behandelbeleid overleg dit met diegene die het behandelbeleid heeft voorgeschreven
- Geef patiënt en/of diens mantelzorger de patiënteninformatie over decubitus (NHG patiëntenbrieven; folders van de eigen organisatie)

## Contact

Zorgverleners kunnen ook de leden van de Stedelijke Coördinatiegroep Decubitus Amsterdam consulteren:

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE	TELEFOON
Mirjam Kempkes	wondverpleegkundige	Amsterdam Thuiszorg	886 60 00
Daniëlle Bosman	diabetesverpleegkundige	Farmaceutische Bureau Amsterdam	624 30 79
Suzan Boomars	verpleegkundig specialist decubitus/wondzorg	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis namens de Amsterdamse ziekenhuizen	510 87 35
Hein Reedijk	verpleeghuisarts	Cordaan namens de verpleeghuisartsen	344 34 48
Ton Peeks	wondverpleegkundige	Revalidatie Centrum Amsterdam	607 16 87

Voor vragen over het project kunt u contact opnemen Marij Duijsters, projectbegeleider 1<sup>ste</sup> Lijn Amsterdam, 344 53 81 of [m.duijsters@1stelijnamsterdam.nl](mailto:m.duijsters@1stelijnamsterdam.nl).

Met dank aan Bart Schweitzer, huisarts, die de Transmurale Richtlijn Decubitus becommentarieerd heeft en Han van der Mijn, wondverpleegkundige FBA, die tot januari 2007 heeft meegewerkt aan het project.

# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

## Transmuraal Wondoverdrachtformulier

Bij overplaatsing dit formulier meegeven!!

NAAM PATIËNT:

Ingevuld door:

Datum:

Eindverantwoordelijke/Hoofdbehandelaar:

Telefoon:

Type wond: decubitus graad

Wond is aanwezig sinds (datum):

Wondbed

rood .....%

(niet vitaal)

vast  vervloeïend

geel .....%

(niet vitaal)

vast  vervloeïend

zwart .....%

(vitaal)

Vorm en grootte wond

lengte .....

breedte .....

diepte .....

Infectie

ja

nee

Geur

ja

nee

Vocht

nat

vochtig

droog

Wondranden

rood

Ja

Nee

gezwollen

Ja

Nee

verweekt

Ja

Nee

droog / schilferig

Ja

Nee

grillig/glad

Ja

Nee

Wondomgeving

droog / schilferig

Ja

Nee

eelt

Ja

Nee

overig bijv.: eczeem, pigmentatie, schimmelinfectie

Pijn

Ja

Nee

Permanent

Bij verzorging

Na verzorging

Overige aspecten

Factoren die de wondgenezing kunnen vertragen, zoals bepaalde ziektebeelden, medicatie, mobiliteit (wisselgigging ja/nee), enz.

Voedingstoestand bepalen

Langer dan 2/3 dagen geen/nauwelijks eten/drinken

Ongewenst gewichtsverlies: 3 kg in 1 maand of 6 kg in 6 maanden

### Verzorging van de wond

Plaats van de wond:

Frequentie: 1x daags / 2x daags / anders nl.

Wond reinigen: nee / ja uitspoelen met

Wondranden reinigen: nee / ja, met

Wondrandbescherming:

barrièrecreme of -film / zinkolie / anders nl.

Wondbehandelplan:

Op / in de wond (primair verband)

Afdekken (secundair verband)

Fixeren



# TRANSMURALE RICHTLIJN DECUBITUS

Bijlage Transmurale Richtlijn Decubitus geraadpleegde standaarden/ richtlijnen/ protocollen.

- Decubitusprotocol Amsterdam Thuiszorg
- Decubitusprotocol Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
- Decubitusprotocol AMC
- Decubitusprotocol Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Decubitusprotocol BovenIJ Ziekenhuis
- LESA samenwerkingsrichtlijn Decubitus
- NHG standaard Decubitus
- CBO consensus Decubitus
- WCS Decubitus protocol
- Regionaal Decubitus Preventieprotocol Zaanstreek – Waterland
- Preventieprotocol Decubitus KITTZ/NIGZ
- Decubituspreventieprotocol Zorg en Zekerheid
- Decubitus Behandelprotocol Apotheek Service Groningen
- Decubitus Richtlijn Stichting Farmaceutische Thuiszorg Midden Nederland
- Tripartiete multidisciplinaire richtlijn Decubitus Ned. Ver. van Verpleeghuisartsen (SALODE)
- Decubitus Preventie & Behandeling, Dec. Stichting Oostelijk Zuid Limburg
- Decubitusprotocol & Decubituspreventieprotocol TRAZOR (Transmuraal Zorgnetwerk Rivierenland, Tiel e.o.)
- Regionale Samenwerkingsrichtlijn Transmuraal Netwerk Midden Holland
- Preventieprogramma Decubitus ZonMw
- Hulpmiddelen reglement AGIS Zorgverzekeringen



Bij dit scoreformulier dient het stroomschema indicatie AD matrassen gebruikt te worden

naam cliënt	datum
naam indicatiesteller	functie indicatiesteller

Punten	0	1	2	3	Score
<b>Mentale toestand</b>	goed	lusteloos, gedepimeerd, gedesoriënteerd, angstig	zwaar depressief, psychotisch, verward	stuporeus, comateus	
<b>Neurologie</b>	geen afwijkingen	geringe stoornissen, krachtsvermindering	sensibiliteitsstoornissen, lichte hemiparese (2x)	hemiparese (x2) dwarslaesie (onder th.6 x3) (boven th.6 x4)	
<b>Mobiliteit</b>	goed	licht beperkt, loopt met hulp, regelmatig op, rolstoel bewoner met goede armfunctie	voornamelijk bedlegerig, alleen op bij wassen, hele dag passief in stoel	geheel bedlegerig	
<b>Voedingstoestand</b>	goed goed gewicht (BMI* 18,5-24,5) gezonde eetlust	matig ongewenst gewichtsverlies (>5% binnen 6 mnd, >2,5%binnen 1 mnd), verminderde eetlust	slecht ongewenst gewichtsverlies (>10% binnen 6 mnd, >5% binnen 1 mnd),bij braken of diarree, sterk verminderde eetlust	ernstig, cachexie ongewenst gewichtsverlies (>20% binnen 6 mnd, >10% binnen 1 mnd), geen eetlust	
<b>Voeding</b>	normaal voedingspatroon/volledige sonde- of parenterale voeding	de laatste 3 dagen minder of niets gegeten door ziekte of behandeling gedeeltelijke sonde- of parenterale voeding en geen overige voeding	meer dan 5 dagen nauwelijks voedselinname gedeeltelijke bijvoeding en geen overige voeding	meer dan 5 dagen geen voeding en geen suppletie langer dan 5 dagen een glucose/NaCl infuus	
<b>Incontinentie</b>	geen	af en toe urine	voor urine en/of faeces, bij urynecatheter, uritip	geheel incontinent	
<b>Leeftijd</b>	≤ 50 jaar	50 – 60 jaar	60 – 70 jaar	>70 jaar	
<b>Temperatuur</b>	< 37,5°C	37,5°C – 38,5°C	38,5°C – 39°C	> 39°C	
<b>Medicatie</b>	geen	corticosteroiden, slaapmiddelen, anticoagulantia (niet fraxiparine)	pijnstillers, tranquillizers, cytostatica, orale antibiotica	parenterale antibiotica,	
<b>Diabetes</b>	geen	alleen dieet	orale middelen	insuline	

totaal score:	<b>score totaal punten:</b>	<b>Risico:</b>
geïndiceerd matras:	<b>0-12</b>	<b>: Tempur Basismatras</b>
wondgradatie:	<b>13-21</b>	<b>: Decubiflow 12</b>
eventueel gewicht:	<b>&gt;21</b>	<b>: Nimbus III</b>

motivatie indien indicatie afwijkt van stroomschema:

\* De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (lengte keer lengte, uitgedrukt in meters).

\* BMI 18,5 – 24,5 is normaal.

\* Berekening percentage gewichtsverlies: (normaal gewicht – huidige gewicht) : (normaal gewicht x 100%) = % gewichtsverlies

\* Met dit formulier wordt een matras van Hulpmiddelen aangevraagd. Het matras wordt maximaal een half jaar gratis uitgeleend.

Indien de cliënt langdurig een matras nodig heeft, dient dit via de huisarts bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagd te worden. (Regeling Hulpmiddelen 2003).