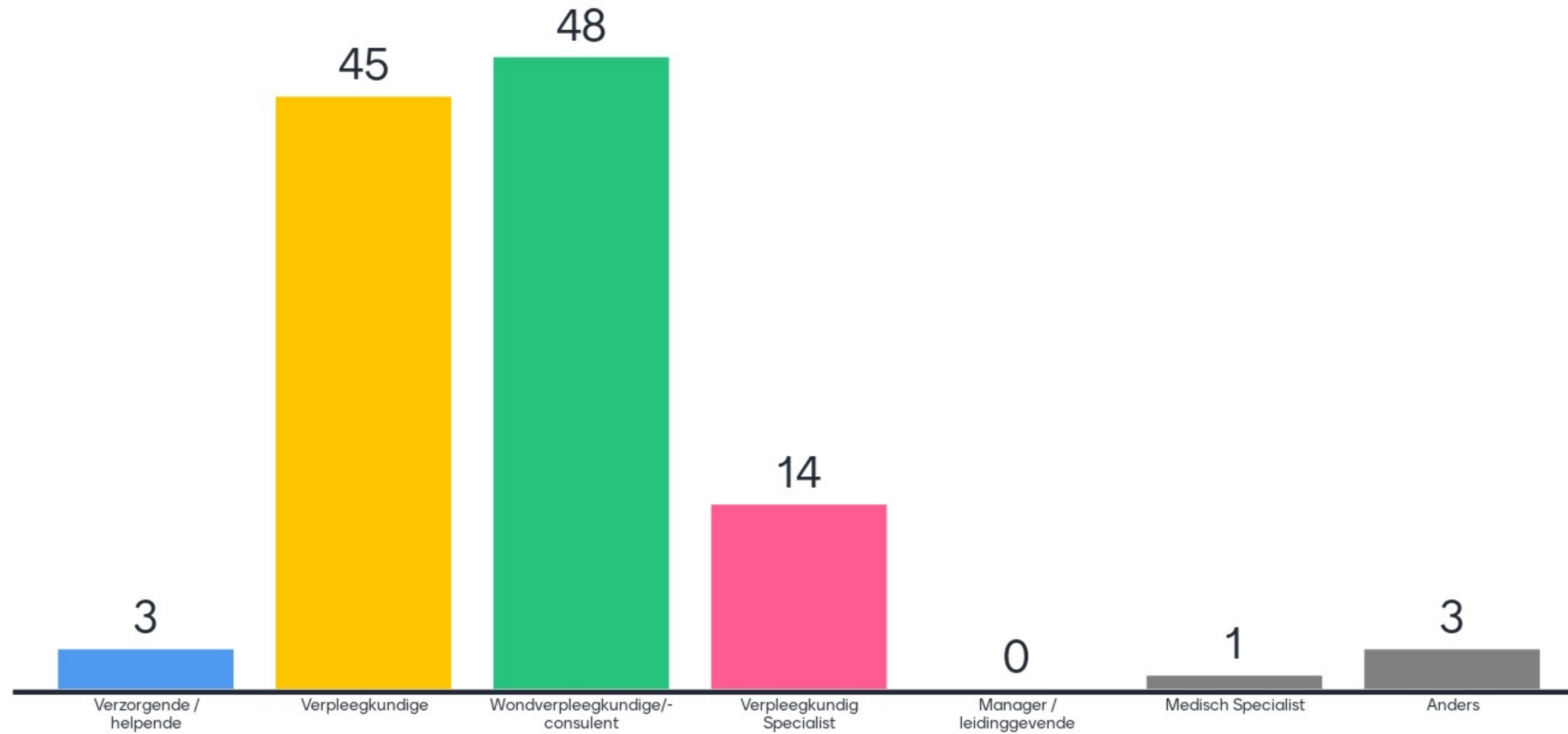


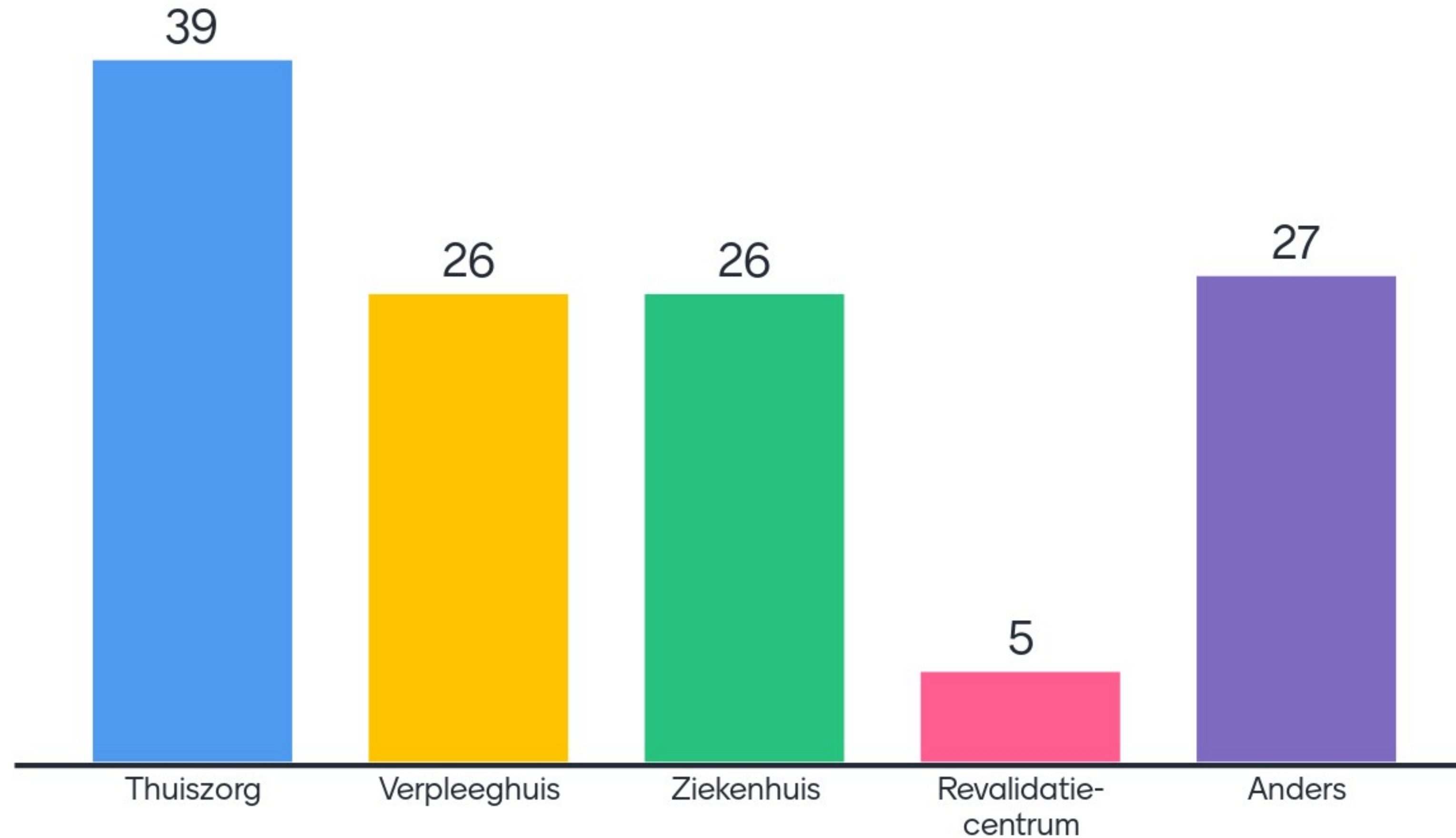
Richtlijn decubitus

Babette de Waard, MSc
Verpleegkundig Specialist
Commissie WCS Decubitus

Wat is je functie?



In welke setting ben je werkzaam?



Richtlijn

Decubitus

1 maart 2021



Definitie decubitus

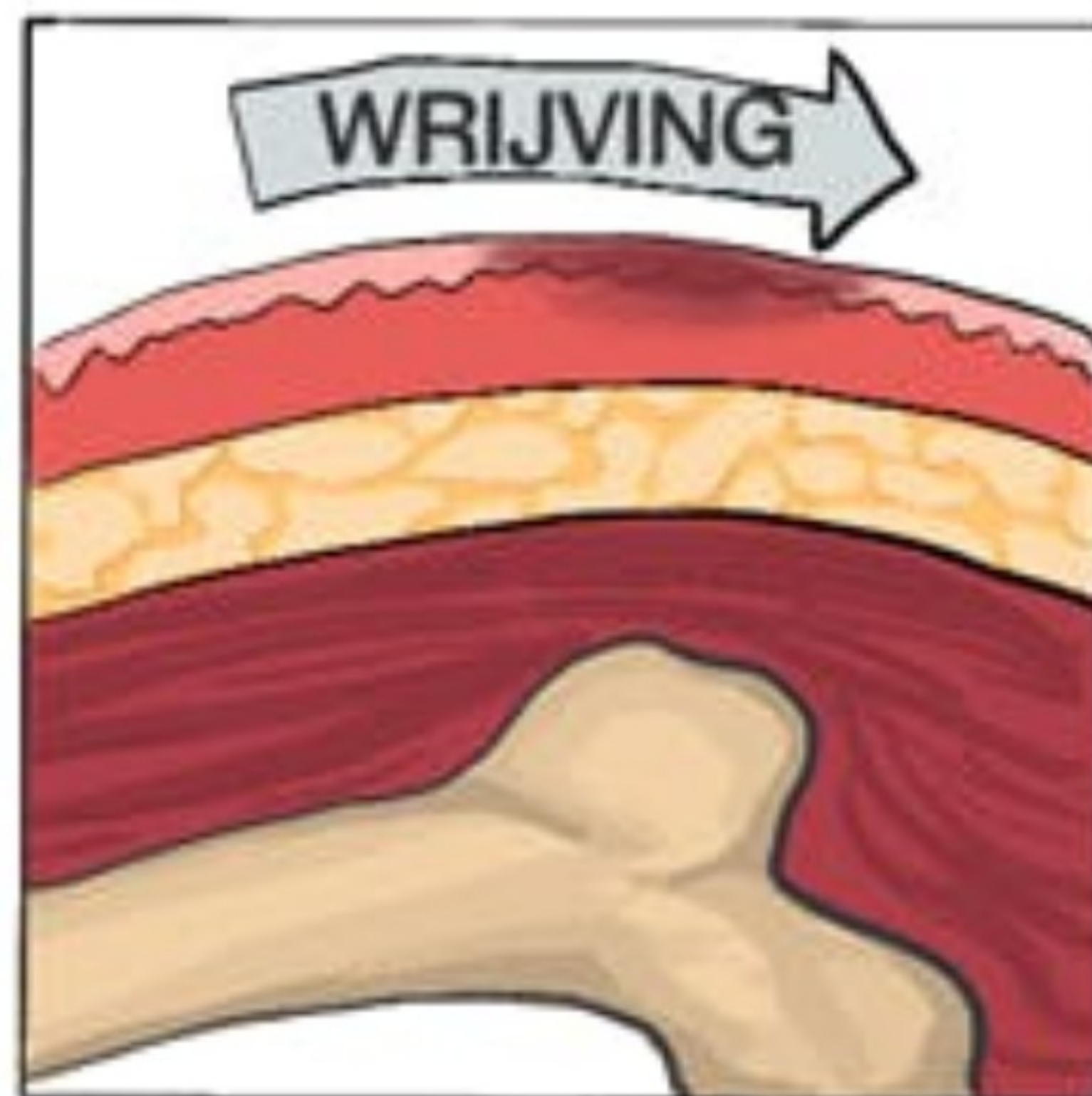


- **Druk x Tijd = Decubitus**

- Weefseltolerantie en risicofactoren

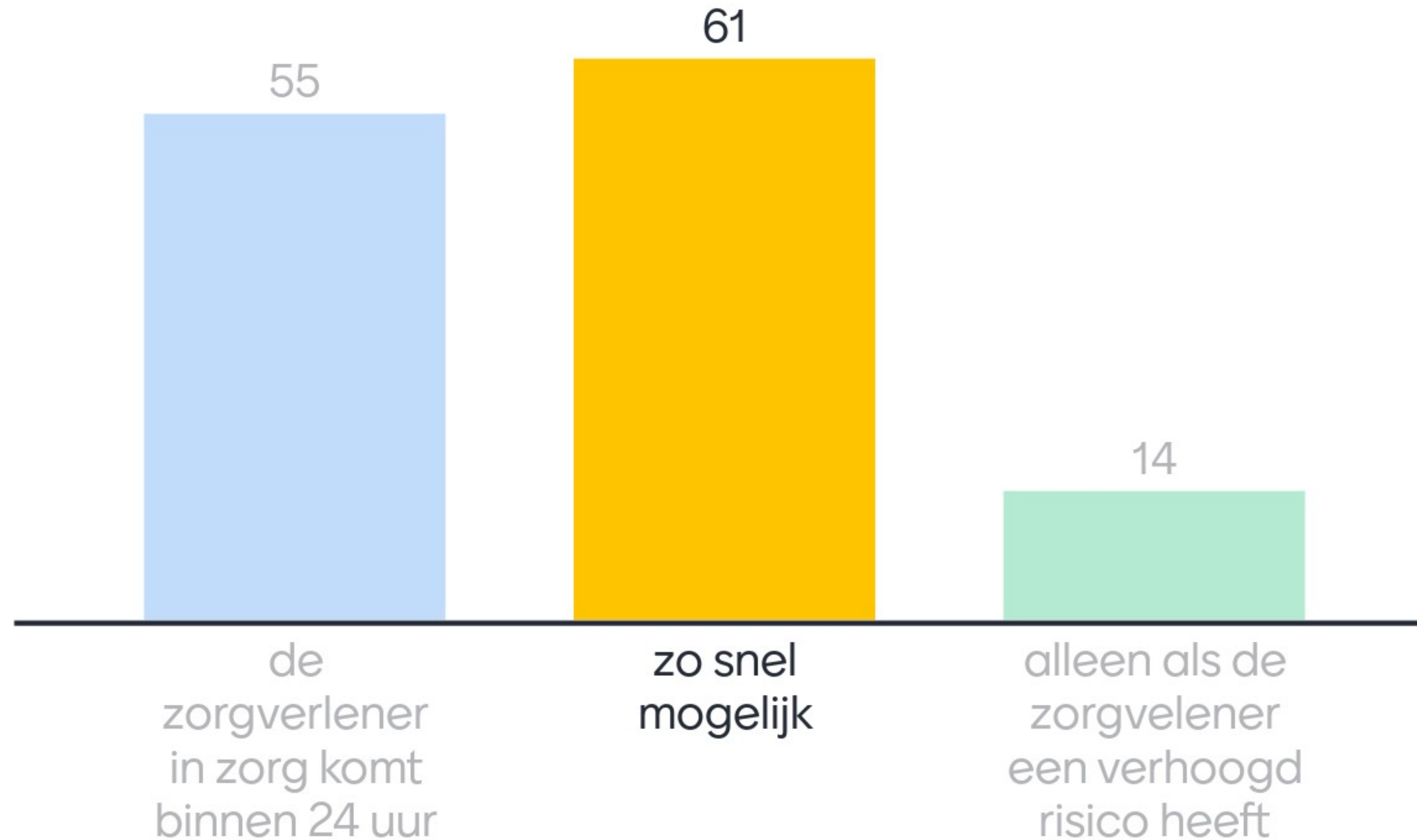
Definitie

Decubitus is een plaatselijke schade aan de huid en/of onderliggend weefsel ten gevolge van druk of druk in combinatie met schuifkrachten

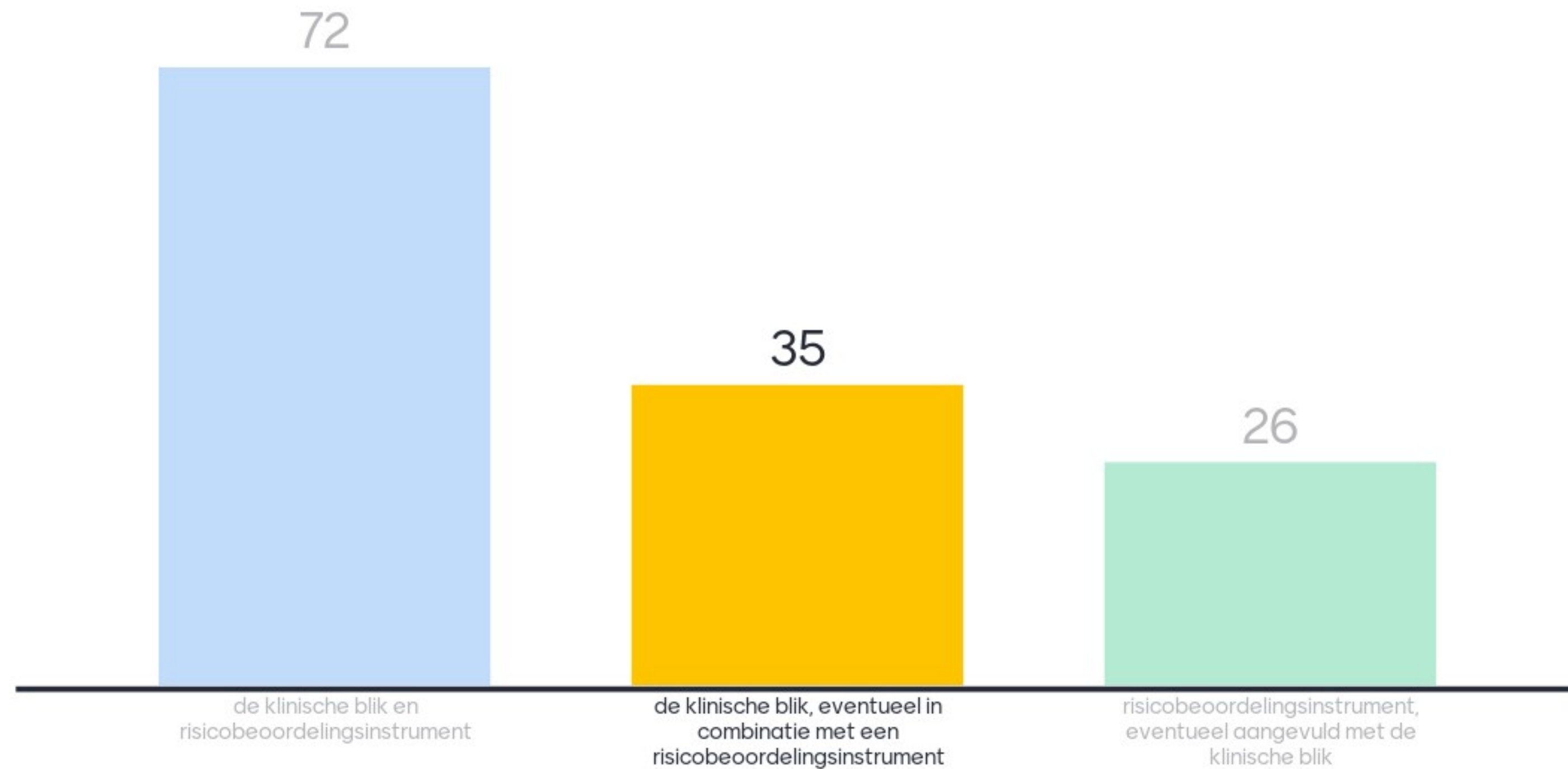




Een risicobeoordeling voer je uit als



Gebruik voor het inschatten van het risico op decubitus altijd...



Inschatten van decubitus:

- 1.1 Gebruik bij het inschatten van het risico op decubitus altijd de klinische blik, eventueel in combinatie met een risicobeoordelingsinstrument uit deze richtlijn.
- 1.2 Kies bij voorkeur een risicobeoordelingsinstrument uit deze richtlijn en houd bij de keuze altijd rekening met de setting en aanwezige risicofactoren.

Risicobeoordelingsinstrument

- Braden (voorkeur)
- Waterlow (voorkeur)
- Norton (voorkeur)
- PrePURSE
- CBO-risicoscorelijst

Bradenschaal	Score:
Waarneming van pijn en ongemak 1. Totaal verstoord 2. Zeer verstoord 3. Licht verstoord 4. Geen stoornis	
Vochtigheid huid 1. Altijd vochtig 2. Meestal vochtig 3. Soms vochtig 4. Zelden vochtig	
Activiteit 1. Bedgebonden 2. Stoelgebonden 3. Loopt af en toe 4. Loopt vaak rond	
Mobiliteit 1. Volledig immobiel 2. Zeer beperkt 3. Licht beperkt 4. Geen beperkingen	
Voeding 1. Onvoldoende 2. Waarschijnlijk ontoereikend 3. Toereikend 4. Uitstekend	
Schuifkracht 1. Actueel probleem 2. Mogelijk probleem 3. Geen zichtbaar probleem	
Totaalscore:	

Bradenschaal

Hoog risico doelgroepen

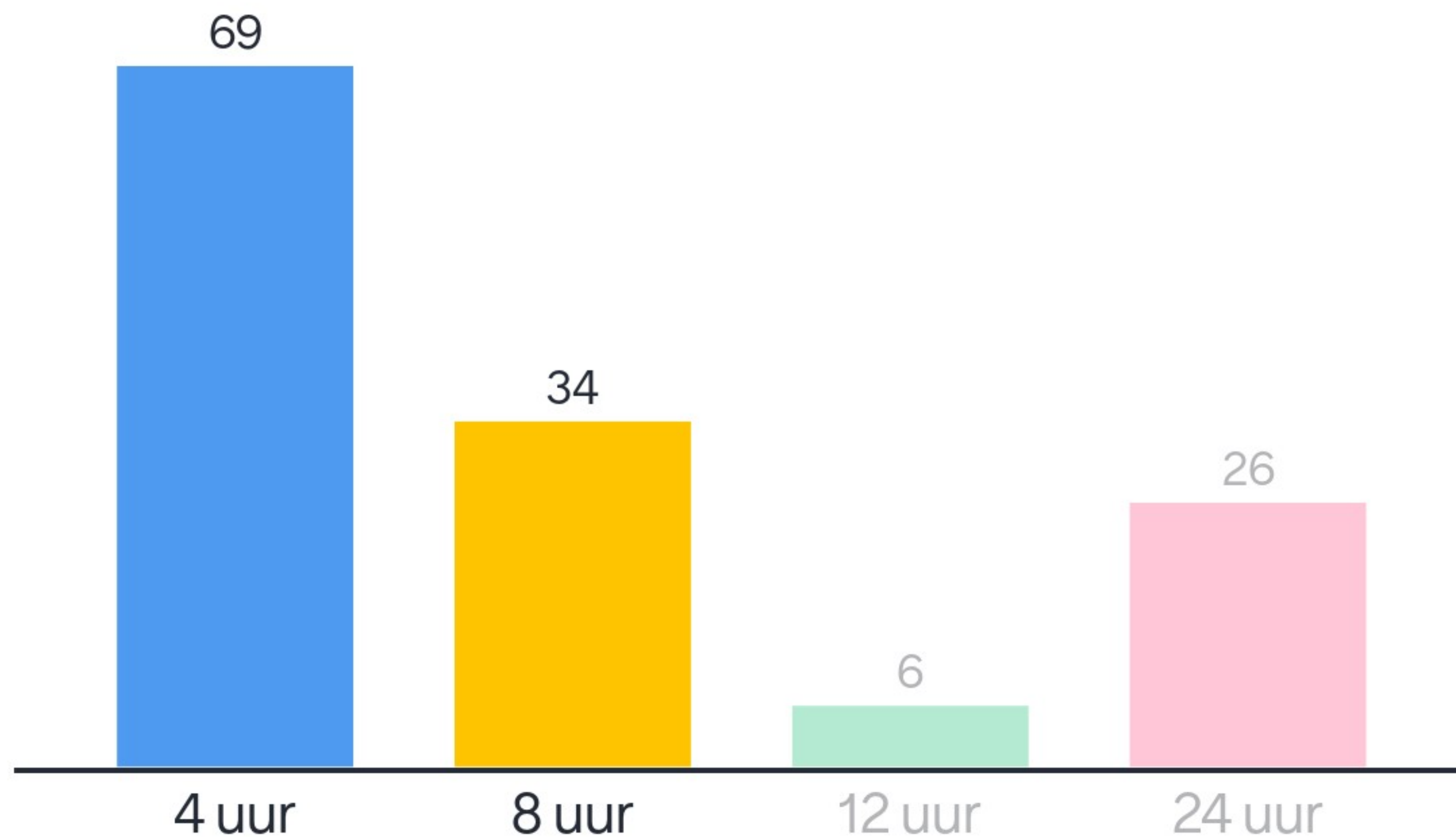
- 2.1. Ga bij onderstaande doelgroepen direct over tot preventieve maatregelen;
 - zorgvrager met decubitus;
 - zorgvrager die immobiel is;
 - zorgvrager op de intensive care;
 - zorgvrager op de operatiekamer;
 - zorgvrager met een dwarslaesie;
 - zorgvrager in de terminale fase.



Voeding (4.41): Screen en beoordeel de voedingstoestand en gewichtsverandering van elke zorgvrager met risico op decubitus op de volgende momenten:

- Als de zorgvrager in zorg komt
- Bij verandering in de medische toestand
- Als er geen vooruitgang in de wondgenezing is

Voer bij zorgvrager met risico op decubitus zo snel mogelijk, maar binnen ..., een huidbeoordeling uit (4.34)

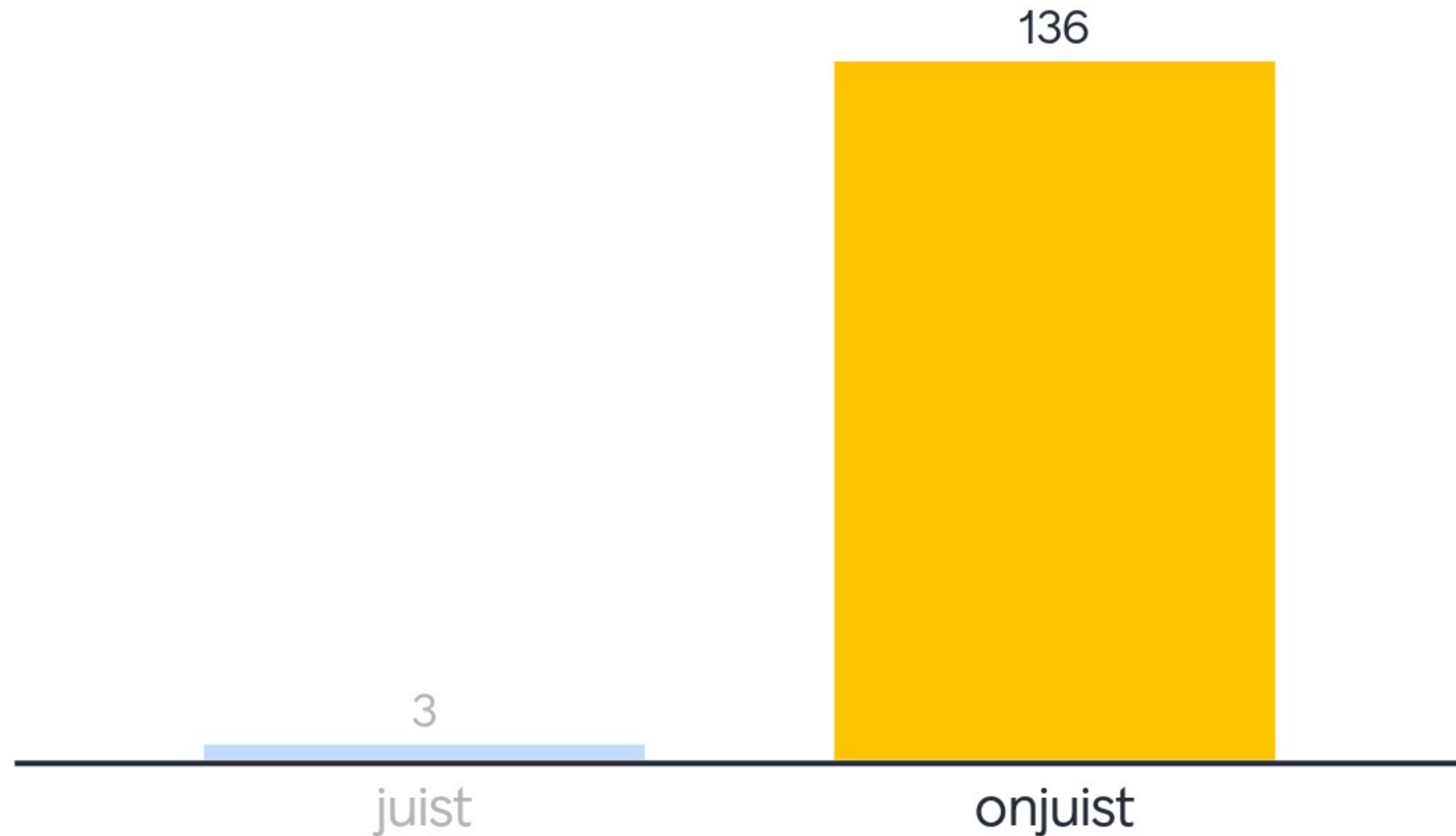


Huidbeoordeling (dagelijks) (4.32)

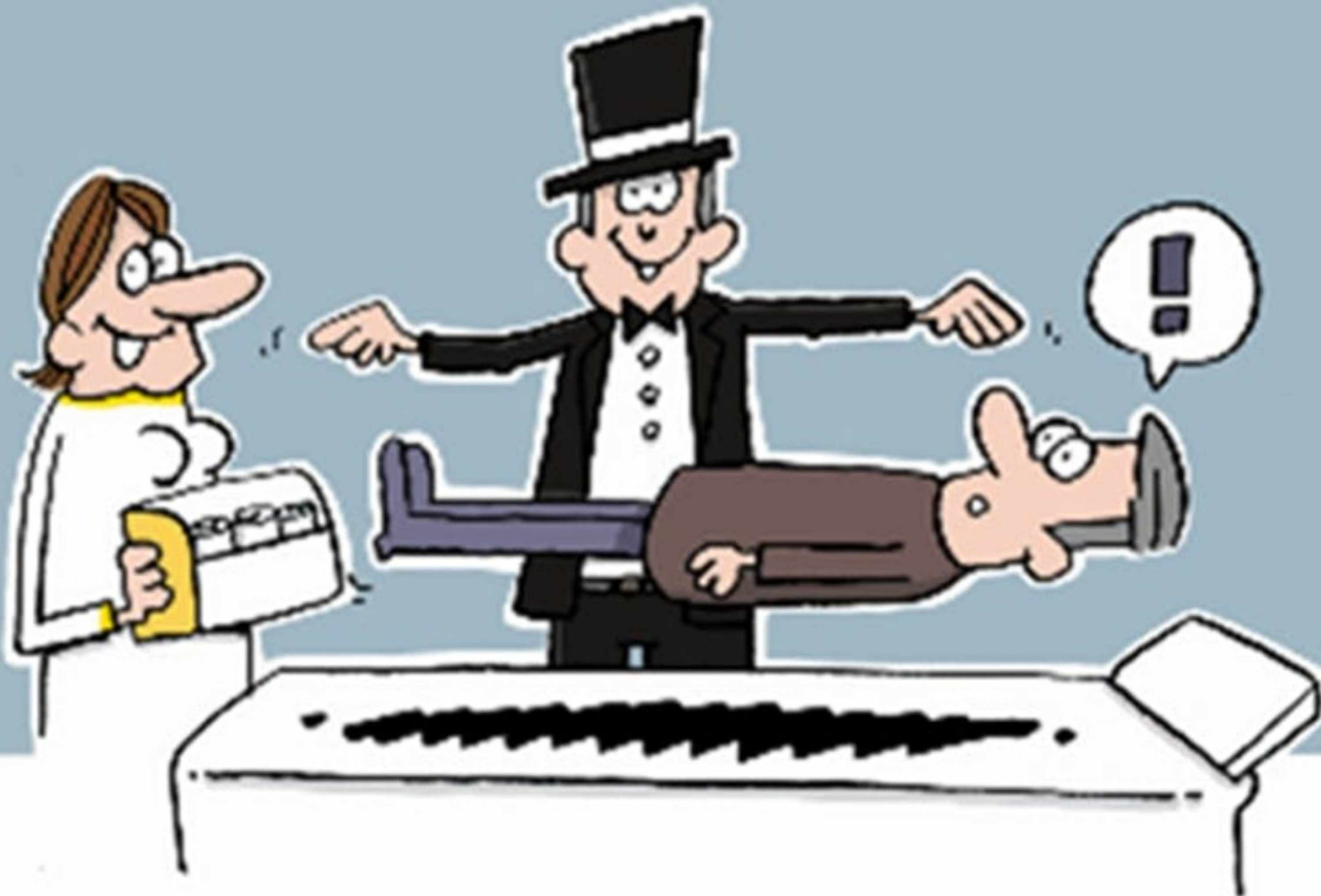
- Risicoplekken
- Niet wegdrukbaar roodheid
- Temperatuur
- Oedeem
- Aanwezigheid van vocht of plaatselijke pijn



Op een drukverlagend matras is wisselgigging niet nodig (4.16)



DE GEDROOMDE REMEDIE TEGEN DOORLIGWONDEN!



JA, DOKTER...VRAAGJE...
HOE VAAK MOET JE EEN MENS
OMDRAAIEN OM DOORLIGPLEKKEN
TE VOORKOMEN?



WAT?! ZO VAAK?!!

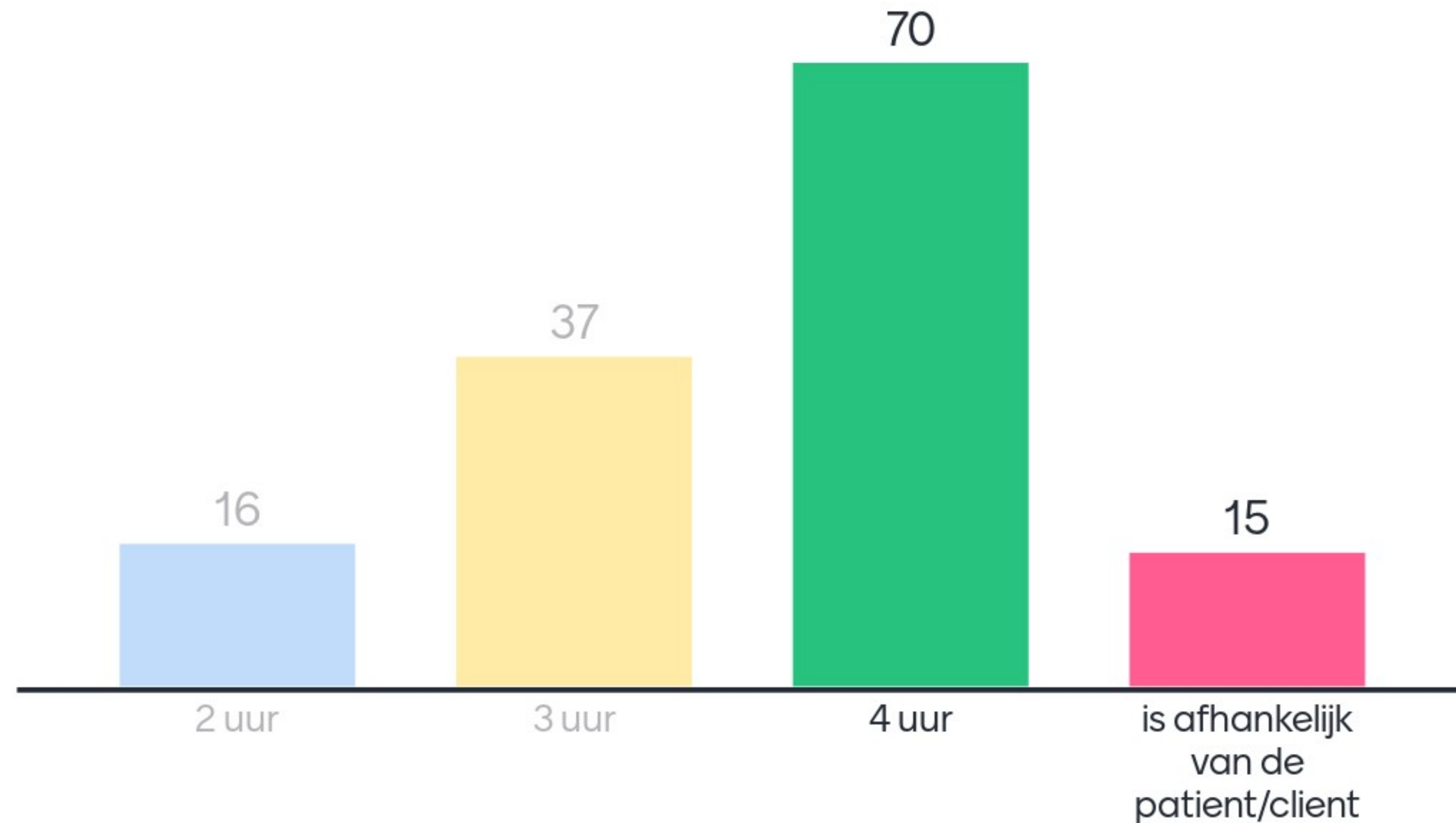


ZUCHT...



Beelhoff

Wisselhouding passen we in principe elke ... uur toe



Wissel de zorgvrager in principe elke 4 uur van houding, maar houd bij de frequentie rekening met (4.3);

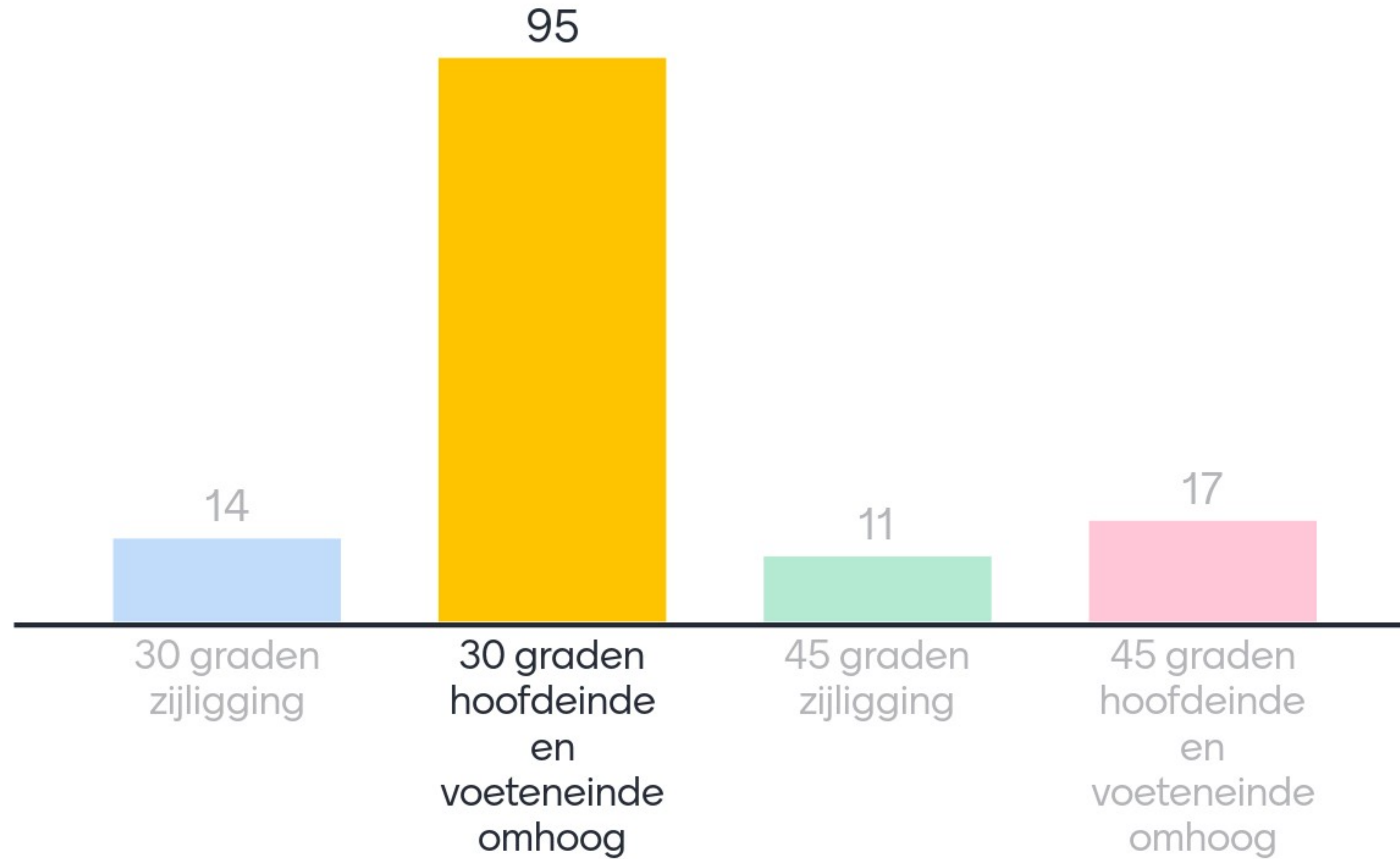
- Persoonskenmerking
- Behandeldoelen
- Kenmerken van de onderlaag



Techniek van wisselhouding

- 4.5. Positioneer de zorgvrager in een houding die de druk op het lichaam - op die plaatsen waar dit contact heeft met de onderlaag - optimaal verdeelt.
- 4.6. Maak bij wisselliging gebruik van het schema '30 graden rechterzij, semi-Fowler-houding, 30 graden linkerzij, semi-Fowler-houding, 30 graden rechterzij, enz.'

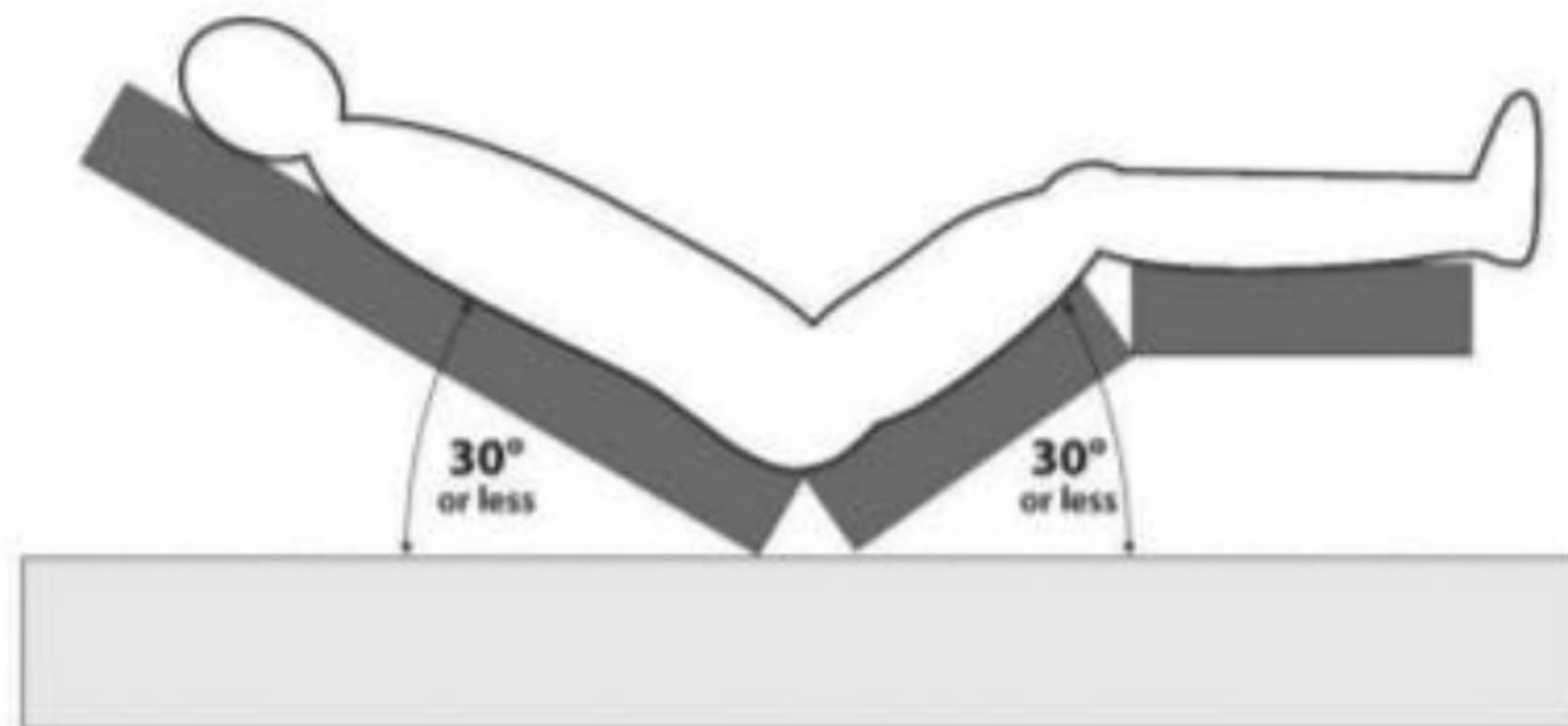
Semi-Fowler is



Figuur 4.1: 30 graden zijligging



Figuur 4.2: Semi-Fowler-houding



Met toestemming overgenomen uit de internationale richtlijn Decubitus (2019).

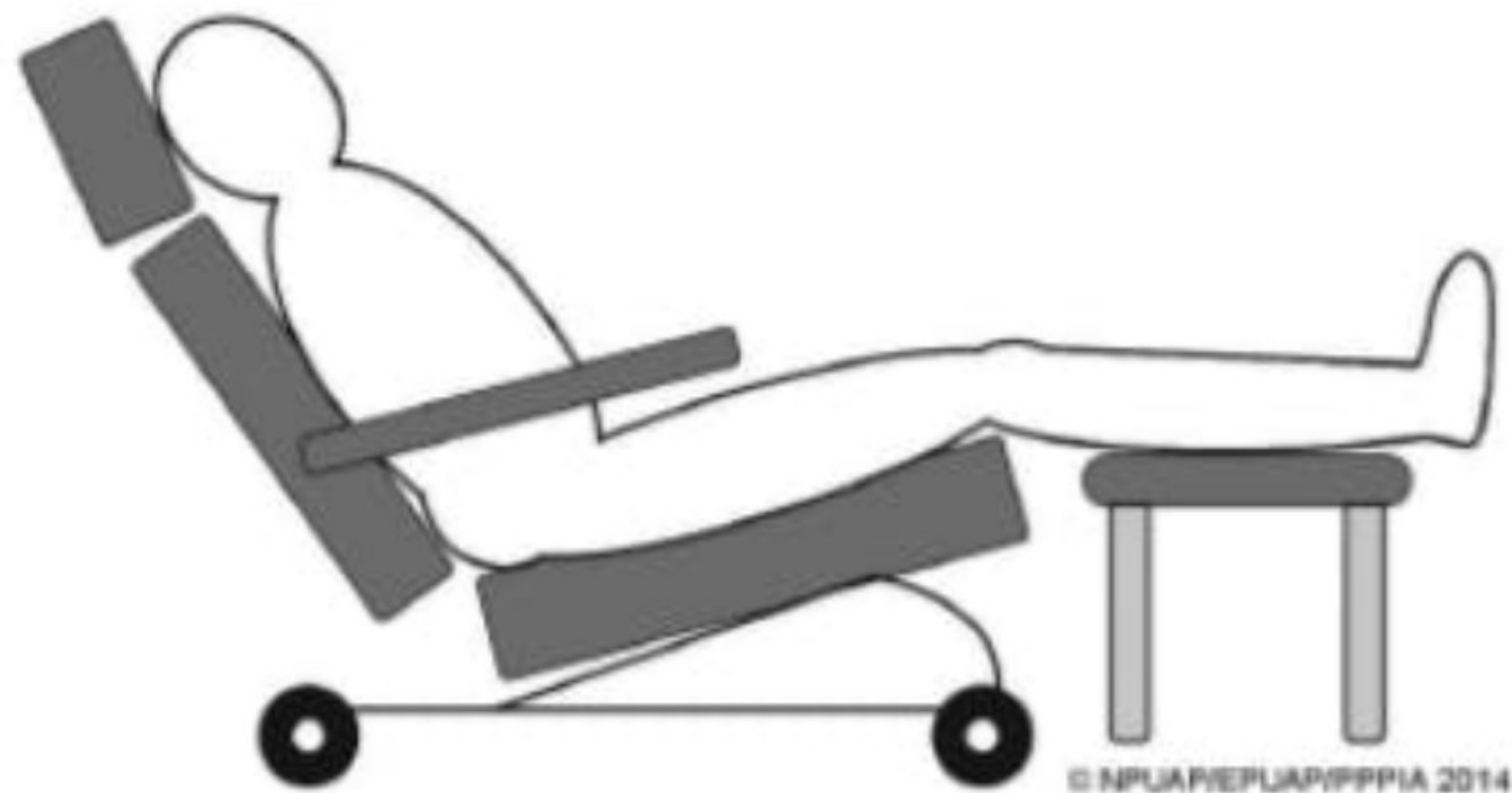
Zithouding (4.22)

- Beide voeten volledig op een ondergrond
- Knieën in een hoek van 90 graden voor optimale ondersteuning
- Gekantelde stoel (als mogelijk)
- Drukverlagend zitkussen

Figuur 4.3: Zittende houding

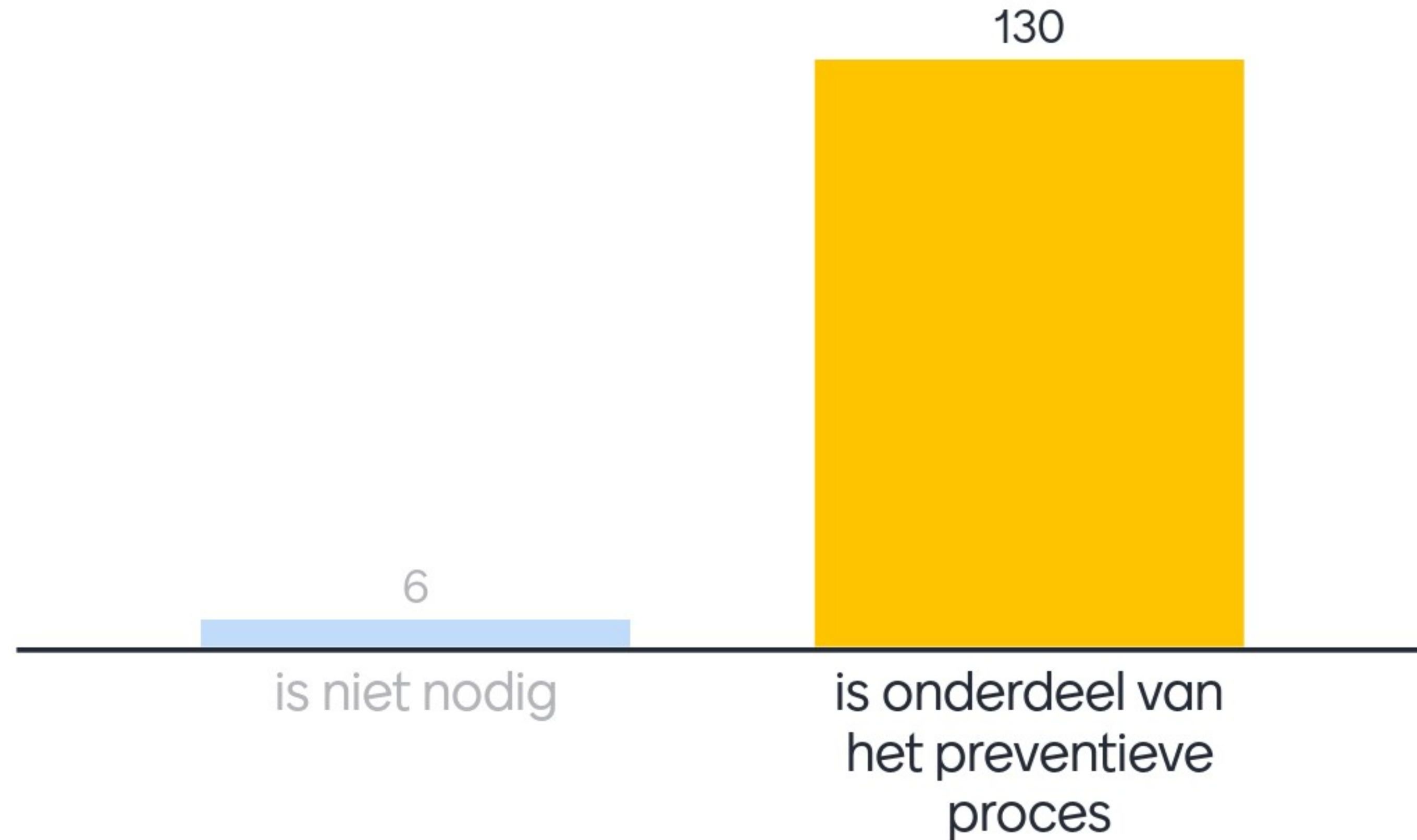


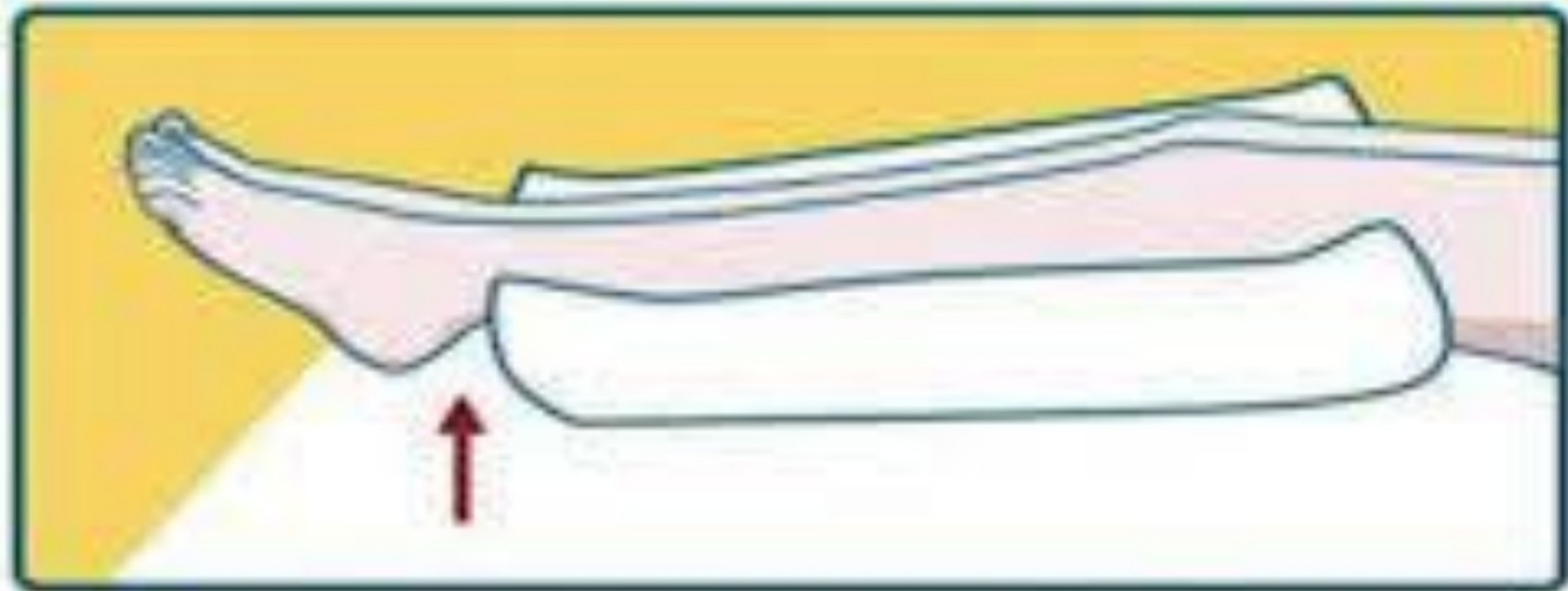
Figuur 4.4: Zittende houding met gekantelde stoel

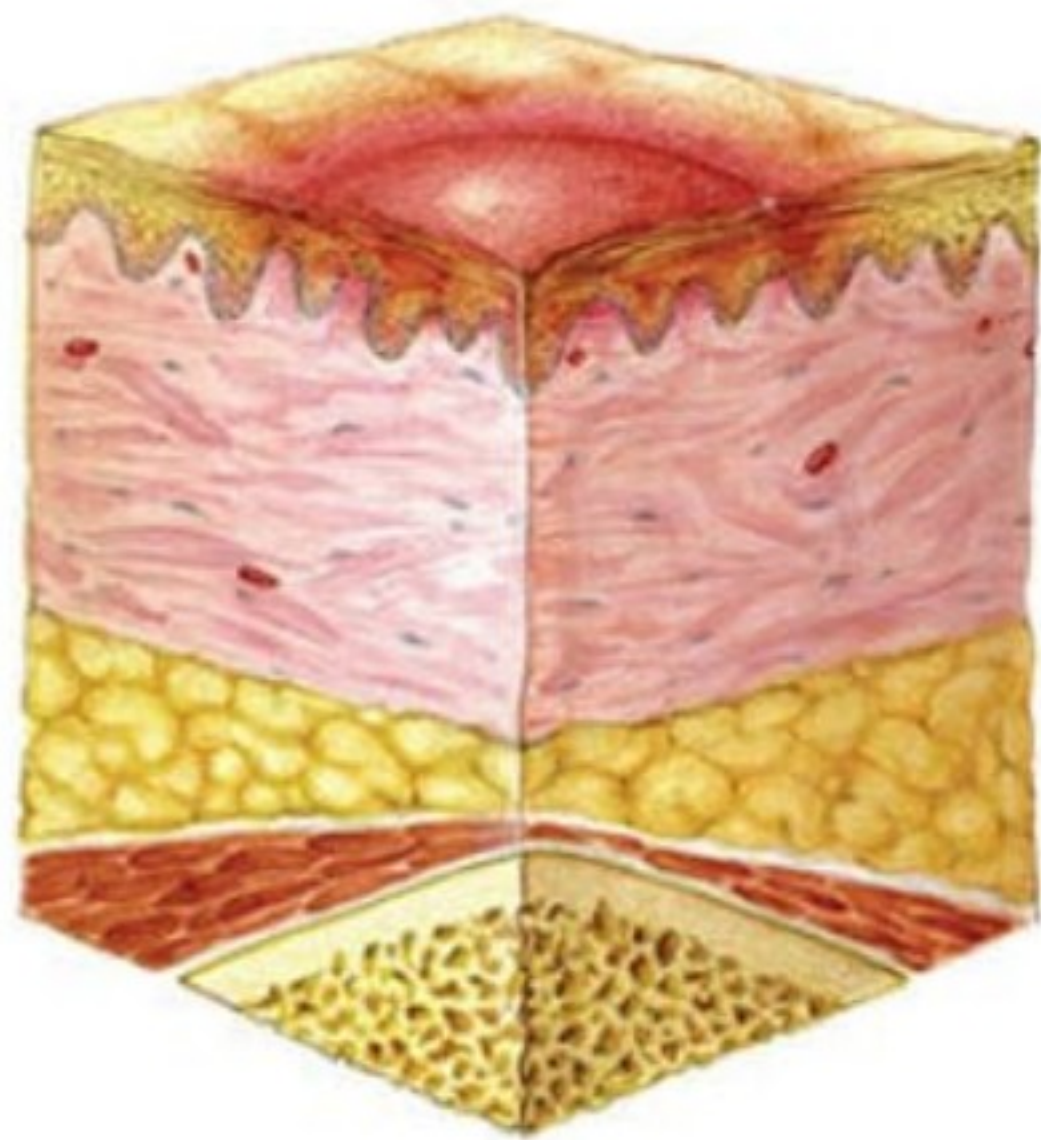


Met toestemming overgenomen uit de internationale richtlijn Decubitus (2019).

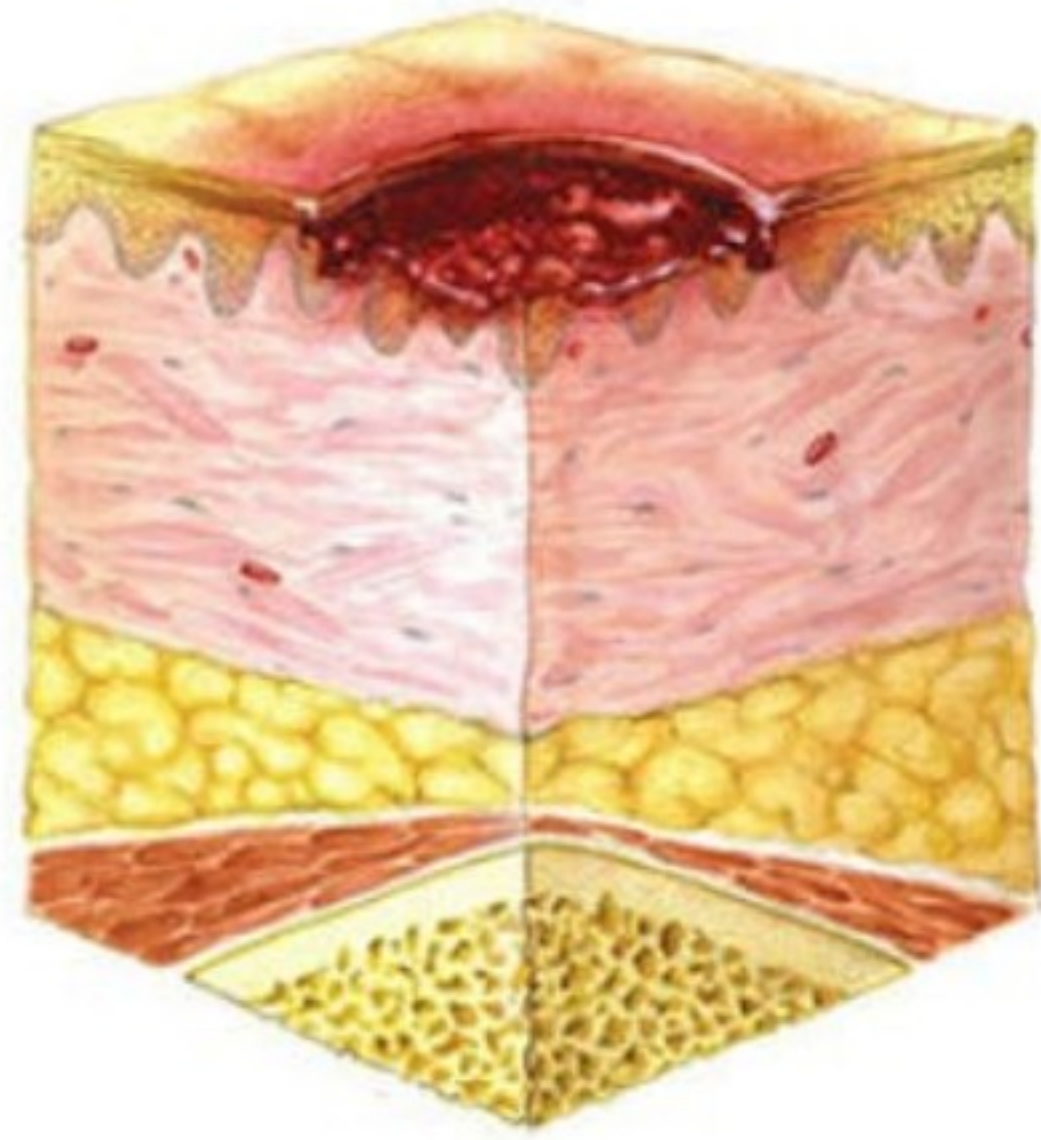
De hielen vrijleggen op een drukverlagend matras...



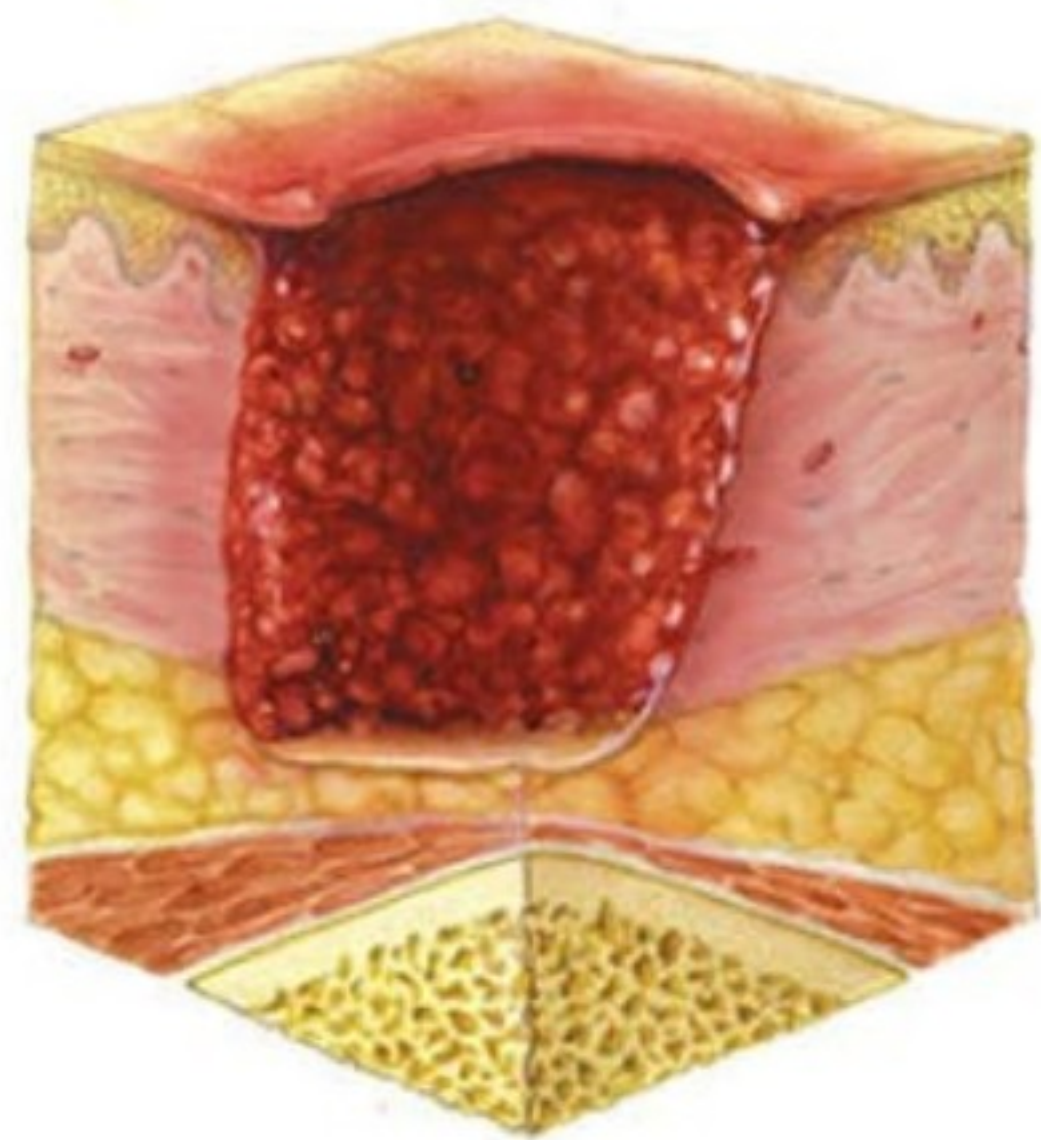




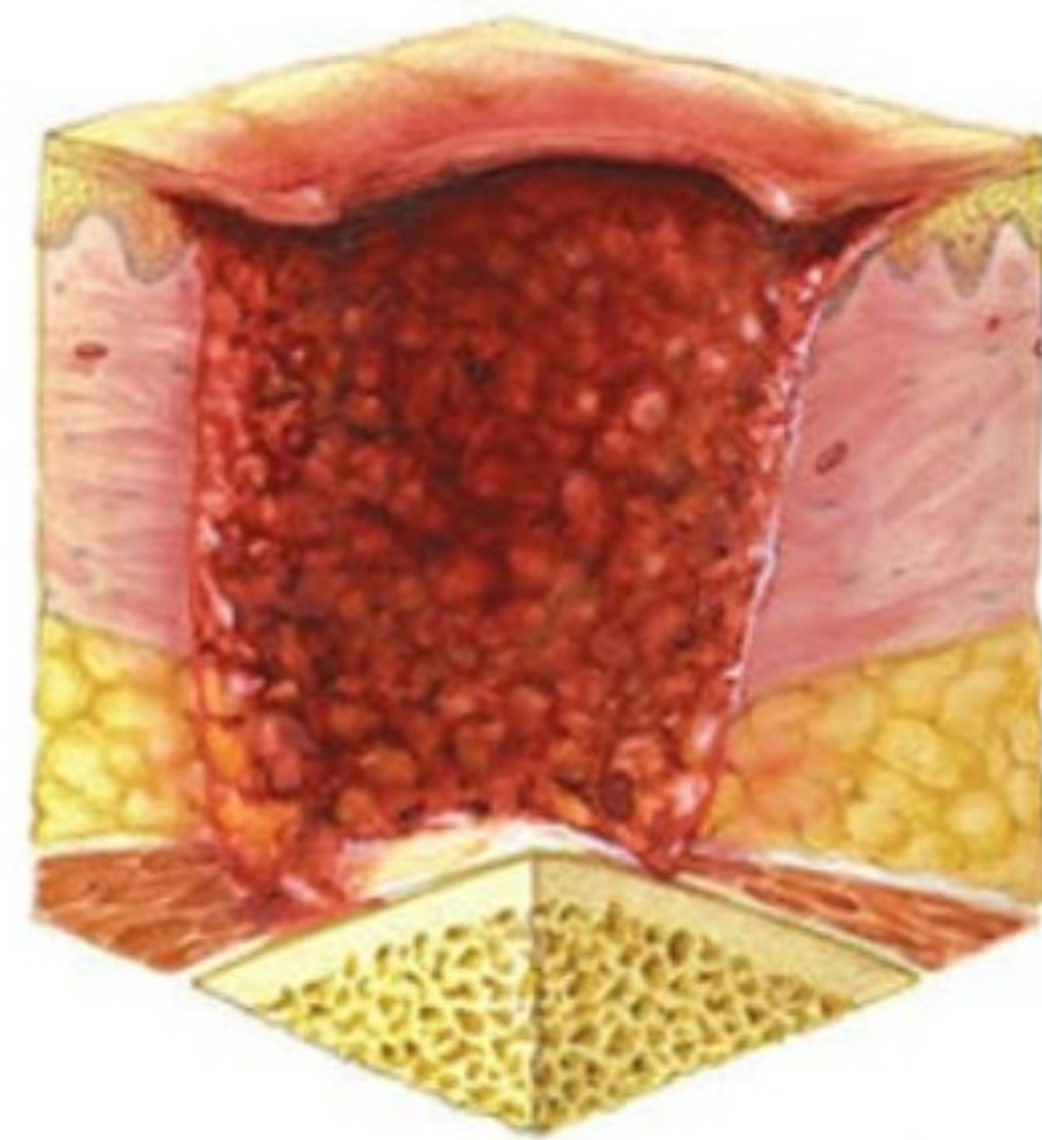
CATEGORIE 1



CATEGORIE 2

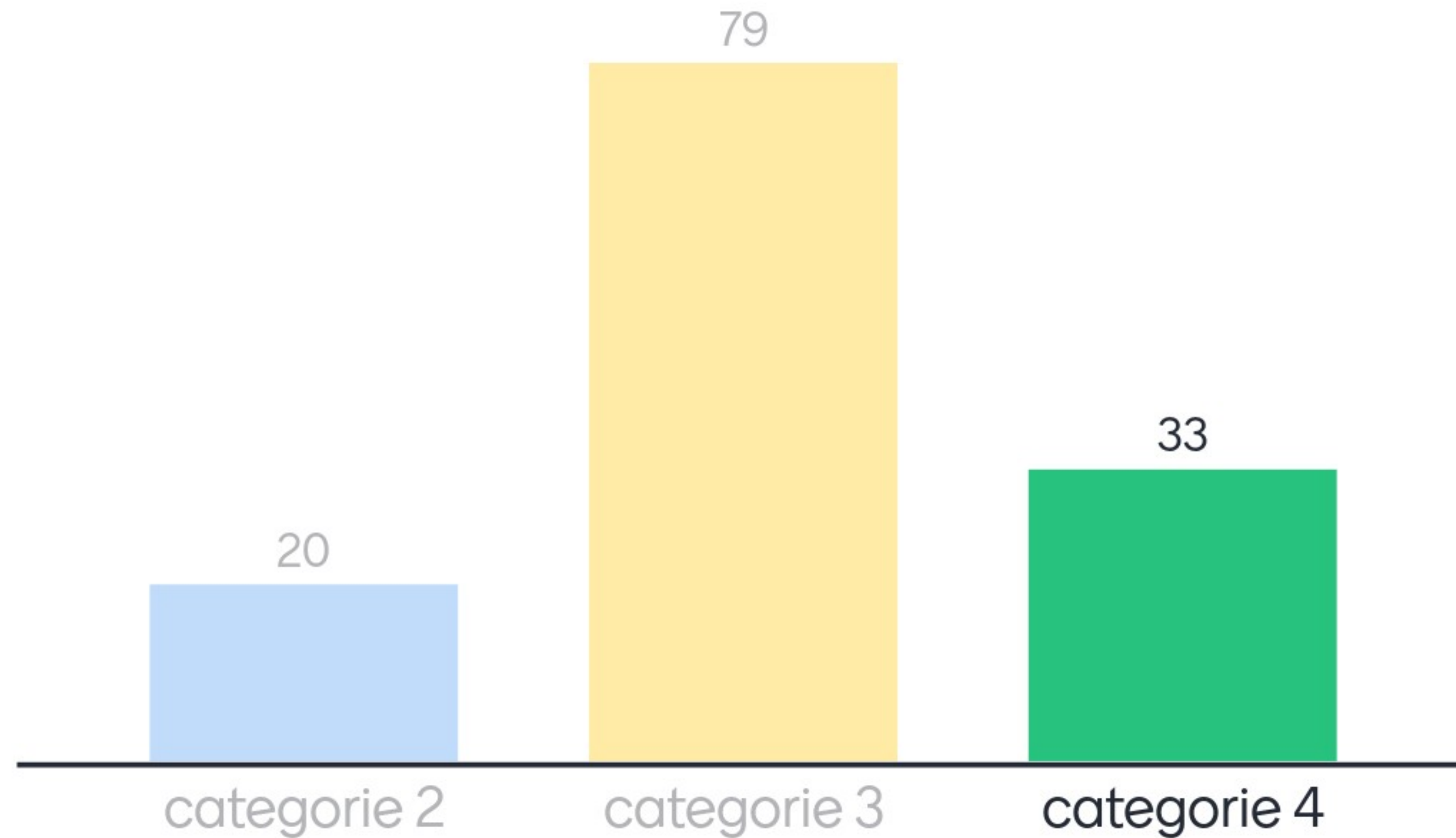


CATEGORIE 3



CATEGORIE 4

Decubituscategorie: Verlies van een volledige weefsellaag

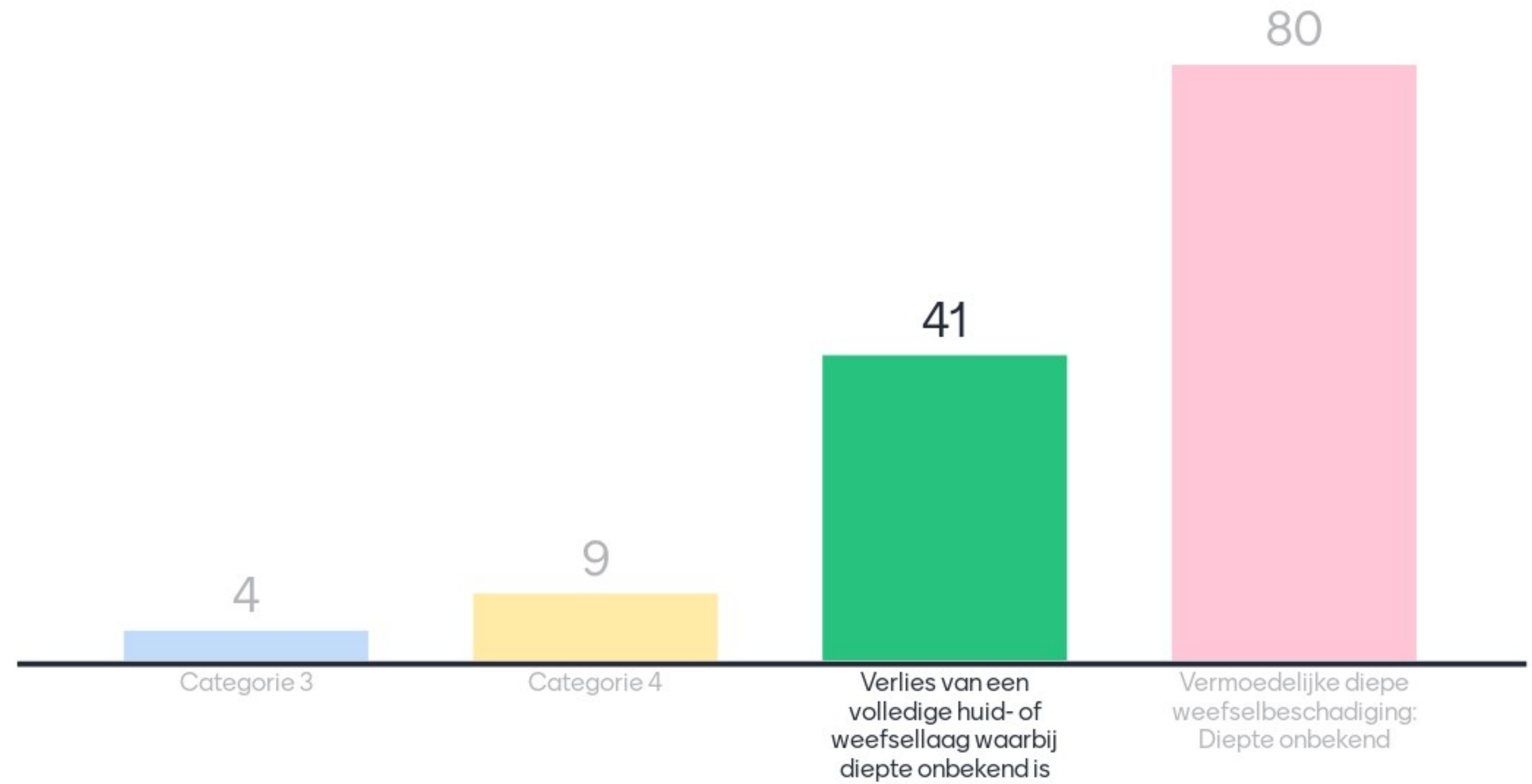


Categorie decubitus

- **Categorie 1:** Niet wegdrukbaar roodheid bij intacte huid
- **Categorie 2:** Verlies van een gedeelte van de huidlaag of blaas
- **Categorie 3:** Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)
- **Categorie 4:** Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)



Welk categorie is dit?



Classificatie

Gebruik onderstaand classificatiesysteem om de ernst van decubitus vast te stellen:

Categorie I:
Niet-wegdrukbaar
roodheid bij intacte
huid



Categorie IV:
Verlies van een
volledige weefsellaag



Categorie II:
Verlies van een
gedeelte van de
huidlaag of blaas



Ongeclassificeerd:
Verlies van een
volledige huid- of
weefsellaag waarbij
diepte onbekend



NIEUW

Categorie III:
Verlies van een
volledige huidlaag



Vermoedelijke diepe
weefselbeschadiging:
Diepte onbekend



NIEUW

Foto's: NPIAP.com | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

Classificatie decubitus



Organisatie van zorg

- Leg afspraken tussen zorgverleners vast in het zorgplan.
- Maak afspraken over taken en verantwoordelijkheden van samenwerkende (multidisciplinaire) zorgverleners.
- Draag bij overdracht alle zorgonderdelen over

Zelfmanagement

- 6.1. Aangepast op individu
- 6.2. Coachend; gezamenlijke besluitvorming en doelen.
- 6.3. Geef informatie over risicofactoren, preventie en behandeling
- 6.4. Continu proces, waarin regelmatige herhaling nodig is



Monitoring en evaluatie van het zorgplan

- 7.2. In samenspraak met de zorgvrager, aangepast op individuele behoefte
- 7.3. Evalueer in ieder geval binnen twee weken, of eerder indien de decubituswond/risicofactoren veranderen
- 7.4 Verwijs naar een expert wondbehandeling als de decubituswond niet binnen twee weken verbetert



Richtlijn Decubitus Samenvattingskaart

Decubitus is een plaatselijke schade aan de huid en/of onderliggend weefsel ten gevolge van druk of druk in combinatie met schuifkrachten.

De richtlijn Decubitus beschrijft kernaanbevelingen die zich richten op verpleegkundigen en verzorgenden in een bij voorkeur multidisciplinair netwerk van professionals.

Risicobeoordeling

Gebruik de klinische blik, eventueel in combinatie met een risicobeoordelingsinstrument.

Classificatie

Gebruik onderstaand classificatiesysteem om de ernst van decubitus vast te stellen:

<p>Categorie I: Niet-wegdrukbare roodheid bij intacte huid.</p> 	<p>Categorie IV: Verlies van een volledige weefsel laag.</p> 
<p>Categorie II: Verlies van een gedeelte van de huidlaag of blaas.</p> 	<p>Ongeclassificeerd: Verlies van een volledige huid- of weefsel laag waarbij diepte onbekend.</p> 
<p>Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag.</p> 	<p>Vermoedelijke diepe weefselbeschadiging: Diepte onbekend.</p> 

FIGURE 10-10-10 | Copyright © 2011 | Gordon Medical, Inc. | All American Medical Technologies

Behandeling

- Intensiveer de preventieve maatregelen.
- Gebruik bij het wondbehandelplan een eenduidige methode, zoals het WCS- of TIME model.

Zelfmanagement

- Bepaal de behoefte aan zelfmanagement ondersteuning bij de zorgvrager.
- Begeleid de zorgvrager in zelfmanagement.
- Stem zelfmanagement ondersteuning af op persoonskenmerken, fase van het ziekteproces en setting.

Evaluatie

- Beschrijf alle zorgonderdelen in het zorgplan, afgestemd en geëvalueerd met zorgvrager.
- Geen verbetering binnen 2 weken: Verwijs naar een zorgverlener gespecialiseerd in wondbehandeling.

Zorgvragers met verhoogd risico

Pas bij de volgende doelgroepen altijd preventie:

- zorgvrager met decubitus
- zorgvrager die immobiel is
- zorgvrager op de intensive care
- zorgvrager op de operatiekamer
- zorgvragers met een dwarslaesie
- zorgvragers in terminale fase

Preventieve maatregelen

Pas preventieve maatregelen toe bij alle zorgvragers met risico op decubitus om schade aan de huid en omliggend weefsel te voorkomen door het beperken van druk- en schuifkrachten.



Pas in zittende en liggende houding altijd wisselhouding toe, elke 4 uur of aangepast aan zorgvrager.



Gebruik aanvullend een drukverlagend matras en/of kussen.
Leg de hiel vrij.



Start zo snel mogelijk met mobiliseren van de zorgvrager.

Screen en beoordeel voedingstoestand en gewichtsverandering.

Beoordeel de huid op risicoplekken, (niet) wegdrukbaar roodheid, huiddefecten en blaren.

Overweeg een consult door de diëtist, ergotherapeut of fysiotherapeut.

Organisatie van zorg



- Leg afspraken tussen zorgverleners vast in het zorgplan.
- Maak afspraken over taken en verantwoordelijkheden van samenwerkende (multidisciplinaire) zorgverleners.
- Draag bij overdracht alle zorgonderdelen schriftelijk of digitaal over.