

Wijkverpleegkundige standaard Decubitus

Het materiaal is met de laatste, bij de werkgroep bekende inzichten samengesteld.
Voor aanvullingen, vragen of opmerkingen over de standaard wordt verwezen
naar:
LVW
Postbus 3135
3502 GC Utrecht
email: info@lvw.nl
tel: 030-2919046

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Verpleegproces	5
n Signaleren	5
n Vaststellen van benodigde zorg	5
– Gegevens verzamelen	5
– Lichamelijk onderzoek	6
– Aanvullend onderzoek	6
– Verpleegkundige diagnose vaststellen	6
n Plannen van zorg	6
– Het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg formuleren	6
– Verpleegkundige interventies kiezen	6
n Uitvoeren van zorg	6
– Preventiegerichte interventies	6
– Curatiegerichte interventies	7
– Coördineren	7
n Evalueren van zorg	7
– Samenwerking met huisarts	7
– Consultatie en verwijzing	7
– Verslaglegging	8
Zorginhoud	10
n Dreigende decubitus	10
n Graad I	11
– Niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid	11
– Niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid	11
n Graad II	12
– Blaarvorming of ontvelling	12
– Blaar met gesprongen blaardak of ontvelling	12
n Graad III & Graad IV	13
n Oppervlakkige decubitus & Diepe decubitus	13
– Oppervlakkige/diepe decubitus, zonder necrose en zonder geel beslag	13
– Oppervlakkige/diepe decubitus, zonder necrose, met geel beslag	14
– Oppervlakkige/diepe decubitus met droge necrose	15
– Oppervlakkige/diepe decubitus, met geel beslag en met natte necrose	16
Aandachtspunten bij de behandeling	17
n Informeren patiënten	17
n Vergroten motivatie	17
n Instrueren	17
n Pijn	17
n Complicaties	17
– Absces	18
– Artritis	18
– Cellulitis	18
– Erysipelas	18
– Osteomyelitis	18
– Sepsis	18
n Geuroverlast	18
n Patiënt betrekken bij behandeling	19
n Sociaal isolement	19
Verantwoording	20
n Totstandkoming	20
– Ontwikkeling	20
– Pilot implementatie	22
– Actualisatie literatuur	22
▪ Verantwoording van de beschreven aspecten	23

Inleiding

De wijkverpleegkundige standaard decubitus beschrijft de risicofactoren en verschijningsvormen van decubitus, de gevolgen ervan voor de patiënt en geeft richting aan het verpleegkundig handelen met betrekking tot het voorkomen en het behandelen van decubitus^{1,2}. In de thuissituatie.

De vraagstelling voor de ontwikkeling van deze standaard luidde als volgt:
Welke risicofactoren bepalen de kans op decubitus en welke interventies kunnen worden toegepast door wijkverpleegkundigen in de 1e lijnsgezondheidszorg, bij het voorkomen en behandelen van (de verschillende verschijningsvormen van) decubitus?

De standaard richt zich primair op de zorginhoud. Aspecten als aanschaf materialen, taakverdeling binnen de thuiszorgorganisatie en samenwerking met andere disciplines komen niet aan de orde.

Ten behoeve van de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen wordt een samenwerkingsrichtlijn ontwikkeld. Deze zal medio 2004 gereed zijn.

Doel van de standaard decubitus:

- n vergroten van de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënt en mantelzorgers;
- n bevorderen van de eenduidigheid in de zorgverlening van wijkverpleegkundigen;
- n uitgangspunt voor samenwerkingsafspraken met andere disciplines.

De standaard is ontwikkeld voor wijkverpleegkundigen. De interventies worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundige standaarden zijn geen wettelijk voorschriften, maar op zoveel mogelijk bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen.

De verpleegkundige zorg richt zich naast de patiënt met decubitus ook op de mantelzorgers. De verpleegkundige heeft naar de mantelzorgers een informerende, instruerende en ondersteunende taak. Het is voor de patiënt en de mantelzorgers³ van belang dat, wanneer er sprake is van multidisciplinaire zorgverlening, deze gecoördineerd wordt aangeboden.

De meeste aandacht van wijkverpleegkundigen dient uit te gaan naar de maatregelen ter voorkoming van decubitus. Mocht de patiënt desondanks decubitus krijgen zal de wijkverpleegkundige daartoe maatregelen moeten nemen.

Bij het opstellen van de standaard is zoveel mogelijk aangesloten bij landelijke en Europese richtlijnen en opvattingen.

De wijkverpleegkundige standaard decubitus is uit drie onderdelen opgebouwd, die met elkaar samenhangen:

- n verpleegproces⁴
 - de stappen van het verpleegkundig proces;
- n zorginhoud
 - de beïnvloedende factoren, verschijningsvormen, resultaten en interventies;
- n verantwoording
 - verantwoording van de beschreven aspecten van het verpleegproces en van de zorginhoud.

Het onderdeel zorginhoud is op de volgende pagina in schema gezet. Naast de standaard verpleegplannen is een aantal aspecten opgenomen die van belang zijn voor het welslagen van de decubituspreventie en -behandeling. Deze zijn in het schema 'aandachtspunten behandeling' genoemd.

Verpleegproces

Deze standaard geeft de volgende definitie van decubitus. Decubitus is: iedere degeneratieve verandering van weefsels, veroorzaakt door zuurstoftekort, die tot stand komt onder invloed van hierop inwerkende druk- en/of schuifkrachten^{5,6}. Het daadwerkelijk optreden van een zuurstoftekort door duur en intensiteit van de druk- en/of schuifkrachten hangt af van de weefseltolerantie⁷.

De verpleegkundige zorg is erop gericht om decubitus te voorkomen. Preventieve maatregelen dienen erop gericht te zijn om de grootte en/of de duur van de druk en schuifkracht te verminderen, maar ook indien nodig op het verbeteren van de weefseltolerantie. Maatregelen die alleen gericht zijn op het verbeteren van de weefseltolerantie, verminderen alleen het risico op decubitus⁸. Wanneer decubitus is ontstaan, zijn maatregelen ter vermindering van de grootte en/of de duur van de druk en schuifkracht van belang voor het herstel van de decubitus.

Decubitus maakt niet altijd alle verschillende graden door. De hulpverlener kan bij een patiënt geconfronteerd worden met verschillende verschijningsvormen. Afhankelijk van de verschijningsvorm dienen maatregelen te worden getroffen. De onderstaande fasen in het zorgproces dienen steeds te worden doorlopen.

Signaleren

Vooraf de factoren 'druk- en/of schuifkrachten' zijn signalen voor (een verhoogd risico op het ontstaan van) decubitus. Wanneer er sprake is van druk en/of schuifkrachten of wanneer één of meer van de beschreven verschijningsvormen worden gesignaleerd, dient een nadere anamnese te worden afgenomen en dient binnen 24 uur (en liefst vroeger) gestart te worden met preventieve maatregelen.

Vaststellen van benodigde zorg

Gegevens verzamelen

In de (probleemgerichte) anamnese⁹ wordt aandacht besteed aan:

- n verschijnselen en decubitus beïnvloedende factoren;
- n ziektegeschiedenis;
- n aanwezige kennis omtrent decubitus;
- n motivatie van patiënt;
- n behoeften van de patiënt;
- n aanwezigheid mantelzorg;
- n de beleavingsaspecten bij decubitus, zoals o.a:
 - pijn;
 - afhankelijkheid;
 - sociaal isolement.

Ter ondersteuning van de (probleemgerichte) anamnese wordt een risicoscorelijst (bijv. CBO-, Norton- of Braden-score) gebruikt¹⁰.

In de algemene verpleegkundige anamnese wordt aandacht besteed aan de psychische aspecten van decubitus en de psychische belasting van de patiënt. Tevens worden de mantelzorg en de reeds betrokken hulpverlenende instanties in kaart gebracht. Er wordt nagegaan in hoeverre ondersteuning van de mantelzorg nodig is.

Lichamelijk onderzoek

Bij lichamelijk onderzoek worden met decubitus bedreigde of reeds aangedane plaatsen geïnspecteerd. Daarbij wordt ook gelet op de conditie van de huid in het algemeen en drukpunten. Eveneens wordt gecontroleerd op aanwezigheid van koorts en/of koude rillingen.

Bij het lichamelijk onderzoek moet onderscheid worden gemaakt tussen decubitus en huidletsels die nogal op decubitus lijken, zoals incontinentieletsels, schaafwonden, brandwonden, veneus ulcus, diabetische voet.

De gegevens over aanwezige decubitus worden vastgelegd zodat resultaten van interventies kunnen worden geëvalueerd.

Aanvullend onderzoek

Bij ongewenst gewichtsverlies en/of verminderde voedselinname wordt een voedingsanamnese afgenomen.

Verpleegkundige diagnose vaststellen

De verpleegkundige diagnose (dreigende) decubitus kan worden gesteld wanneer zich bij een patiënt op een voorkeursplaats voor decubitus¹¹ een niet-wegdrukbaar roodheid, een blaas of open wond bevindt, veroorzaakt door druk-en/of schuifkrachten.

Plannen van zorg

Het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg formuleren

Op basis van de verzamelde gegevens en de verpleegkundige diagnose worden de beoogde resultaten van het verpleegkundig handelen, in meetbare termen geformuleerd.

Verpleegkundige interventies kiezen

De interventies behorend bij de gesignaleerde verschijningsvormen en de beoogde resultaten worden in overleg met patiënt en mantelzorger afgesproken en gepland.

Uitvoeren van zorg

Interventies zijn te verdelen in:

- n preventiegerichte interventies;
- n curatiegerichte interventies.

Bij de uitvoering van de interventies worden de patiënt en mantelzorger betrokken. Steeds wordt nagegaan wat de patiënt en/of mantelzorger zelf kan en waar ondersteuning of overname nodig is.

Preventiegerichte interventies

Bij de preventiegerichte interventies behoren alle maatregelen die worden getroffen om decubitus, of verergering ervan, te voorkomen. Uitgangspunt bij de preventie en behandeling van decubitus is het verminderen van de grootte van

druk- en schuifkrachten en het verkorten van de duur van de inwerking van deze krachten¹². Naast de preventiegerichte interventies zijn voorlichting aan en instructie van de patiënt vaste onderdelen van de zorgverlening. De patiënt wordt betrokken bij de zorgverlening en geïnformeerd over wat decubitus is, hoe het ontstaat, welke risicofactoren invloed hebben, hoe het te voorkomen, dan wel te verbeteren is en hoe veranderingen in positieve, dan wel negatieve zin te herkennen (verschijningsvormen) zijn.

De voorlichting aan en instructie van de patiënt dient zowel mondeling als schriftelijk plaats te vinden.

Curatiegerichte interventies

Wondbehandeling^{13 14 15 16} staat centraal bij de curatiegerichte interventies.

Naast de wondbehandeling blijven de preventiegerichte interventies van kracht. Verder dient er aandacht te zijn voor pijn en adequate pijnbehandeling (in overleg met arts).

Coördineren

Vooral wanneer meerder disciplines betrokken zijn bij de zorgverlening is het van belang dat de interventies, acties en huisbezoeken van de hulpverleners op elkaar worden afgestemd.

Evalueren van zorg

Door regelmatige en gestructureerde inventarisatie van gegevens en inspectie van de risicoplaatsen wordt nagegaan of beoogde resultaten zijn behaald. Op basis daarvan wordt vastgesteld of de preventiegerichte en/of curatiegerichte interventies gehandhaafd dan wel bijgesteld dienen te worden.

De graden van de decubitus en de aanwezige oorzaken en/of beïnvloedende factoren bepalen de frequentie van wondcontrole.

Samenwerking met huisarts

Behandel de decubitus in samenspraak met de huisarts en maak afspraken over de voortgang. Overleg met de huisarts wanneer wondgenezing stagneert, ondanks adequaat geachte en uitgevoerde interventies. Er kan dan via de huisarts een verpleeghuisarts, revalidatie-arts, chirurg of dermatoloog worden geraadpleegd. Regelmatig overleg is noodzakelijk voor de goede multidisciplinaire zorgverlening. Met alle betrokkenen worden de gezamenlijke evaluatiemomenten vastgesteld. De frequentie is afhankelijk van de situatie van de patiënt en de mantelzorger. Ten behoeve van de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt een samenwerkingsrichtlijn ontwikkeld. Deze zal medio 2004 verschijnen.

Consultatie en verwijzing

Wanneer andere deskundigheid of vaardigheden noodzakelijk zijn bij de preventie en/of behandeling van decubitus kan een specialistisch verpleegkundige (decubitus of wondverzorging) worden geconsulteerd.

Zonodig kunnen een diëtist voor gericht voedingsadvies, een fysiotherapeut voor informatie en instructies met betrekking tot mobiliseren of een ergotherapeut voor individuele aanpassingen aan stoel en/of bed of een podotherapeut voor aangepast schoeisel worden geconsulteerd. Hiervoor is een verwijzing van de huisarts nodig.

Laat bij besluitvorming over verwijzing de wens van de patiënt en de te verwachten behandelduur van doorslaggevende betekenis zijn.

Verslaglegging

Voor het vastleggen van afspraken dient gebruik te worden gemaakt van een overzichtelijk zorgdossier bij de patiënt thuis. De verschillende onderdelen van het zorgproces worden hierin gedocumenteerd¹⁷. In de voortgangsrapportage worden preventieve maatregelen c.q. resultaten van de decubitus-interventies vastgelegd. In de verslaglegging wordt aandacht besteed aan de verschijnselen (kleur, aanwezigheid van exsudaat en necrose), de omvang, diepte van decubitus en pijn. Voor de verslaglegging van de aspecten van decubitus wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van een wondbeoordelingsformulier¹⁸.

Het gezamenlijk gebruik van een zorgdossier is slechts mogelijk als dit niet in strijd is met het beroepsgeheim en als het recht op privacy van de patiënt en diens familie wordt gerespecteerd.

Overzicht

In het onderstaand overzicht is in het kort weergegeven welke aspecten in de standaard worden behandeld.

Decubitus: Oorzaken en beïnvloedende factoren	Graadindeling	Standaardverpleegplannen	Pagina	
Druk- en schuifkrachten <ul style="list-style-type: none"> n mobiliteit – motorische stoornis – sensibiliteitsstoornis – medicijnen (sedativa) <ul style="list-style-type: none"> n onderlaag n houding n vocht Weefseltolerantie <p><i>Voor druk beïnvloed door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> n Weefselvolume n Leeftijd n Conditie huid n Voedingstoestand n Medicijnen (corticosteroïden) <p><i>Voor zuurstof beïnvloed door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> n Koorts n Anemie n Atherosclerose n Stress n Roken 		Dreigende decubitus	10	
	Graad I:	n Niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid	11	
	Graad II:	n Blaar met gesloten blaardak	12	
		n Blaar met gesprongen blaardak of ontvelling	12	
	Graad III & IV:	n Oppervlakkige/diepe decubitus zonder necrose, zonder geel beslag	13	
		n Oppervlakkige/diepe decubitus zonder necrose, met geel beslag	14	
		n Oppervlakkige/diepe decubitus met droge necrose	15	
		n Oppervlakkige/diepe decubitus met natte necrose	16	
		Aandachtspunten bij de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> n Informeren patiënt n Vergroten motivatie n Instrueren patiënt n Pijn n Complicaties n Geuroverlast n Patiënt betrekken bij behandeling n Sociaal isolement 	17

Zorginhoud

<p>Dreigende decubitus Risico op ontstaan van decubitus is reëel door aanwezige druk-en/of schuifkrachten.</p>	
<p><i>Druk- en schuifkrachten worden o.a. beïnvloed door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mobiliteit en activiteiten worden beïnvloed door: <ul style="list-style-type: none"> .. motorische stoornis .. sensibiliteitsstoornis .. medicijnen (sedativa) ○ onderlaag ○ houding ○ vocht 	<p><i>Weefseltolerantie voor druk wordt o.a. beïnvloed door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ weefselvolume ○ conditie van de huid ○ leeftijd ○ voedingstoestand ○ medicijnen(corticosteroiden)¹⁹ <p><i>Weefseltolerantie voor zuurstof wordt o.a. beïnvloed door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ koorts ○ anemie ○ atherosclerose ○ stress²⁰ ○ roken²¹
<p>Beoogd resultaat</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patiënt ontwikkelt geen decubitus. 	
<p>Preventiegerichte interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informeer patiënt (en mantelzorg) over de verschijnselen van decubitus en over risicofactoren (immobiliteit en verminderde activiteiten). ○ Informeer, instrueer en motiveer patiënt (en mantelzorg) over preventieve maatregelen. ○ Preventieve interventies gericht op invloed van druk- en schuifkrachten: <ul style="list-style-type: none"> Mobiliteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ mobiliseren, (indien zelfstandig mobiliseren niet mogelijk is, ondersteunen/overnemen; aan de hand van mobilisatieschema); ○ laat patiënt gebruik maken van een optrekbeugel; ○ gebruik dekenboog ter drukontlasting van onderbenen²²; ○ gebruik juiste verplaatsingstechnieken, bijv. glijdekens, tillift etc. Onderlaag: <ul style="list-style-type: none"> ○ gladde onderlaag²³ ○ geen te strak gespannen lakens en/of stugge kussenhoezen²⁴; ○ gebruik drukverlagende matrassen of bedden²⁵ ○ voorkom oneffenheden als plooiën, kruimels, katheterslangen en dergelijke Houding: <ul style="list-style-type: none"> Liggende houding: <ul style="list-style-type: none"> ○ voorkeur: halve zijligging, in 30°²⁶; ○ rugligging: hoofdeinde en beengedeelte van bed omhoog, in 30°²⁷; ○ buikligging: halve buikligging, in 30°²⁸ ○ zorg voor handhaven van juiste houding, gebruik kussens en/of voetensteun; ○ wissel van houding eens per 2 uur bij een gewone matras en eens per 4 uur bij een anti-decubitusmatras^{29 30}; ○ leg hielen vrij van de onderlaag met behulp van hielelevator³¹ kussens³² onder het volledige onderbeen, ter drukontlasting van hiel(en). zittende houding: <ul style="list-style-type: none"> ○ voorkeur: stoel met armléuningen, rugléuning achterover, zitting achterover, voeten op een bankje (hielenvrij en achterover zittende houding 60°)^{33 34}; ○ zorg voor handhaven juiste houding; gebruik armléuningen en/of voetensteun; ○ oplichten van zitvlak (liften) eens per 2 uur; ○ gebruik drukverlagende kussens³⁵ (schuimkussens, luchtkussens). ○ Preventieve interventies gericht op verhogen van weefseltolerantie: <ul style="list-style-type: none"> Conditie huid: <ul style="list-style-type: none"> ○ bij incontinentie³⁶: adequaat gebruik van incontinentiemateriaal; ○ bescherm huid tegen verweking³⁷; ○ verzorg een droge huid met een indifferente zalf^{38 39}; ○ inspecteer de huid dagelijks. Voedingstoestand: <ul style="list-style-type: none"> ○ zorg voor goede voedingstoestand;⁴⁰ ○ zorg voor voldoende inname van calorieën en eiwit; ○ zorg voor individueel dieet⁴¹; ○ zorg voor voldoende vochtinname: minimaal 1½l/24 uur. 	

Graad I

Niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid.

Niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid

De huid is intact, maar op drukplaatsen rood welke niet weg te drukken is⁴²⁴³. Verkleuring, warmte, oedeem of verharding van het weefsel zijn eveneens aanwijzingen voor decubitus, met name bij mensen met een donkere huid.

Beoogd resultaat

- Roodheid heeft zich niet uitgebreid.
- Roodheid is niet in wond ontaard.
- Roodheid is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseer preventiegerichte maatregelen in relatie tot relevante risicofactoren of breid deze uit.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.

Graad II

Blaarvorming of ontvelling

Blaar met gesloten blaardak

Aantasting van de huid met inbegrip van dermis of epidermis of beide.

De huid vertoont een blaar waarbij het blaardak gesloten is. De gesloten blaar kan pijnlijk gespannen zijn.

Beoogd resultaat

- Blaarvorming heeft zich niet uitgebreid.
- Blaardak is intact gebleven.
- Blaar is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.
- Bescherm blaar met:
 - .. niet-verklevend verband en compres⁴⁴.
 - Verwissel verband 1 maal daags.
- Zuig pijnlijk gespannen blaar leeg⁴⁵. Herhaal handeling zo nodig. Dek af met compres. Verwissel verband minimaal eens per dag.
- Leg indien mogelijk blaar vrij.

Blaar met gesprongen blaardak of ontvelling

Aantasting van de huid met inbegrip van dermis of epidermis of beide.

De huid vertoont een blaar waarvan het blaardak gesprongen is, of is aan de oppervlakte ontveld. De wond is vochtig. De huid ter plaatse van de gesprongen blaar of ontvelling is extra gevoelig voor schuifkracht en er bestaat een verhoogd risico voor infecties.

Beoogd resultaat

- Wond is niet geïnfecteerd.
- Omliggende huid is niet verweekt.
- Blaarvorming heeft zich niet uitgebreid.
- Huid heeft zich hersteld.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.
- Bescherm omliggende huid tegen verweking⁴⁶.
- Verwijder zalfresten bij verbandwisseling met een zoete olie.
- Dek blaar of ontvelde huid af met:^{47 48}

Droog of bij geringe exsudatie

- Parafinnegazen, afgedekt met non-woven gazen of met absorberende gaascompressen. Verbandwisseling min. 2 x dd of hydrocolloïd. Verbandwisseling eens per 2 tot 7 dagen.

Bij exsudatieve wond⁴⁹⁵⁰:

- Hydrofiber, afgedekt met absorberende gaascompressen. Verbandwisseling om de 1-8 dagen; de compressen vaker om de hydrofiber te controleren of met water bevochtigde en uitknepen gazen ('natte gazen'; verwisseling 3-4 dd) of alginaten afgedekt met absorberende gaascompressen (verwisseling 1 x dd – 1 x per 3 dagen).

Graad III & Graad IV

Oppervlakkige decubitus & Diepe decubitus

Oppervlakkige/diepe decubitus, zonder necrose en zonder geel beslag

De wond is rood van kleur. Bij diepe decubitus is er meer weefselverlies.

Beoogd resultaat

- Decubitus heeft zich niet uitgebreid.
- Omliggende huid is niet verweekt.
- Wond is niet geïnfecteerd.
- Decubitus is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.
- Bescherm omliggende huid tegen verweking.
- Verwijder zalfresten bij verbandwisseling met zoete olie.
- Spoel de wond schoon⁵¹; bij voorkeur onder de douche, anders met water of fysiologisch zout; frequentie afhankelijk van gekozen verbandmateriaal.
- Verbind/vul een wond met:⁵²

Droog of bij geringe exsudatie:

- Parafinnegazen, afgedekt met non-woven gazen of met absorberende gaascompressen (bij sterkere exsudatie) Verbandwisseling min. 2 x dd of hydrocolloïd. Verbandwisseling eens per 2 tot 7 dagen.

Bij sterke exsudatie⁵³:

- Hydrofiber, afgedekt met absorberende gaascompressen. Verbandwisseling om de 1-8 dagen; de compressen vaker om de hydrofiber te controleren of met water bevochtigde en uitgeknepen gazen ('natte gazen'; verwisseling 3-4 dd) of alginaten afgedekt met absorberende gaascompressen (verwisseling 1 x dd – 1 x per 3 dagen).

Graad III & Graad IV (Vervolg)

Oppervlakkige/diepe decubitus, zonder necrose, met geel beslag

De wondranden zijn rood van kleur. De wond produceert veel vocht en in de wond is geel beslag aanwezig.

Beoogd resultaat

- Wond heeft zich niet verder uitgebreid.
- Omliggende huid is niet verweekt.
- Wond is gereinigd van overtollig vocht en/of geel beslag en/of pus.
- Decubitus is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.
- Spoel de wond schoon; bij voorkeur onder de douche, anders met water of fysiologisch zout; frequentie gekoppeld aan gekozen verbandmateriaal.
- Bescherm omliggende huid tegen verweking.
- Verwijder zalfresten bij verbandwisseling met een zoete olie.
- Verbind/vul wond bij:⁵⁴

Droog of geringe exsudatie:

- Parafinnegazen, afgedekt met non-woven gazen of met absorberende gaascompressen (bij sterkere exsudatie) Verbandwisseling min. 2 x dd of hydrocolloïd. Verbandwisseling eens per 2 tot 7 dagen.

Bij sterke exsudatie⁵⁵:

- Hydrofiber, afgedekt met absorberende gaascompressen Verwisseling om de 1-8 dagen, de compressen vaker om de hydrofiber te controleren of met water bevochtigde en uitgeknepen gazen ('natte gazen', verwisseling 3-4 dd) of alginaten afgedekt met absorberende gaascompressen (verwisseling 1x dd – 1 x per 3 dagen).
- Overleg met huisarts bij tekenen van infecties.

Graad III & Graad IV (Vervolg)

Oppervlakkige/diepe decubitus met droge necrose

De wondranden zijn rood. De wond is droog en er bevindt zich gele of zwarte necrose in de wond.

Beoogd resultaat

- Wond heeft zich niet uitgebreid.
- Omliggende huid is niet verweekt.
- Wond produceert geen pus.
- Necrotisch weefsel is verwijderd.
- Decubitus is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering.
- Bescherm omliggende huid tegen verweking.
- Verwijder zalfresten bij verbandwisseling met een zoete olie.
- Necrotomie door arts.⁵⁶
- Verweek overgebleven necrose met natte gazen (verwisseling 3-4 dd) of met hydrogel afgedekt met absorberende gaascompressen (verwisseling 1 x per 3 dagen).
Enzympreparaten bij dunne vervloeiende necrotische lagen, die niet goed bereikbaar zijn voor mechanische verwijdering.
- Verbind/vul wond na necrotomie bij droge necrose met:
paraffinegazen, afgedekt met non-woven gazen of met absorberende gaascompressen (bij sterkere exsudatie).
Verwisseling minimaal 2 x dd of met hydrocolloïd. Verwisseling eens per 2-7 dagen.

Oppervlakkige/diepe decubitus, met geel beslag en met natte necrose

De decubituswond produceert veel vocht en/of pus. Er bevindt zich necrotisch weefsel in vervloeide vorm in de wond. De wondranden zijn rood, binnen in de wond is het weefsel geel en zwart van kleur. Veelal verspreidt de wond een sterke, onaangename geur.

Beoogd resultaat

- Wond heeft zich niet uitgebreid.
- Omliggende huid is niet verweekt.
- Wond is gereinigd van overtollig vocht en/of geel beslag en/of pus.
- Aanwezige necrose is verwijderd.
- Onaangename geur is verdwenen.
- Decubitus is verdwenen.

Interventies

- Optimaliseren of uitbreiden van preventiegerichte maatregelen.
- Informeer patiënt over huidige situatie en verschijnselen van verbetering/verslechtering
- Spoel de wond schoon; bij voorkeur onder de douche, anders met water of fysiologisch zout; frequentie gekoppeld aan gekozen verbandmateriaal.
- Bescherm omliggende huid tegen verweking.
- Verwijder zalfresten bij verbandwisseling met een zoete olie.
- Breng enzymatische⁵⁷ necrose-oplossers aan.
- Verbind/vul wond bij:⁵⁸

Droog of geringe exsudatie:

- Parafinnegazen, afgedekt met non-woven gazen of met absorberende gascompressen (bij sterkere exsudatie) Verbandwisseling min. 2 x dd of hydrocolloïd. Verbandwisseling eens per 2 tot 7 dagen.

Bij pussende, riekende wonden:

- In hypochloriet (eusol) gedrenkte gazen, afgedekt met absorberende gascompressen. Maximaal 14 dagen voortzetten. Verwisseling 2-4 x dd of alginaten afgedekt met absorberende gascompressen. Verwisseling 1x dd.
- Dek riekende wond eventueel af met geurabsorberend verband/koolstofverband en gebruik luchtverfrissers.
- Overleg met arts bij tekenen van infectie en/of over medicamenteuze maatregelen⁵⁹ om geur te bestrijden.

Aandachtspunten bij de behandeling

De preventie en behandeling van wonden staan op de voorgrond bij decubitus. Er zijn echter nog een aantal verpleegproblemen die zich bij decubitus kunnen voordoen en voortdurende aandacht vragen. Bij alle verpleegproblemen geldt dat bij de interventies zowel de patiënt als de mantelzorg wordt betrokken. In sommige situaties zal men moeten vaststellen dat decubitus niet genezen kan worden vanwege zeer slechte, achteruitgaande lichamelijke conditie. Dit geldt bijvoorbeeld voor terminale patiënten. De behandeling van decubitus zal dan altijd gericht zijn op bereiken van zo groot mogelijk comfort voor de patiënt. Een aantal aandachtspunten bij de behandeling wordt hieronder nog genoemd.

Informereren patiënten

De patiënt dient geïnformeerd te worden over wat decubitus inhoudt, hoe het ontstaat en hoe het kan worden voorkomen. Geef daarbij ook duidelijk aan wat de patiënt hierbij zelf kan doen. Schriftelijke informatie is hierbij een hulpmiddel. Wanneer er reeds decubitus bestaat wordt de patiënt geïnformeerd over het hoe en waarom van de wondbehandeling. Ook daarbij weer aandacht voor wat de patiënt zelf kan doen of waar die op dient te letten ten aanzien van genezingstendens van de wond.

Vergroten motivatie

De patiënt kan onvoldoende gemotiveerd zijn de adviezen of instructies op te volgen. Decubituspreventiebeleid kan daardoor falen of wondgenezing blijft uit. Achterhaal redenen van de demotivatie en pas interventies daar zo mogelijk op aan. Bespreek ook de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Instrueren

Het kan zijn dat de patiënt alle informatie heeft ontvangen en begrepen en ook gemotiveerd is om de adviezen op te volgen, maar dit niet kan. Onderzoek wat de oorzaak is en zoek alternatieven. Neem zo nodig essentiële handelingen over. Probeer mogelijkheden te vinden die haalbaar zijn en bied anders hulp en/of ondersteuning.

Pijn

Decubitus gaat vaak gepaard met pijn. Dit kan het gevolg zijn van langdurige druk op de kwetsbare plaatsen, maar ook de wondbehandeling kan pijnlijk zijn voor patiënt⁶⁰.

Bij diepe decubitus waarbij het zenuwweefsel beschadigd is heeft de patiënt nauwelijks of geen pijn. Overleg met de huisarts over het gebruik van pijnbestrijdende medicatie en pas verbandmateriaal toe wat niet aan de wond kleeft, zodat verbandwisseling minder pijnlijk zal zijn.

Complicaties

Wees bedacht op de volgende complicaties en bij niet genezen of verslechtering schakel de huisarts in.

Abces

Met pus gevulde holte onder of aansluitend aan de decubituswond. Soms als fluctuerende zwelling voelbaar. De patiënt voelt zich soms ziek en kan een verlichte verhoging hebben.

Artritis

Soms kan vanuit een diepe decubituswond een gewricht aangetast worden door infectie.

Cellulitis

Diffuus verspreidende ontsteking vanvooral los bindweefsel. De huid lijkt op wondroos, maar ligt dieper. De huid is warm, rood en opgezet. De begrenzing is vaag.

Erysipelas

Acute infectie van de huid en onderhuids weefsel, in combinatie met opgezette, felrode, scherpbegrensde verkleuring van de huid. Gaat soms gepaard met koorts.

Osteomyelitis

Ontsteking van onderliggend botweefsel. Kan pijnlijk zijn en koorts en gevoel van ziek zijn veroorzaken.

Sepsis

Als er bacteriën vanuit de wond in het bloed komen en zich daar gaan verspreiden kan sepsis ontstaan.

Geuroverlast

Een sterk ruikende decubituswond is ontluisterend voor de patiënt en omgeving. Met name anaërobe bacteriën veroorzaken geuroverlast. Vooral in wonden met necrose en ondermijnende wonden kunnen deze bacteriën gedijen. Behandeling zie betreffende graden van decubitus. Overweeg gebruik van luchtverfrissers.

Patiënt betrekken bij behandeling

De patiënt is bij de preventie en behandeling in grote mate afhankelijk van professionals en mantelzorg. Betrek de patiënt zoveel mogelijk bij de behandeling en geef aan wat de patiënt zelf kan doen in (primair en secundair) preventieve sfeer.

Sociaal isolement

Decubitus ontstaat vaak op basis van een mobiliteitstekort. Dit mobiliteitsprobleem, maar ook de decubituswonden en pijn beperken de patiënt in zijn/haar mogelijkheden contact met anderen buitenshuis aan te gaan of te onderhouden. Een extra belemmering kan de onaangename geur van de wond(en) zijn. Maak dit bijkomend probleem bespreekbaar met de patiënt en mantelzorger. Maak gebruik van geurbestrijdende middelen als een luchtverfrissende spray, geurabsorberend verband/koolstofverband, esotherische oliën, geurverdrijvende ventilator of medicatie (op voorschrift van de arts). Probeer te voorkomen dat de patiënt thuis geen bezoek wil ontvangen.

Verantwoording

Totstandkoming

De voorliggende wijkverpleegkundige standaard op het gebied van decubitus is in twee fasen tot stand gekomen. Een ontwikkeling- en updatefase.

De Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen is de eigenaar van de standaard en draagt zorg voor een tweejaarlijkse actualisatie.

De ontwikkeling startte eind 1998 in het kader van het project 'Samenwerkingsrichtlijnen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen'. Dit project was een initiatief van Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). STOOM heeft het project mede financieel mogelijk gemaakt.

Deze organisaties rekenen het tot hun taak om het functioneren van hun doelgroepen en dwarsverbindingen daartussen, inhoudelijk te versterken. Op basis van de vraag uit de beide werkvelden dat de monodisciplinaire kwaliteitsstandaarden een vertaalslag dienen te krijgen in de samenwerkingspraktijk, hebben zij het plan opgevat om een koppeling te gaan leggen tussen het kwaliteitsbeleid van beide disciplines op raakvlakken in de hulpverlening.

Het beoogde resultaat van het project is door beide beroepsgroepen geautoriseerde samenwerkingsrichtlijnen.

De partijen zijn overeengekomen om te starten met de onderwerpen dementie en decubitus. Het zijn actuele, maatschappelijk relevante en samenwerkingsgevoelige thema's waarop kwaliteits- en efficiëncywinst is te behalen en de prevalentie van decubitus en dementie zal toenemen.

Bovendien is bij beide disciplines voldoende kennis en ervaring. Voor de wijkverpleegkundige beroepsgroep is het van belang om tot één standaard te komen die 'the state of the art' aangeeft.

Huisartsen beschikken reeds voor dementie en decubitus over een NHG-standaard. De wijkverpleegkundigen beschikken op beide fronten over kwaliteitsinstrumenten, maar nog niet over landelijk geautoriseerde standaarden. Deze zijn eerst ontwikkeld, voordat tot ontwikkeling van de samenwerkingsrichtlijnen kon worden overgegaan.

KITZ heeft de sturing van de ontwikkeling van de standaard verzorgd, het model voor de standaard ontwikkeld en heeft de werkgroep ondersteund bij de uitwerking ervan.

Een begeleidingscommissie, bestaande uit een vertegenwoordiging van de NHG, LVT, ZONMW, Zorgverzekeraars, directie Thuiszorgorganisaties, bewaakte de voortgang en de resultaten van het project..

Ontwikkeling

In de voorbereidingsfase is een werkgroep samengesteld bestaande uit landelijk gerespecteerde en terzake deskundigen (zie hieronder) en is een werkplan opgesteld.

Verder is de noodzakelijke informatie voor de ontwikkeling van de standaard verzameld en een literatuurlijst van te raadplegen literatuur opgesteld.

Hierbij is gebruik gemaakt van literatuurlijsten uit recent onderzoek, reviews, recente projecten en recente publicaties. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van reeds geordende 'evidence', (decubitus richtlijn die door het CBO is opgesteld, www.cbo.nl), de Belgische decubitus richtlijn, die door Verplegingswetenschap van de Universiteit van Gent is opgesteld, (www.decubitus.be/richtlijnen/nl/inleiding.htm). De literatuurlijst is voorgelegd aan de werkgroepen die de lijsten hebben aangevuld of bijgesteld.

Op basis van de literatuurlijst zijn de -bij de aandoening decubitus- voorkomende verpleegproblemen geïnventariseerd en hiervan is een eerste globaal overzicht gemaakt.

Tijdens de eerste vergadering van de werkgroep zijn het werkplan, de literatuurlijst en de verpleegproblemen besproken en is het model voor het ontwikkelen van de standaarden door KITTZ voorgelegd.

In de ontwikkelfase zijn de verpleegproblemen uitgewerkt in standaardverpleegplannen. De voor de aandoening specifieke activiteiten in het zorgproces zijn beschreven. Wanneer er geen wetenschappelijke onderbouwing was voor een specifieke interventie is door middel van overleg in de werkgroepen en door middel van toetsing in het veld consensus bereikt. Soms zijn enkele alternatieven voor interventies genoemd die in de praktijk worden gehanteerd.

Belangrijkste discussiepunt tijdens de werkgroepbijeenkomsten waarover consensus is bereikt, was: heldere criteria rondom de keuze van verbandmiddelen in relatie tot de algemene behandelprincipes, kosteneffectiviteit, praktische haalbaarheid en comfort van de patiënt.

De vaststelling van de inhoud van de standaard door de werkgroep vonden in een aantal rondes plaats. Deze werd voorgezeten door één van de leden. In samenspraak met de voorzitter van de werkgroep stelde KITTZ de agenda op voor deze bijeenkomsten. Daarnaast verzorgde KITTZ de verslaglegging van de bijeenkomsten.

Na opstelling van de conceptstandaard is deze ter beoordeling voorgelegd aan het 'veld'.

Aan 38 wijkverpleegkundigen, Netwerk Verpleegkundig Decubitus Consulente, de Landelijke Stuurgroep Decubitus, de Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, 3 huisartsen en een internist. Bij de recruitering van de wijkverpleegkundigen voor de toetsfase is een landelijke spreiding van de thuiszorgorganisaties nagestreefd (totaal 8). De werkgroepleden hebben, voor zover ze werkzaam zijn bij een thuiszorgorganisatie, 4 à 5 wijkverpleegkundigen binnen hun organisatie gevraagd de standaard te beoordelen.

Aan de deelnemers is een tiental vragen voorgelegd met het verzoek zo mogelijk bij de beantwoording van de vragen een concrete casus(en) en dossier te betrekken.

Respons: van de 50 personen hebben 36 gereageerd. Omdat niet precies bekend was naar wie de standaard ter beoordeling is verstuurd, kon niet bij allen de reden van non-respons worden achterhaald. Reden was voornamelijk: geen tijd.

De deelnemers aan de toetsing hebben, op enkele aanvullingen en wijzigingsvoorstellen na, aangegeven dat de standaard overeenkomt met de huidige praktijkvoering van de wijkverpleegkundigen. De overgrote meerderheid kon zich vinden in de opbouw en de inhoud. De standaard heeft een toegevoegde waarde t.a.v. bestaande instrumenten, beantwoordt aan beoogd doel en is een goede basis voor samenwerkingsafspraken met huisartsen. De enkele wijzigingsvoorstellen op de inhoud zijn in een bijeenkomst met de werkgroep besproken en in de standaard verwerkt.

De werkgroep bestond uit:

- n Dhr. dr. R.J.G. Halfens, universitair hoofddocent, vakgroep Verplegingswetenschap Maastricht (voorzitter).
- n Mw. B. Aalbers, specialistisch verpleegkundige wond-stoma en oncologie, Sensire.
- n Mw. L. Bosker, secretaris Landelijke stuurgroep decubitus/implementatie decubitusbeleid NIGZ.
- n Dhr. prof. dr. T. Defloor, docent Universiteit Gent, Verpleegwetenschap.
- n Mw. J. Piersma, decubitusconsulent Medisch Centrum Leeuwarden.
- n Mw. F.A. van der Sloot, specialistisch verpleegkundige Thuiszorg Nieuwe Waterweg-Noord.
- n Mw. G.N. Steeghs, verpleegkundig specialist, Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg.
- n Mw. M.M. Torny, verpleegkundige, Torny Consult, Amsterdam.
- n Dhr. J.L.J. Voogd, projectmanager innovatie en ontwikkeling Thuiszorg Regio 's-Hertogenbosch.

Na de totstandkoming van de standaard is de standaard voorlopig erkend door de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen. In opdracht van de LVW is een pilot-implementatie uitgevoerd.

In de periode september - januari 2003 is de standaard bijgesteld op basis van de ervaringen met de pilot-implementatie en een actualisatie van de literatuur.

Pilot-implementatie

De LVW wilde dat door middel van een pilot-implementatie bij drie thuiszorgorganisaties de basis werd gelegd voor landelijke implementatie van wijkverpleegkundige standaarden. Het resultaat zou een werkboek moeten zijn waarin de ervaringen met de pilot-implementatie zijn verwerkt. Dit werkboek vormt de basis voor en ondersteuning bij de landelijke verspreiding en implementatie van de (toekomstige) wijkverpleegkundige standaarden.

De begeleiding van KITTZ bij de implementatie van de standaarden bij een thuiszorgorganisatie hield in:

- het actief volgen en indien gewenst ondersteunen van degene die bij de thuiszorgorganisatie het implementatietraject coördineerde. KITTZ nam zelf geen initiatieven, maar dacht mee, stimuleerde, maakte attent op knelpunten, was behulpzaam bij het opstellen van brieven, plan van aanpak, scholing e.d.
- het bijwonen van relevante bijeenkomsten;
- het evalueren van de toepassing van de standaarden met de gebruikers;
- het beantwoorden van vragen aan de Helpdesk.

De ervaringen met de implementatie zijn geëvalueerd met degene die binnen de thuiszorgorganisatie de coördinatie van de implementatie op zich had genomen en/of met de wijkverpleegkundigen die de standaarden in de dagelijkse praktijk hebben toegepast. Aan hen is een vijftiental vragen voorgelegd. De inhoud van het werkboek is voor een belangrijk deel gebaseerd op de ervaringen met de implementatie bij een zestal thuiszorgorganisaties. Bij de implementatie waren per organisatie 10 – 20 wijkverpleegkundigen betrokken.

De algemene reactie op het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk was zeer positief. Goed bruikbaar en volledig. Lay-out behoeft niet te worden aangepast. Kan gemakkelijk als checklist worden gebruikt.

De implementatie liet zien dat kennis en vaardigheden op het gebied van decubitus en methodisch werken up-to-date moeten worden gehouden, behoefte is aan regionale afspraken over gebruik materialen en wie wat doet in de decubitus zorg. Het implementatie-werkboek is te downloaden: www.lvw.nl.

Actualisatie literatuur

Voor het actualiseren van de literatuur op het gebied van decubitus is de gebruikte literatuur genoemd in de wijkverpleegkundige standaard vergeleken met de gebruikte literatuur in de multidisciplinaire richtlijn decubitus ontwikkeld door het CBO (2003) en Salode: tripartiete multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld voor de verpleeghuissector (2003).

De resultaten van deze vergelijking zijn besproken met de leden van de werkgroep decubitus die de wijkverpleegkundige standaard hebben ontwikkeld.

Aan hen is tevens gevraagd of er nog nieuwe ontwikkelingen zijn op het gebied van decubitus en in welke publicatie deze staan beschreven.

De wijzigingen en aanvullingen zijn besproken en verwerkt.

Daarnaast is over de inhoud van de standaard overleg geweest met de werkgroep die bezig is met de ontwikkeling van de landelijke samenwerkingsrichtlijn tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

De werkgroep die de standaard heeft geactualiseerd bestond uit:

- Dhr. dr. R.J.G. Halfens, universitair hoofddocent, vakgroep Verplegingswetenschap Maastricht (voorzitter).
- Mw. B. Aalbers, specialistisch verpleegkundige wond-stoma en oncologie, Sensire.
- Dhr. prof. dr. T. Defloor, docent Universiteit Gent, Verpleegwetenschap.
- Mw. M.M Torny, verpleegkundige, Torny Consult, Amsterdam.
- Mw. dr. L. Schoonhoven, universitair docent verplegingswetenschap Nijmegen.

Voor vragen over de onderbouwing en totstandkoming van de standaard kan contact worden opgenomen met het bureau van de LVW.

Verantwoording van de beschreven aspecten van verpleegproces en zorginhoud

- ¹ [0]Deze standaard gebruikt de indeling in graden naar de ernst van decubitus.
Voor de te kiezen behandelingsmethoden en verbandmiddelen is een indeling in kleuren naar de mening van ervaringsdeskundigen beter bruikbaar: het rood-zwart-geel-systeem. Dit systeem is overgenomen door de Woundcare Consultant Society (WCS) en Europese consensus Decubitus (EPUAP) en wordt uit praktische overwegingen ook genoemd in de NHG-standaard Decubitus en in de Samenwerkingsrichtlijn van huisartsen en wijkverpleegkundigen.
Rood staat daarbij voor een gezonde, granulerende wond, geel voor een wond met ontsteking en zwart voor de aanwezigheid van necrose. Met nadruk wordt gesteld dat deze indeling niet gebruikt dient te worden om de ernst van decubitus te bepalen.
§ Spindler JKH, Jonkman MF. WCS Nieuws 1998:3.
- ² De beschreven interventies zijn ontleend aan:
§ WCS-classificatiesysteem voor lokale wondbehandeling in WCS-Nieuws, september 1998.
§ Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.
§ European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Prevention Guidelines & Pressure Ulcer Treatment Guidelines.
§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
§ Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Tripartiete multidisciplinaire richtlijn 'Samenwerking en logistiek rond decubitus. Utrecht, 2003.
- ³ Ten behoeve van de leesbaarheid wordt in de tekst alleen patiënt genoemd.
- ⁴ Bij de beschrijving van het verpleegproces is aangesloten bij de uitgangspunten en taakgebieden zoals genoemd in het Beroepsprofiel van de Verpleegkundige.
§ Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom, 1999.
- ⁵ Uitleg van decubitus volgens Defloor.
§ Defloor T. Oorzaken en preventie van decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;2:61-3.
- ⁶ Druk is een kracht die loodrecht op de weefsels wordt uitgeoefend. Wanneer deze druk hoger is dan de capillaire druk, kan de circulatie in capillairen en lymfevaten worden belemmerd. Hierdoor wordt weefsel onvoldoende voorzien van zuurstof en voedingsstoffen en wordt de afvoer van afvalstoffen verstoord.
Schuifkracht is een kracht die evenwijdig aan de weefsels wordt uitgeoefend. Het skelet en dieper gelegen fascia glijden door de zwaartekracht naar onder, terwijl huid en oppervlakkige fascia niet meeglijdt. Deze verschuiving van twee weefsellagen ten opzichte van elkaar leidt tot uitrekking, afknikking en mogelijk afscheuring van bloedvaten, met zuurstoftekort in het weefsel tot gevolg.
§ Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999:3.
§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies, Dwingeloo: Kavannah, 1995.
§ Defloor T. Oorzaken en preventie van decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;2:61-3.
- ⁷ Weefseltolerantie is de mate waarin de huid en onderliggend weefsel bestand is tegen druk- en schuifkrachten. Het bepaalt of de aanwezige druk- en schuifkracht groot genoeg is en lang genoeg bestaat om decubitus te veroorzaken. Onder het begrip weefseltolerantie wordt een reeks van factoren gegroepeerd. Ze kunnen worden onderverdeeld in factoren die drukspreidende capaciteiten wijzigen en factoren die de zuurstoftoevoer en -behoefte van het weefsel beïnvloeden.
Weefseltolerantie ten aanzien van druk wordt bepaald door weefselvolume, conditie van de huid, leeftijd en voedingstoestand. Ten aanzien van zuurstoftoevoer en -behoefte gelden de factoren koorts, anaemie, arteriosclerose, stress en roken. Zolang zuurstoftoevoer en -behoefte in balans is, ontstaat geen beschadiging van weefsel.

Wanneer de zuurstofbehoefte groter is dan de toevoer, ontstaat risico op decubitus. Beïnvloedende factoren zijn koorts, anemie en artherosclerose.

§ Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus, Nursing 1999:3.

§ Defloor T, Haemers- Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.

- ⁸ Defloor T, Derre B, Buckens F. Wisselhouding en positionering in het kader van decubitus preventie. WCS, jaargang 16, nr 2. 2000.
- ⁹ Een probleemgerichte anamnese maakt onderdeel uit van de totale verpleegkundige anamnese. In een probleemgerichte anamnese wordt informatie verzameld op een bepaald deelgebied. In dit geval wordt nagegaan of de signalen wijzen op (een verhoogd risico op) decubitus.

§ Gordon M. Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Utrecht: Lemma, 1995.
- ¹⁰ Hiervoor ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing. Een risicoscorelijst kan gebruikt worden als hulpmiddel samen met de klinische blik van de verpleegkundige.

§ Schoonhoven L. Prediction of pressure ulcers: problems and prospects. Utrecht: University Medical Centre, 2002.

§ Defloor T. Oorzaken en preventie van decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;2:61-3.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ¹¹ Voorkeursplaatsen voor decubitus zijn: hielen, enkels, knieën, stuit, heup, bilnaad, ellebogen, schouderbladen en oren.
- ¹² Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ¹³ Ten aanzien van de wondbehandeling geldt dat er geen aanwijzingen over toepassing en gebruik van specifieke wondbehandelingsproducten worden gegeven. Hiervoor wordt verwezen naar bestaande protocollen en productinformatie. In deze standaard worden geen merknamen genoemd. Iedere instelling of regio maakt eigen keuzes in wondbehandelingsproducten.
- ¹⁴ Bij wondbehandeling wordt gewerkt van zwart naar geel, van geel naar rood. Een rode wond is vrij van debris (geel beslag) en rood door granulatieweefsel. Het granulatieweefsel dient beschermd te worden zodat de wond verder kan genezen. Een vochtig of gelei-achtig wondmilieu is ideaal voor herstel.

De verbandmiddelen die bij decubitus worden gebruikt dienen de vochtige wondgenezing te bevorderen en ervoor te zorgen dat de omgeving van de wond droogt blijft. Een gele wond bevat debris, pus en overtollig vocht. Behandeling is gericht op reiniging van de wond en exsudatie te bestrijden. Een zwarte wond bevat necrotisch weefsel, in droge of natte vorm. Behandeling is gericht op vitalisatie van het wondgebied. Necrose droogt op en valt af of wordt verwijderd.

§ Spindler JKH, Jonkman MF. Het WCS classificatiesysteem voor lokale wondbehandeling. WCS Nieuws, 1998:3.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ¹⁵ Met betrekking tot de wondbehandeling zijn de graden III en IV samengevoegd. De interventies komen bij deze graden vrijwel overeen. Het verschil tussen de graden is gelegen in de diepte van de wond.
- ¹⁶ In de literatuur wordt geen voordeel van specifieke verbandmiddelen gevonden. Wel bestaat een vooral logistiek voordeel (minder frequente verbandwisseling) van hydrocolloïden, hydrogels, polyurethaan foams, copolymeermembranen (folies) en met zilver geïmpregneerde geactiveerde koolverbanden boven fysiologisch zout vochtig gehouden gazen.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

De werkgroep die deze standaard heeft opgesteld geeft aan:
Uitgangspunt in de behandeling is het creëren van een vochtig, maar niet te nat milieu. Wanneer verbandwisseling frequent kan worden uitgevoerd, wordt gekozen voor in water, natriumchloride of hypochloriet gedrenkte gazen. Wanneer verbandwisseling niet zo frequent kan worden uitgevoerd, wordt gekozen voor alginaten of hydrogel bij te droge wonden of voor hydrofiber of schuimverband bij te natte wonden. Redenen om de verbandwisseling niet zo frequent uit te voeren zijn bijv. bezwaren van de patiënt of omdat het te arbeidsintensief is.

- ¹⁷ Verpleegkundige verslaglegging conform de herziene consensus Verpleegkundige verslaglegging.
§ Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Herziening consensus Verpleegkundige Verslaglegging. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999.
- ¹⁸ Voor de wijze waarop de verslaglegging dient plaats te vinden wordt verwezen naar de CBO-consensus Verpleegkundige Verslaglegging.
§ Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing en Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Consensus Verpleegkundige Verslaglegging. Utrecht: 1992. De consensus wordt momenteel herzien.
- ¹⁹ Langdurige toediening van corticosteroïden en zeker indien dit samengaat met een eiwittekort, blijkt een sterk effect te hebben op de ontwikkeling van decubitus. Niet alleen de collageen aanmaak wordt gestoord, maar ook de capillaire regeneratie.
§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.
- ²⁰ Een hypothese is dat stress de productie van glucocorticoïden verhoogt en daardoor de collageenvorming wordt geremd. Geringere hoeveelheid steunweefsel maakt weefsel gevoelig voor druk.
§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies, Dwingeloo: Kavannah, 1995.
- ²¹ Door roken kan atherosclerose ontstaan, met verminderde doorbloeding en verminderde zuurstofvoorziening van het weefsel tot gevolg.
§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies, Dwingeloo: Kavannah, 1995.
- ²² De werkgroep wijkverpleegkundige standaardontwikkeling raadt hierbij aan de patiënt eventueel sokken te laten dragen of de voeten losjes te bedekken met een molton ter voorkoming van koude voeten.
- ²³ Bij gebruik van hoeslakens mag geen hangmateffect ontstaan.
§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ²⁴ Door een te strak gespannen onderlaken gaat de matras bol staan en wordt het drukopheffend vermogen van onderliggend matras verminderd. Hetzelfde geldt voor strakke, stugge kussenhoezen.
§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.
§ Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999:3.
- ²⁵ Er bestaan geen harde criteria voor de keuze van een matras gerelateerd aan de graad van (dreigende) decubitus TNO Preventie en gezondheid. TNO-rapport 2002.110. Leiden, 2002. De thuiszorg moet met de zorgverzekeraar afspraken maken over de keuze van de matrassen.
Drukreducerende matrassen en bedsystemen kunnen worden verdeeld in statische en dynamische systemen.

Statische systemen kunnen vervolgens worden onderverdeeld in twee categorieën:
1 Matrassen van en polyetherfoam die bovenop de gebruikelijke (ziekenhuis)matrassen

kunnen worden gelegd.

- 2 Matrassen bestaande uit een enkele of verschillende lagen polyetherfoam.

Dynamische systemen, door elektrische motoren aangedreven matras- en bedsystemen, worden onderverdeeld in:

- 1 Low-airless-systemen: bestaande uit verschillende compartimenten waardoor een continue luchtstroom wordt geblazen, die het verlies van lucht door de luchtdoorlatende hoes moet compenseren.
- 2 Air-fluidised-systemen: zogenaamde 'zandbedden' bestaan uit een kuip die gevuld is met siliconenkorrels.
- 3 Alternierende systemen: pompsysteem en een matras dat is opgebouwd uit verschillende compartimenten die afwisselend worden opgeblazen of leeggedrukt.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ²⁶ In halve zijligging (30°) is het drukoppervlak ter hoogte van het bekken groter dan in strikte zijligging. Er is in deze positie meer weefselmassa ten opzichte van de onderlaag, zodat druk beter over het weefsel kan worden verdeeld. Bovendien wordt de huid over trochanter en sacrum optimaal geoxygeneerd. Deze positie wordt verkregen door middel van (wig)kussens onder de matras of door ondersteuning van de patiënt met hoofdkussens. De volledige zijligging (in 90°) dient te worden vermeden in verband met druk op de trochanter major en de malleolus lateralis.

§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.

§ Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus, Nursing 1999:3.

§ Chel VGM, Germs PH, Van der Wal J, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ²⁷ Bij een patiënt in rugligging is de druk het laagst in een semi-Fowlerhouding, waarbij zowel hoofdeinde als beengedeelte 30° omhoog is gebracht. Het voorkomt onderuitzakken en schuifkracht wordt vermeden.

§ Defloor T. Meer oppervlak, minder druk. Nursing 1997:4.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ²⁸ Plaats een kussen onder de thorax en laat de buik vrij om ademhaling gemakkelijker te maken. Plaats tevens een kussen onder de onderbenen zodat druk op tenen en voorvoet wordt voorkomen.

§ Defloor T. Meer oppervlak, minder druk. Nursing 1999:4.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ²⁹ De tijdsinterval van wisselhouding alleen is niet bepalend voor het ontstaan van decubitus. Het hangt ook af van de aanwezige druk- en schuifkrachten en individueel bepaalde weefseltolerantie.

De houding wordt bij voorkeur eens per twee tot vier uur gewisseld. Indien onvoldoende resultaat, frequentie zo mogelijk opvoeren.

§ Jong N de, Winter A de, Halfens R, Buss I. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1997:3.

§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.

- ³⁰ Het toepassen van een wisselingschema wordt aanbevolen. Tussen zijliggingen in dient de patiënt in rugligging te worden gelegd. Het wisselingschema wordt dan: zijligging links – semi-Fowler – zijligging rechts – semi-Fowler enz.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ³¹ Een hielelevator 'licht' de hiel op. Er zijn verschillende vormen; van band om de kuit tot 'laars' om hiel om de hiel vrij te houden.

- ³² Een hoofdkussen onder het onderbeen kan de hiel van druk ontlasten. Het onderbeen dient daarbij wel volledig te worden ondersteund om overbelasting van het kniegewricht te voorkomen. In de literatuur zijn geen gegevens over eventueel meer optreden van trombose bij het ondersteunen van de onderbenen met een kussen. Zelfs bij gebruik van drukreducerende matrassen wordt de druk onder de hielen hoog. Een lage druk onder de hielen kan alleen worden verkregen als de hielen vrij liggen of zweven.
- § Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.
- § Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ³³ De zittende houding waarin de laagste druk wordt gemeten op het zitvlak is achteroverzittend met de voeten op een bankje.
- § Defloor T, Grypdonck M. Anti-decubituskussen. Drukvermindering of toch niet? Hospitalia no 1. 1997:18-24.
- § Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ³⁴ Een goede zithouding is:
- goede zithoogte, met indien aanwezig, goede afstelling van voetensteun; dat is zodanig dat bovenbenen geheel op de zitting rusten en de voeten plat op de grond of voetensteun kunnen staan;
 - een zitting die aan de voorkant tot ca 2 cm oploopt en waarvan de diepte zodanig is dat de afstand tussen zitting en knieholte vuistbreed is;
 - een zitbreedte die niet uitnodigt tot scheefzitten;
 - voldoende brede armleuningen waarvan de hoogte zo is afgesteld dat de schouders ontspannen kunnen afhangen.
- Een kussen in de rug dient te worden vermeden.
- § Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.
- ³⁵ Ten aanzien van verschillende (rol)stoel(antidecubitus)kussens kan het volgende worden aanbevolen:
- eencellige luchtkussens bij risicopatiënten die in een gewone stoel kunnen zitten;
 - voorgevormde schuimkussens bij risicopatiënten die in een rolstoel zitten;
 - meercellige luchtkussens indien de eerder genoemde kussens onvoldoende effect hebben.
- § Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.
- ³⁶ Een continu vochtige huid door incontinentie kan leiden tot verweking van de huid en verhoogde schuifkracht. Hierdoor bestaat verhoogd risico op decubitus. Incontinentie alleen bevordert niet het ontstaan van decubitus. Vaak bestaat incontinentie in combinatie met een slechte algemene conditie. De algemene conditie is het meest bepalend voor het ontstaan van decubitus.
- § Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999:3.
- § Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.
- ³⁷ In geval van incontinentie kan folie op de huid worden aangebracht om verweking van de huid te voorkomen. Folie heeft echter geen drukopheffend effect en kan ook de huid beschadigen bij het verwijderen. Folie dient dan ook met terughoudendheid te worden toegepast.
- § Defloor T. Decubituspreventie in de thuiszorg. Tijdschrift voor verpleegkundigen 1997:23.
- ³⁸ Een droge huid wordt ook als een beïnvloedende factor op het ontstaan van decubitus beschouwd. Hierbij wordt aangetekend dat een droge huid op zichzelf geen oorzaak van decubitus is. Decubitus ontstaat vanuit de diepte op basis van een zuurstoftekort in de weefsels. Een droge huid levert echter wel gemakkelijk schaafwondjes op, die weer kunnen ontaarden in grotere wonden. Bescherming van een droge huid door het aanbrengen van een indifferente zalf 1-3 maal daags is een zinvolle huidbeschermende maatregel, echter in strikte zin geen preventiegerichte anti-decubitusinterventie. Het

aanbrengen van crèmes of zalven heft een doorbloedingsstoornis niet op. De crème of zalf dient kloppend te worden aangebracht. Stevig wrijven kan dezelfde schadelijke werking hebben als schuifkracht.

§ Defloor T, Haemers-Dehoucke J. Decubitus: Van oorzaken tot preventie; Verpleegkundige Probleemgebieden: Diagnoses & Interventies. Dwingeloo: Kavannah, 1995.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

§ Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap 1999:4.

³⁹ Met betrekking tot indifferente zalven of crèmes kan onder andere gebruik worden gemaakt van lanettezalf, kokosolie, of andere (farmaceutische) specifieke huidverzorgingsproducten. Hiervoor is geen wetenschappelijke onderbouwing.

§ Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.

§ Spieker P. Kokosolie en badstof sokken ter preventie. Zo simpel ligt dat! Verpleegkunde Nieuws 1996: 4 juli.

§ KITZ Thuiszorgprogramma Ulcus Cruris Venosum, 1998.

⁴⁰ Zorg voor voldoende inname van calorieën en eiwit. Ondanks het ontbreken van harde onderzoeksgegevens wordt aanbevolen dat een patiënt ter preventie van decubitus voeding met extra hoeveelheden energie en eiwitten zou moeten krijgen. Gunstige effecten van speciale voedingssupplementen met spoorelementen, vitamines en aminozuren zijn niet bekend.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

⁴¹ Bij iedere patiënt dient de voedingstoestand te worden beoordeeld en bij geconstateerde afwijkingen individuele voedingsmaatregelen genomen te worden. Ondervoeding corrigeren door middel van afgestemd dieet dat voldoende energie bevat (30-35kcal/kg lichaamsgewicht en eiwit 1,5 gr/kg en vocht 1ml per kcal voedselinname. Extra voeding in de vorm van drink- of sondevoeding alleen geven wanneer noodzakelijke voeding niet op normale wijze kan worden ingenomen.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

⁴² Met niet-wegdrukbaar roodheid wordt bedoeld dat roodheid blijft bestaan wanneer er met een vinger (of liever transparant schijfje) druk wordt uitgeoefend op de huid. De huid wordt normaliter wit door compressie van de bloedvaten. Na het weghalen van de vinger wordt de huid weer rood doordat de bloedvaten weer doorgankelijk worden. Wanneer deze reactie uitblijft, duidt dit op beschadiging van de bloedvaten. Met behulp van een transparant schijfje is deze reactie goed te beoordelen.

Bij een lichte huidskleur is niet-wegdrukbaar roodheid zichtbaar als een omlijnde zone met blijvende roodheid en bij een donkere huidskleur als een omlijnde zone met blijvende rode, blauwe of paarse huid.

§ Defloor T. Urine veroorzaakt geen decubitus, Nursing 1999:3.

⁴³ Onderzoek leert dat niet-wegdrukbaar roodheid meestal omkeerbaar is als direct effectieve preventieve maatregelen worden genomen. Defloor T, Haalboom J, Vanderwee K. Oorzaken en preventie van decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002;2:61-7.

⁴⁴ In de werkgroep wijkverpleegkundige standaardontwikkeling is overeengekomen de termen niet- verklevend verband en compres te hanteren. Welke soorten verband en/of compres worden gebruikt hangt af van het voorschrift van de huisarts en het gevoerde assortiment van de organisatie.

⁴⁵ De werkgroep wijkverpleegkundige standaardontwikkeling adviseert een blaas zo lang mogelijk intact te laten in verband met het risico op infectie.

Een hoofdkussen onder het onderbeen kan de hiel van druk ontlasten. Het onderbeen dient daarbij wel volledig te worden ondersteund om overbelasting van het kniegewricht te voorkomen. In de literatuur zijn geen gegevens over eventueel meer optreden van trombose bij het ondersteunen van de onderbenen met een kussen.

Zelfs bij gebruik van drukreducerende matrassen wordt de druk onder de hielen hoog. Een lage druk onder de hielen kan alleen worden verkregen als de hielen vrij liggen of zweven.

§ Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.

§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.

- ⁴⁶ Wanneer de wond veel exsudaat produceert, of wanneer gebruik wordt gemaakt van natte gazen of hydrogel, dient de omliggende huid te worden beschermd tegen verweking.
- ⁴⁷ Om een vochtig wondmilieu te creëren of in stand te houden en daarmee uitdroging van de wond te voorkomen, wordt gebruik gemaakt van occlusieve wondverbanden. Hiervan zijn vele soorten en merken op de markt verkrijgbaar. Goed vergelijkend onderzoek naar het effect van deze middelen op de genezing van decubitus werd niet gevonden. De keuze van de werkgroep huisartsgeneeskundige standaardontwikkeling berust dan ook voornamelijk op empirie en aanbevelingen in consensusrapporten. Bij het maken van keuzes ging de werkgroep er van uit dat een wondverband de volgende eigenschappen dient te hebben: voldoende absorberend vermogen, kleeft niet aan de wondbodem, is gemakkelijk te verwijderen, veroorzaakt geen contactallergie, is niet cytotoxisch of anderszins weefselbeschadigend en is eenvoudig toe te passen (gebruiksgemak zowel voor patiënt als voor degene die de wond verzorgt). Natte verbanden nemen wondexsudaat op en verweken necrose. Nadeel is dat de gazen aan de wondbodem kleven indien ze niet voldoende vochtig worden gehouden. Dat maakt toepassing nogal zorgintensief, maar het materiaal is goedkoop. Paraffineverbanden plakken minder snel aan de wond, maar nemen minder vocht op. Hydrocolloïdverbanden plakken niet aan de wond en kunnen vocht opnemen, maar slechts in beperkte mate. Bij geringe exsudaatvorming kunnen ze langere tijd op de wond blijven zitten en zijn daardoor minder zorgintensief. Dit kan het nadeel hebben dat de wond minder frequent wordt geïnspecteerd. Alginaatverbanden kleven niet aan de wond en zijn gezien hun sterk absorberend vermogen vooral aangewezen bij sterke exsudaatvorming, waarbij ze langere tijd op de wond kunnen blijven zitten.
- § Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap 1999:4.
- ⁴⁸ Deze keuzen zijn gemaakt door de werkgroep die de samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben opgesteld.
- ⁴⁹ In plaats van hydrofiber kan ook schuimverband worden gebruikt. De keuze van het verband hangt af van de mate van exsudatie en het absorberend vermogen van het verband. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de verschillende verbanden.
- ⁵⁰ In plaats van hydrofiber kan ook schuimverband worden gebruikt. De keuze van het verband hangt af van de mate van exsudatie en het absorberend vermogen van het verband. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de verschillende verbanden.
- ⁵¹ Ten aanzien van het reinigen van de wond gelden de volgende principes:
- reinig de wond met kraanwater, drinkwater of fysiologisch zout;
 - oefen bij het spoelen, indien mogelijk onder de douche, zo weinig mogelijk druk uit op de wond. Irrigatie kan aangewezen zijn bij diepe wonden en/of fistels;
 - routinematig gebruik van anti-septische middelen is niet aanbevolen, maar kan zijn geïndiceerd wanneer besmetting met bacteriën dient te worden behandeld (na klinisch onderzoek). Bij voorkeur worden anti-septische middelen alleen gebruikt gedurende een bepaalde tijd of totdat de wond schoon is en omliggende omgeving vrij is van ontstekingsverschijnselen.
- § European Pressure Ulcer Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. Volume I 1999:2.
- ⁵² Deze keuzen zijn gemaakt door de werkgroep die de samenwerkingsrichtlijnen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben opgesteld.

- ⁵³ In plaats van hydrofiber kan ook schuimverband worden gebruikt. De keuze van het verband hangt af van de mate van exsudatie en het absorberend vermogen van het verband. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de verschillende verbanden.
- ⁵⁴ Deze keuzen zijn gemaakt door de werkgroep die de samenwerkingsrichtlijnen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben opgesteld.
- ⁵⁵ In plaats van hydrofiber kan ook schuimverband worden gebruikt. De keuze van het verband hangt af van de mate van exsudatie en het absorberend vermogen van het verband. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de verschillende verbanden.
- ⁵⁶ Deze keuzen zijn gemaakt door de werkgroep die de samenwerkingsrichtlijnen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben opgesteld.
- ⁵⁷ De in Nederland verkrijgbare enzympreparaten voor wonden zijn collagenase en de combinatiepreparaten desoxyribonuclease-fibrinolysine en streptodernase-streptokinase. In de herziene CBO-richtlijn wordt gebruik van enzympreparaten afgeraden.
§ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus, tweede herziening. Utrecht, 2002.
- ⁵⁸ Deze keuzen zijn gemaakt door de werkgroep die de samenwerkingsrichtlijnen voor huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben opgesteld.
- ⁵⁹ Bij pussende of riekende wonden worden in hypochloriet gedrenkte gazen toegepast, bedekt met paraffinegazen en daarop hydrofielgazen. Toepassing geëigend totdat tekenen van infectie zijn verdwenen.
§ Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap, 1999:4.
- ⁶⁰ De Laat, E, Scholte op Reimer W, van Achterberg T. Diagnostiek en interventies gericht op wondregerelateerde klachten bij decubituspatiënten. In Jongerden I, Heijnen-Kaales Y. State of the art studie verpleging en verzorging 2003. LEVV, Utrecht.