

# Protocol

## Decubitus-preventie

### Algemene opmerkingen

#### 1. Inleiding

Als een cliënt ouder wordt dient zich ook het probleem van (dreigende) decubitus aan. De kans op decubitus is ook groot bij Meervoudig Complex Gehandicapte cliënten.

Verpleegkundigen, Ziekenverzorgenden, Artsen en Fysiotherapeuten (zowel intra- als extramuraal werkend) hebben ten aanzien van decubitus in 1985 een consensus bereikt. Deze staat hierna beknopt vermeld en geldt hier als uitgangspunt voor de decubituspreventie.

#### 2. Consensustekst (uittreksel)

- Decubitus kan vrijwel altijd voorkomen worden.
  - Decubitus is elke degeneratieve verandering van weefsel, die tot stand komt onder invloed van inwerkende druk en / of schuifkrachten. Een langdurige lage belasting is wat dat betreft net zo gevaarlijk als een korter durende hoge belasting op de weefsels.
  - Decubitus verlengt de verpleegduur, en vereist extra voorzieningen. Dit kost veel geld en menskracht.
  - Decubitus beïnvloedt de kwaliteit van het leven ongunstig! Het kan leiden tot complicaties, en zelfs tot overlijden. Voorkomen van decubitus behoort dus een hoge prioriteit in de totale zorgverlening te krijgen.
  - Decubitus berust vooral op een doorbloedingsstoornis van de huid en de onderhuidse weefsels. Er bestaat géén op de huid te appliceren middelen waarmee deze doorbloedingsstoornis kan worden opgeheven.
  - De vereiste / gewenste verpleegkundige handelingen met betrekking tot decubituspreventie dienen uitsluitend door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden te worden vastgesteld. Deze verpleegkundige handelingen zullen in ieder geval moeten omvatten: de onder punt 4a vermelde zinvolle preventieve maatregelen.
- Ook de arts draagt voor het decubituspreventie-beleid verantwoordelijkheid.  
De inzet van de cliënt en / of zijn directe omgeving bij de preventie van decubitus is zeer belangrijk, en moet dan ook gestimuleerd worden.  
Er zijn factoren die de kans op het ontstaan van decubitus vergroten. Deze factoren moeten worden nagegaan bij iedere risicocliënt, en in een risicoscore uitgedrukt worden. Zie hiervoor risicomatrix.  
Voor het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van de decubituspreventie is een goede registratie vereist.

#### 3. Verschijnselen bij decubitus

- Stadium 1:  
Lokale roodheid of cyanose van de huid (de huid voelt deegchtig gezwollen aan)
- Stadium 2:  
Lokale roodheid of cyanose van de huid, alsmede blaren of blaasjes.
- Stadium 3:  
Lokale blauwgroen of donkerblauwe verkleuring, al dan niet met een oppervlakkig huiddefect. Een eventuele wondbodem kan schoon, maar ook geïnfecteerd zijn (met pusvorming).
- Stadium 4  
Lokale bruinzwarte verkleuring van het huidoppervlak (necrose), al dan niet met oppervlakkig huiddefect. Een eventuele wond kan schoon of geïnfecteerd zijn.

4a. Preventieve maatregelen die altijd zinvol zijn:

- Invullen van de risicomatrix, om risicocliënten vroegtijdig te ontdekken.
- De cliënt zoveel als mogelijk mobiliseren.
- De huid goed verzorgen. Pas een goede hygiëne toe en voorkom dat de huid verweekt door onder andere incontinentie en zweet.  
De huid kan het beste gewassen worden met een overvette zeep. Afdrogen dient deppend en niet wrijvend te geschieden.
- Voorkom schuiven van de huid op de onderlaag bij het toepassen van wisselgigging of verplaatsen / vertillen van de cliënt.
- Inspecteer de huid bij elke gelegenheid die zich voor doet. Dit is onlosmakelijk verbonden met de wisselgigging. De bevindingen van deze inspectie bepalen de frequentie van de wisselgigging.
- Betrek de cliënt zo mogelijk bij de preventie
- Voorkom of bestrijd voedingsdeficiënties
- Schakel eventueel via de arts een diëtist in.
- Let vooral op bij druk- of gipsverbanden en bandages, riempjes, drukkers, versiersels, alsmede strak zittende kleding.
- Vermijd broei-bevorderende kleding (kunstvezels).
- Bij verwekingverschijnselen van de huid, moet deze beschermd worden door een transparant verband, ook wanneer er sprake is van roodheid ten gevolge van schuiven (de huid voelt dan ruw aan).
- Zo nodig de huid wrijven met anti-decubituscrème (AD-crème)

Bij bedlegerige cliënten komt daar nog bij:

- Pas wisselgigging toe.  
De frequentie hiervan zal men bij een risicocliënt op ten minste eenmaal per drie uur moeten stellen. Denk ook aan de mogelijkheid van buikligging.
- Zorg voor een droge, schone, gladde onderlaag.  
Let ook op het verwijderen van kruimels en voorkom plooivorming ten gevolge van het beddengoed of incontinentiematerialen.  
Lakens ook weer niet te strak aanspannen.
- Lichaamsdelen zoveel mogelijk vrijleggen van bedreigde plekken.
- Voorkom in bed een halfzittende houding, waarbij sprake is van schuifkrachten.
- Controleer het matras op veerkracht en steunfunctie. Soms is een nieuw matras de oplossing van het probleem!

Bij rolstoelgebonden cliënten is nog van belang:

- Wrijvingskrachten veroorzaken schuifspanning in het weefsel. Deze nemen sterk toe als de rugleuning van de stoel ten opzichte van het zitvlak achterover gekanteld wordt.  
Om deze krachten te verminderen moet men het zitvlak mee laten kantelen (dit kan wel tot gevolg hebben dat de cliënt moeilijker uit zijn stoel komt).
- De zitting van de stoel dient de bovenbenen van de cliënt goed te ondersteunen. Een juiste zitdiepte is dus van belang. Daarnaast moeten de beensteunen zodanig afgesteld worden, dat de bloedvaten in de knieholte niet afgekneld raken.
- Laat de cliënt zich zo mogelijk regelmatig even “opdrukken” in zijn stoel of op andere wijze van houding veranderen.
- Controleer regelmatig of de cliënt nog wel goed in zijn stoel zit, of dat er iets aangepast moet worden.

4b. Preventieve maatregelen in individuele gevallen zinvol.

- Drukontlastend materiaal voor bedreigde plaatsen zoals hielen en ellebogen (bij buik- en zijligging behoeven de knieën ook aandacht). Bij voorbeeld met kleine schapenvachtjes onder hierboven genoemde plaatsen. Bij zijligging: kussen(s) tussen de knieën.

- Een dekenboog ter hoogte van de knieën, dit heeft als gevolg dat de druk van het beddengoed op de voeten afneemt, zodat de kans op decubitus van de hielen afneemt.
  - Speciale zit- of ligondersteuning. Te denken valt aan permanente zit- of ligorthesen of speciale kussens die in stoelen geplaatst kunnen worden.
- Geen enkel antidecubitus hulpmiddel kan andere preventieve maatregelen vervangen!  
 Er bestaat voor de zittende cliënt geen anti-decubituskussen dat veilig is, in die zin dat men er uren achtereen passief op kan blijven zitten.  
 Een alternerend luchtmatras kan worden voorgeschreven bij bedlegerige cliënten, met een gewicht van hoger dan 85 kg en /of een dwarslaesie en / of dementie.

Deze maatregelen zijn pas zinvol als ze volgen op de maatregelen onder 4a. Het zijn aanvullingen op het algemene preventiebeleid.

Als een van de bovenstaande materialen gebruikt gaat worden voor de cliënt, dan moet men ook zorgen voor een juiste instructie. Deze materialen hebben alleen zin wanneer ze goed worden gebruikt.

Geef goede feedback aan degene die de antidecubitus materialen inkoop of verstrekt

#### 4c. Preventieve handelingen die niet zinvol zijn:

Deze zijn in dit kader daarom niet meer toegestaan!

- Inpakken van hielen en / of ellebogen met vette watten en zwachtels.
- IJzen en föhnen.
- Windring
- Onbuigzame hielringen.
- Wrijven met kamferspiritus.
- Katheteriseren bij incontinentie.

#### Werkwijze

- Bij het vermoeden van risicofactoren en / of beginnende decubitus risicomatrix invullen.
- Bij daadwerkelijk signaleren van risicofactoren en / of beginnende decubitus dit aan de arts melden.
- Uitvoering geven aan onder punt 4a genoemde preventie, eventueel aangevuld met de maatregelen genoemd onder punt 4b en 4c.
- Organiseren van de benodigde materialen.
- Indien, ondanks alle voorzorgen, toch decubitus optreedt, geschiedt een eventuele behandeling alleen met instemming van de arts.

#### Mag zelfstandig worden verricht door

Verpleegkundige is bevoegd

Andere zorgverleners als men beschikt over een bekwaamheidsverklaring (afhankelijk van het beleid van de organisatie waar men werkt)

#### **Let op:**

Het is de bedoeling met dit protocol een bijdrage te leveren aan een goede, verantwoorde en doelmatige zorg- en dienstverlening. Het kan zo nodig worden aangepast aan de individuele wensen van de cliënt. Bij twijfel ten aanzien van de uitvoering van dit protocol of in situaties waarin dit protocol niet voorziet, overlegt men met de direct leidinggevende.

Afwijken van dit protocol kan soms noodzakelijk zijn, doch men zal afwijken van dit protocol te allen tijde moeten kunnen motiveren. Dit protocol is slechts een hulpmiddel en kan en mag nimmer de plaats innemen van het eigen denken en handelen van de zorgverlener / ondersteuner.

De zorgverlener / ondersteuner kent en neemt bij het hanteren van dit protocol zijn of haar eigen verantwoordelijkheid.

**Auteur:** D.Slagter, verpleegkundige

**Publicatiedatum:** 1 mei 2001

**Laatste herziening:** 07-03-2011

**Disclaimer:** De auteur draagt geen enkele verantwoordelijkheid ten aanzien van het gebruik van dit protocol. Raadpleeg zo nodig de arts.

Copyright © 2001 - 2012 Dick Slagter All rights Reserved.