

I PROBLEEM

Decubitus komt voor in alle zorgsetting maar de prevalentie varieert. In palliatieve zorgsettings komt decubitus vaker voor dan in andere zorgsettings. Deze verwondingen aan de oppervlakte van het lichaam worden ook doorligwonden of bedzweren genoemd. Decubitus ontstaat ten gevolge van een permanente druk op een bepaald huidgebied en kan gaan van beschadiging van de opperhuid tot aantasting van diepe onderhuidse weefsels, waaronder ook het botweefsel. Decubitus wordt naargelang de diepte van de wonde in verschillende gradaties ingedeeld en treedt vaak op boven een uitstekend gedeelte van het bottenstelsel zoals de lage rug, de heup of de hielen. Wanneer de druk op de huid de doorlaatbaarheid van vocht verhindert, ontstaat weefselschade en necrose. De bepalende factoren zijn dus de mate van druk, de duur van de druk en de mate waarin bloedtoevoer naar de huid en het onderliggend weefsel mogelijk is. Decubitus kan een grote impact hebben op de levenskwaliteit van de persoon.

Decubitus is een veelvoorkomend probleem bij personen aan het einde van hun leven. Het doet zich vooral voor bij personen die niet in staat zijn in bed te bewegen of personen die zitten zonder van positie te veranderen. Personen met een delirium, sensatieverlies, ademhalingsproblemen en acute aandoeningen hebben een groot risico om doorligwonden te ontwikkelen. Er zijn aanwijzingen dat incontinentie en ondervoeding ook risicofactoren zijn om decubitus te ontwikkelen.

Personen met diabetes die micro-vasculaire veranderingen vertonen in de huid en onderliggende weefsels, hebben meer kans om decubitus te ontwikkelen. Immobiele, terminale personen die een fragiele huid hebben en veel spiermassa verloren hebben, hebben ook een verhoogd risico. Ook personen die niet meer voelen wanneer een positieverandering nodig is, hebben een hoger risico om verwondingen te ontwikkelen. Personen met dementie zijn zich vaak niet bewust van de decubitus waardoor deze een zwaarder stadium kan bereiken. De kwetsbaarheid van de persoon speelt ook een rol in de ontwikkeling van decubitus. Het is belangrijk dat het zorgteam de persoon regelmatig onderzoekt.

Het is ook van belang dat men risicofactoren identificeert voor de ontwikkeling van decubitus. De verwondingen hebben vaak een impact op de levenskwaliteit van de persoon, ook aan het einde van het leven. Voorkomen is beter dan genezen aangezien de behandeling vaak pijnlijk en moeilijk is omdat de persoon minder snel kan genezen. In een palliatieve zorgsetting moet men afwegen of de voordelen van de behandeling opwegen tegen het comfort van de persoon, de zorgdoelen en de levensverwachting. Zowel de preventie als de behandeling van decubitus vraagt een professionele aanpak en een intensieve zorg die vaak te zwaar is voor de informele zorgverlener.

Meestal wordt een gestandaardiseerde scoringschaal gebruikt om het risico van de persoon te bepalen om decubitus te ontwikkelen. Factoren zoals perceptie van sensaties, bekwaamheid om te bewegen en voedingstoestand spelen een rol. Een van de meest gebruikte schalen is de Braden schaal maar er zijn ook andere schalen zoals de Norton en de Waterloo schalen. InterRAI heeft ook een variant die voortkomt uit de interRAI PC items, namelijk de Pressure Ulcer Rating Scale of PURS.

Het volgende gradatiesysteem wordt gebruikt om de ernst van de huidafbraak te beschrijven:

Stadium I: op de huid zijn rode vlekken zichtbaar die niet verdwijnen wanneer erop gedrukt wordt.

Stadium II: de huid vertoont blaren en beschadigingen. Er kunnen ontstekingen ontstaan rond de zweer.

Stadium III: schade of necrose aan de huid die zich kan uitstrekken tot het onderliggende weefsel.

Stadium IV: er is een uitgebreide weefselaantasting met vergevorderde weefselnecrose of schade aan de spieren, het botweefsel of ondersteunende structuren.

Stadium is onbepaald: het stadium van decubitus kan niet bepaald worden doordat het ulcus met necrotisch weefsel bedekt is.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Bepaal de risicofactoren van de persoon om decubitus te ontwikkelen.
- Voorkom de ontwikkeling van decubitus of voorkom dat decubitus erger wordt.
- Geef uitleg aan informele zorgverleners over manieren om risico op decubitus te reduceren.
- Behandel symptomen van decubitus zoals slechte bloeddorstrooming en onaangename geuren.

II CAP-ACTIVERING

- GEACTIVEERD**: de aanwezigheid van decubitus stadium II of hoger.
- GEACTIVEERD**: de aanwezigheid van risicofactoren om decubitus te ontwikkelen of omdat men vroeger reeds decubitus gehad heeft.
- NIET GEACTIVEERD**: geen decubitus en/of risicofactoren aanwezig

III RICHTLIJNEN

Decubitus aanwezig

- **Algemene overweging**: personen die aan het einde van hun leven staan en nood hebben aan palliatieve zorg, kunnen één of meerdere doorligwonden hebben. Als het gaat om een doorligwonde stadium III of IV die geïnfecteerd is, moet een arts of gekwalificeerde verpleegster geraadpleegd worden. Het kan nodig zijn om dood weefsel te verwijderen, een abces te verzorgen of antibiotica toe te dienen. Bij de behandeling van de wonden en het voorkomen dat nieuwe doorligwonden ontstaan, moet men altijd rekening houden met het comfort en de levensverwachting van de persoon. Het is belangrijk om de persoon volledig te onderzoeken om na te gaan of er een doorligwonde is of dat er risicofactoren zijn om een doorligwonde te ontwikkelen. Personen die veel pijn hebben wanneer ze bewegen, hebben een hoger risico omdat ze vaker vermijden om van positie te veranderen. Als een doorligwonde aanwezig is, moeten de graad en de ernst bepaald worden.

Behandeling decubitus

- **Wondzorg:** ontsmetten, dood weefsel verwijderen en een abces verzorgen
 - Er zijn verschillende behandelingen mogelijk naargelang de grootte van de wonde, het stadium van de wonde en de aanwezigheid van een infectie of necrose. Meestal wordt de wonde bedekt met een doek om vocht te absorberen en te zorgen dat het oppervlak vochtig blijft.
 - Roofvorming komt vaak voor op de hielen bij personen die palliatieve zorg krijgen. Roofvorming mag zo gelaten worden.
 - Meestal worden beslissingen over de juiste behandelingen genomen na overleg met de dokter of verpleegster. De behandeling van diepe wonden vereist vaak een arts of verpleger die gespecialiseerd is in wondzorg.
 - Doorligwonden stadium I en II genezen in enkele dagen met de gepaste behandeling. Echter, lange genezingsperiodes komen ook voor. Diepe wonden hebben weken of maanden nodig om te genezen. Bij palliatieve personen genezen sommige wonden niet.
- **Bed – en stoeloppervlak:** een evaluatie van de stoel en het bed van de persoon kan nuttig zijn om te bepalen hoe de druk opgeheven kan worden. Verwarmde pads en doughnut kussens mogen niet gebruikt worden en massages moeten vermeden worden. Bepaalde matrassen kunnen gebruikt worden om de druk op de huid te verminderen of weg te nemen. Sommige matrassen hebben delen die met lucht gevuld zijn en die om de zoveel tijd inzakken en weer uitzetten.
- **Voeding:** er zijn aanwijzingen dat een proteïnedieet kan helpen om decubitus te genezen. Vooraleer een dieet voorgeschreven wordt, moet de medische toestand en de geneesmiddelen van de persoon overwogen worden. Bijvoorbeeld, personen met een hartaandoening, nierfalen of leverziekte hebben speciale diëten nodig. Bij beslissingen over het dieet moet men rekening houden met de levensverwachting en wensen van de persoon.
- **Pijn en geur:** sommige wonden zijn pijnlijk en anderen niet. Als een wonde pijnlijk is, is een gepaste behandeling nodig. Als een wonde onaangenaam ruikt, moet men nagaan of de wonde wel correct ontsmet wordt en of necrotisch weefsel verwijderd wordt.

Preventie

- **Integriteit van de huid controleren:** men moet doorligwonden voorkomen. Frequente, dagelijkse controle van het hele lichaam is aan te raden om decubitus zo snel mogelijk te ontdekken.
- **Draaien en positionering:**
 - Het is belangrijk om personen die niet in staat zijn om te bewegen, tenminste om de twee uren van houding te veranderen om doorligwonden te voorkomen. Er zijn echter onvoldoende aanwijzingen dat dit het juiste tijdsinterval is en deze frequentie van herpositioneringen kan te hoog zijn als de persoon thuis verblijft. Een bijkomende dosis pijnmedicatie kan aan te raden zijn enkele minuten voor de beweging. Vaak is het

draaien van de persoon moeilijk of niet aangewezen gezien zijn/haar medische toestand.

- Soms kan het helpen om de persoon goed te positioneren aan de hand van kussens. De persoon volledig rechtop laten zitten kan leiden tot een hogere druk in de lage rug , vooral bij personen met een verminderde spiermassa. Er wordt gezegd dat de hoek niet groter mag zijn dan 30 graden tenzij een medische toestand vereist dat de persoon rechter zit.
- Als een persoon in een rolstoel zit, moet men hem/haar aanleren om zichzelf ongeveer om de 15 minuten op te tillen en het zitvlak te verplaatsen zodat de drukpunten veranderen. Doughnut kussens mogen niet gebruikt worden. Het is best om de druk op het bot te beperken omdat daar weinig weefsel is.
- Personen die mobiel zijn, kunnen geplaatst worden op statische matrassen. Personen die niet van plaats kunnen veranderen hebben een luchtmatras nodig die op regelmatige tijdstippen inzakt en uitzet en op die manier de drukpunten verandert.
- Het is niet aan te raden om de persoon te verschuiven in het bed. De persoon moet opgetild worden en op de nieuwe locatie geplaatst worden. Er zijn dus meestal twee personen nodig tenzij de persoon heel klein is of in beperkte mate kan meehelpen. Soms kan een hoyer lift de herpositionering vergemakkelijken.
- **Incontinentie:** als de persoon incontinent is, is het belangrijk om hem/haar zoveel mogelijk te wassen, hoewel het onduidelijk is in welke mate incontinentie bijdraagt tot de ontwikkeling van decubitus. Sommige terminale personen voelen zich meer op hun gemak als absorberend materiaal gebruikt wordt om het verspreiden van urine en stoelgang te beperken.

Andere overwegingen

- Het klinisch zorgteam moet zowel met de persoon als met de familie overleggen over de behoefte aan bewaking om decubitus te voorkomen. Er kan voorgesteld worden om de persoon op verschillende tijdstippen van houding te veranderen.
- Als er sprake is van een nieuwe decubitus, consulteer dan de verpleegster die gespecialiseerd is in wondzorg of een arts om genezing te promoten en te voorkomen dat de doorligwonde dieper wordt.

AANVULLENDE BRONNEN

Brink P, Smith TF, Linkewich B. 2006. Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. *Journal of Palliative Medicine* 9: 1369-1375.

Eisenberger A, Zeleznik J. 2004. Care planning for pressure ulcers in hospice: the team effect. *Palliative and Supportive Care* 2: 283-289.

Ferris FD, Al Khateib AA, Fromantin I, Hoplamazian L, Hurd T, Krasner DL, Maida V, Price P, Rich-Vanderbij L. 2007. Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative. *Journal of Palliative Medicine* 10: 37-9.

Langemo DK, Black J., National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2010. Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Advanced Skin and Wound Care* 23: 59-72.

Poss J, Murphy KM, Woodbury MG, Orsted H, Stevenson K, Williams G, MacAlpine S, Curtin-Telegdi N, Hirdes JP. 2010. Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatrics* 10:67. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/67>

Searle C, McInerney F. 2008. Nurses' decision-making in pressure area management in the last 48 hours of life. *International Journal of Palliative Nursing* 14: 432-438.

Thomas DR. 2001. Prevention and management of pressure ulcers. *Reviews in Clinical Gerontology* 11: 115-130.

Walding M, Andrews C. 1995. Preventing and managing pressure sores in palliative care. *Journal of Professional Nursing* 11: 33-38.

Auteurs

Knight Steel, MD

Bruce Leff, MD

Gary H. Brandeis, MD

Harriet Finne-Soveri, MD, PhD

John N. Morris, MSW, PhD

Sue Nonemaker, RN, C, MS

Katarzyna Szczerbinska, MD, PhD

Pauline Belleville-Taylor, RN, MS, CS