

## Toolkit Decubitus

## Doel

Het geven van informatie over:

- het voorkomen van decubitus.
- het opsporen en adequaat behandelen van (risico op) decubitus.

## Achtergrond

### Definitie

Decubitus wordt door verschillende partijen zoals V&VN en NHG als volgt gedefinieerd: 'Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht' (1-2).

Decubitus wordt, afhankelijk van de ernst (aantasting van het weefsel), ingedeeld in de volgende categorieën:

- Categorie I: een niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid. Er kan hierbij ook sprake zijn van warmte, oedeem, pijn en verharding;
- Categorie II: verlies van een deel van de huidlaag met als gevolg een oppervlakkige open wond zonder wondbeslag of een blaas (open of intact, gevuld met vocht of serum en bloed);
- Categorie III: verlies van een volledige huidlaag waarbij vet zichtbaar kan zijn. Wondbeslag en ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn.
- Categorie IV: verlies van een volledig huidlaag waarbij spieren, pezen en/of bot zichtbaar zijn. Wondbeslag of necrose kunnen aanwezig zijn. Er is daarbij meestal sprake van ondermijning of tunneling. (1-2)

[Klik hier](#) voor een aantal voorbeelden van de verschillende graden van decubitus.

### Prevalentie

Decubitus komt voornamelijk voor bij patiënten van 65 jaar en ouder. Betrouwbare cijfers over het voorkomen van decubitus in de huisartsenpraktijk zijn beperkt (1).

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) 2015 laat de volgende cijfers zien voor verschillende sectoren. Omdat decubitus categorie I vaak niet goed gediagnosticeerd wordt, wordt ook de prevalentie zonder deze categorie getoond (3):

Instelling	Prevalentie	Prevalentie exclusief categorie 1	Prevalentie exclusief categorie 1 voor risicocliënten
Acute sector – Algemeen ziekenhuis	8,8	4,5	8,6
Chronische sector – Wonen Zorg Welzijn	7,1	3,3	5,2
Thuiszorg	3,7	0,5	1,2
Totaal	7,5	3,6	5,9

Prevalentie van decubitus in % in 2015

### Risicofactoren

#### Risicofactoren decubitus

Druk- en schuifkrachten zorgen ervoor dat kleine bloedvaten in de huid en onderliggend weefsel worden samengedrukt. Wanneer de conditie van de huid slecht is of als de druk erg hoog is of te lang duurt kan decubitus ontstaan (1,4). Spierweefsel is over het algemeen gevoeliger voor schade dan de huid (2). De belangrijkste risicofactoren voor decubitus zijn:

- (tijdelijke) bedlegerigheid of rolstoelafhankelijkheid;
- Verminderde mobiliteit (vooral afname frequentie van bewegen);
- Vermindering van waarneming pijn/ongemak, bijvoorbeeld door een dwarslaesie.

(1-2)

Factoren die de kans op decubitus vergroten zijn:

- Gevorderde leeftijd;
  - Slechte voedingstoestand (zie toolkit [ondervoeding](#));
  - Incontinentie voor urine en/of feces;
  - Verminderde bloeddorstrooming (bij hartfalen, perifere arterieel vaatlijden);
  - Verminderde oxygenatie (COPD);
  - Droge of vochtige huid;
  - Diabetes Mellitus
  - Verhoogde lichaamstemperatuur.
- (1-2)

Vooraf ouderen die voor het gaan verliggen of verzitten afhankelijk zijn van hulp van anderen lopen een groot risico op decubitus. Decubitus komt het meest voor op de stuit, hielen, enkels en heupen (1).

Risicoplakten voor decubitus zijn stuit, hielen, ellebogen, schouders, achterhoofd, oren, heupen, knieën, enkels en wervelkolom (2).

## Complicaties

Decubitus is pijnlijk, gaat gepaard met veel ziektelast en vermindert de kwaliteit van leven voor patiënten en mantelzorgers (2). Decubitus, bijkomende pijn en onaangename geur van de wond(en) kunnen de patiënt beperken in het aangaan van contacten (buitenshuis) (5).

## Screening

Om decubitus te voorkomen letten zorgprofessionals op signalen en risicofactoren zoals mobiliteit, pijn, voedingstoestand, en incontinentie (6). Om te screenen op de aanwezigheid van risicofactoren voor decubitus kan gebruik worden gemaakt van verschillende [screeningsinstrumenten](#) zoals de Bradenschaal, Nortonschaal of Waterlowschaal (2). Aanbevolen wordt om bij opname en verandering in toestand van de patiënt een risicoscore af te nemen (2,7).

### Screening op decubitus in de eerste lijn

- • Heeft u doorligplekken/doorligwonden?

Stel voor het screenen op risico op decubitus de volgende vragen of observeer:

- observatie / Is de cliënt volledig immobiel
- Heeft u vaak een vochtige huid door zweten/transpireren of incontinentie?
- observatie / Heeft de cliënt grote moeite zelfstandig van houding te veranderen?
- observatie / Reageert de cliënt niet op pijnprikkels (verlaagd bewustzijn)

**Verhoogd risico** (Eén of meer keer met ja beantwoord = verhoogd risico)

Indien het antwoord ja is, wordt de Bradenschaal afgenomen en verdere diagnostiek verricht.

## Diagnostiek

### Anamnese

Bij de aanwezigheid van tekenen van decubitus vraagt de huisarts of wijkverpleegkundige naar de plaats, de ernst, de wijze van ontstaan, duur, beloop, relevante comorbiditeit, aanwezige risicofactoren (zoals incontinentie, mobiliteit en voedingstoestand), pijn en al toegepaste maatregelen. Daarnaast wordt gelet op mate van ziek zijn, koorts en koude rillingen met het oog op mogelijke complicaties zoals erysipelas (wondroos), cellulitis (ontsteking onderhuids bindweefsel), sepsis (bloedvergiftiging) of osteomyelitis (infectie van het bot) (1,6).

### Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek wordt gekeken naar de roodheid/wond (omvang en diepte, kleur, vochtigheid, pus, geur, conditie wondranden, infectie, ondermijning) en gevoeld of er sprake is van een weke massa onder de huid. Daarnaast wordt bekeken of er sprake is van decubitus op andere voorkeurslocaties. Bij mensen met een donkere huid kan decubitus categorie I en diepe weefselschade moeilijk te herkennen zijn. Het is daarom ook belangrijk te letten op verschil in temperatuur, kleur, pijn en conditie met de niet aangedane huid (1).

### Aanvullend onderzoek

In het algemeen levert het nemen van kweken uit de wond geen bijdrage aan de diagnostiek of het bepalen van het beleid (1,6).

Wanneer de huisarts of wijkverpleegkundige een (risico op) decubitus vaststelt wordt de ander geïnformeerd en zo nodig ingeschakeld. Het behandeldoel wordt samen opgesteld (6). ALTIS (aard, lokalisatie, tijd, intensiteit en samenhang) en TIME (tissue, infection, moisture, edge) worden gebruikt om klachten, versturende factoren en mate van weefselbeschadiging te rapporteren. De anamnese moet worden herhaald wanneer de wond niet verbetert binnen twee weken (2). Zie voor meer informatie over de anamnese de [website van Zorg voor Beter](#). Aan de hand van de anamnese worden de interventies voor behandeling van de decubitus bepaald (1-2).

### Verwijzing

- Bij problemen met- of twijfel over adequate voedingsinname wordt een diëtist geraadpleegd;
  - Een ergotherapeut/fysiotherapeut of verpleegkundig specialist wondzorg kunnen geraadpleegd worden voor advies over het gebruik van hulpmiddelen om decubitus te voorkomen;
  - Bij stagnerende genezing wordt het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde overwogen;
  - Wanneer decubitus categorie III of IV niet sluit of verbetert kan advies worden ingewonnen door- of verwezen worden naar dermatoloog, een wondexpertisecentrum of chirurg;
  - Verwijzing naar de chirurg vindt plaats bij uitgebreide necrose, wanneer de wond operatief moet worden gesloten of bij vermoeden van osteomyelitis of sepsis.

(1)

## Interventies

Zowel bij patiënten met risico op decubitus als patiënten met decubitus worden preventieve maatregelen ingezet. Daarnaast is verzorging van de wond(en) van belang (1).

### Preventieve maatregelen

Maatregelen voor preventie van decubitus zijn gericht op voorlichting, externe risicofactoren (druk- en schuifkracht) en patiëntgebonden risicofactoren. Daarnaast is het belangrijk dagelijks de risicoplakaten voor het ontstaan van decubitus te controleren (1). Hierbij moet worden gelet op lokale warmte, oedeem of verharding, vooral bij personen met een

donkere huid omdat roodheid moeilijker te zien is. De preventieve maatregelen moeten regelmatig (minimaal 1 keer per 2 weken) en bij verandering van de toestand van de patiënt worden geëvalueerd (2).

### Voorlichting

Geef de patiënt en mantelzorgverzorger voorlichting over verschijnselen, risicofactoren en preventieve maatregelen en motiveer hen om, indien mogelijk, zelf preventieve maatregelen toe te passen (1-2). Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de volgende patiënteninformatie (verwijs de cliënt hiernaar of print de informatie uit):

- [Ik wil decubitus voorkomen](#) (Thuisarts.nl)
- [Ik verzorg iemand met decubitus](#) (Thuisarts.nl)
- [Ik heb decubitus](#) (Thuisarts.nl)
- [Informatiefolder preventie en behandeling van decubitus](#)
- Materiaal op de website [Zorg voor Beter](#)

### Minimaliseren druk- en schuifkracht

- Maak gebruik van een antidecubitusmatras en –zitkussen;
- Adviseer de patiënt, indien mogelijk, regelmatig van houding te wisselen of te zorgen dat hij van houding gewisseld wordt;
- Maak bij wisselgigging gebruik van 30 graden zijligging (afwisselend rechterzij, rug, linkerzij, rug etc.) of van buikligging indien de patiënt dit verdraagt. Draai minstens om de 4 uur, maar niet vaker dan 1x per 3 uur;
- Beperk de tijd dat de patiënt zonder drukreducering in een stoel zit (wanneer patiënt niet rolstoelgebonden is);
- Laat de patiënt ter ontlasting van de stuit elk uur naar voren of opzij buigen in de (rol)stoel indien mogelijk. Kantel zo nodig de rolstoel;
- Voorkom een onderuitgezakte houding in stoel of bed. Laat de patiënt in bed in de semi-fowler houding zitten, zorg er bij zitten voor dat de voeten worden ondersteund door de vloer of een voetenbankje of voetsteun ;
- Gebruik een alternerend matras wanneer het niet mogelijk is de patiënt van houding te wisselen;
- Maak bij verplaatsing van de patiënt gebruik van hulpmiddelen zoals papegaai of glijzeil. Voorkom schuiven en trekken zo veel mogelijk;
- In rugligging is het belangrijk dat de hielen worden vrij gelegd. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van een kussen dat het onderbeen geheel ondersteunt met de knie licht gebogen;
- Voorkom plooiën en kreukels in lakens of kleding en beperk de hoeveelheid beddengoed en onderleggers;
- Voorkom dat de patiënt op hulpmiddelen zoals slangen of infuuslijnen ligt.  
(1-2)

### Preventie gericht op patiëntgebonden factoren

- Gebruik bij een droge huid vetcrème of –zalf en breng dit voorzichtig aan (niet wrijven of masseren);

- Verschoon de patiënt wanneer de huid wordt blootgesteld aan vocht zoals urine of feces. Bescherm de huid met een barrièremiddel (zoals zinkoxidesmeersel, barrière crème of –spray of siliconen crème);
- Beoordeel de voedingstoestand van de patiënt en zet passende maatregelen in, zie hiervoor ook de [toolkit ondervoeding](#).

(1-2)

### Behandeling van decubitus

Decubitus categorie I hoeft niet bedekt te worden met verbandmateriaal, preventieve maatregelen zijn dan wel van belang.

- Zitten of liggen op de decubituswond moet zoveel mogelijk worden voorkomen;
- Behandeling van de wond is gericht op het creëren van de beste omstandigheden voor wondgenezing: zorgen voor een vochtig wondmilieu en zo nodig bestrijden van overtollig exsudaat (wondvocht) of infectie en het verwijderen van necrose;
- Aan de hand van de wondkenmerken en het doel van de behandeling wordt bepaald welk verband wordt gebruikt. Een overzicht van producten die kunnen worden gebruikt bij de verschillende wondfasen is te vinden in het [schema wondbehandeling van de NHG](#). Wondverband moet in contact zijn met de wondbodem;
- Beoordeel de wond bij elke verbandwissel met behulp van TIME;
- Evalueer de wond en de behandeling minimaal 1 keer per 2 weken met behulp van een evaluatie-instrument;
- Naast behandeling van de wond is aandacht voor pijnbestrijding van belang.

(1-2)

### Financiering

- Per jaar wordt 3 uur dieetadvies vergoed vanuit de basisverzekering. Er hoeft hiervoor geen eigen risico te worden betaald wanneer de zorg plaatsvindt via 'ketenzorg' waar diëtisten en huisartsen soms onder vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand de diagnose diabetes of COPD heeft. In andere gevallen moet er wel eigen risico worden betaald. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt bij de zorgverzekeraar nagaat of er een verwijzing nodig is van een arts om gebruik te kunnen maken van dieetadvies. Bij enkele zorgverzekeraars wordt deze eis gesteld (8).
- De basisverzekering vergoed 10 uur ergotherapie per jaar. Boven deze 10 uur zijn de kosten voor de verzekerde indien er geen aanvullende verzekering is die ergotherapie vergoedt. Ergotherapie valt (behalve voor kinderen) onder het verplicht eigen risico (9).
- Verbandmiddelen worden vanuit de basisverzekering vergoed bij chronische wondzorg. Er is sprake van chronische wondzorg wanneer de wond langer dan ± 14 dagen wordt behandeld onder begeleiding van een arts en/of verpleegkundige (10).
- De vergoeding van fysiotherapie uit het basispakket hangt af van de leeftijd van de patiënt en of hij/zij een aandoening heeft die op de chronische lijst aandoeningen staat. Is de patiënt volwassen en heeft hij een aandoening die niet op de lijst staat dan wordt fysiotherapie alleen vergoed uit de aanvullende verzekering (11).

### Richtlijnen en referenties

1. Wiersma T. NHG-Standaard Decubitus(Eerste herziening). Huisarts & Wetenschap 2015;58(5):256.
2. V&VN. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht: V&VN 2011.
3. Halfens RJG, Meesterberends E, Rijcken S, Schols JMGA, Wolters S. Rapportage Resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit 2015. Maastricht: Maastricht University, 2016. Beschikbaar via <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>

4. Van Gunst SG, Pigmans VG, NHG-Standaarden voor de praktijkassistente. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
5. LVW. Wijkverpleegkundige standaard Decubitus. Utrecht: LVW, 2004.
6. Vriezen JA, De Bont M, Kolnaar BGM, Romeijnders ACM, Engelsman C, Germs PH, Schoonhoven L, Flikweert S. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Decubitus. Huisarts & Wetenschap 2004;47(13):652-4.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.
8. Zorgwijzer.nl. Vergoeding (z.d.). Beschikbaar via: <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/dieetadvies>. Geraadpleegd op 2016 april 26.
9. Zorgwijzer.nl. Vergoeding (z.d.). Beschikbaar via: <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/ergotherapie>. Geraadpleegd 2016 juli 18.
10. Bosman zorgt ervoor. Vergoeding van uw wondzorgmaterialen 2016 (z.d.). Beschikbaar via <https://bosman.com/Wond/hulpmiddelen-bij-een-wond/vergoeding-van-uw-wondzorgmaterialen-2016> Geraadpleegd 2016 juli 19.
11. Zorgwijzer.nl. Vergoedingen. Beschikbaar via <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/fysiotherapie>. Geraadpleegd 2016 april 27.

### Informatie over decubitus op Thuisarts.nl

- [Ik verzorg iemand met decubitus](#)
- [Ik heb decubitus](#)
- [Ik wil decubitus voorkomen](#)