

Inleiding

Decubitus komt voor in alle soorten zorginstellingen en in de thuissituatie. Veel verschillende zorgverleners, van verzorgenden aan het bed tot specialisten in de ziekenhuizen, hebben met decubitus te maken. Voor de patiënt betekent decubitus pijn en overlast, voor de zorginstellingen toename van de zorgbehoefte, voor de gezondheidszorg toename van kosten. Afstemming van de zorg binnen en tussen instellingen, éénduidige voorlichting aan patiënten en mantelzorgers en een goede overdracht dragen bij aan verbetering van de kwaliteit van decubituszorg en vermindering van het aantal decubituspatiënten. Om deze redenen zijn onder verantwoordelijkheid van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. een transmurale richtlijn decubitus, een decubitusoverdrachtformulier en een patiënteninformatiefolder decubitus ontwikkeld in 2007. De richtlijn is in januari 2012 aangepast aan de landelijke Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) richtlijn decubitus 2011. Het doel van de transmurale producten is ondersteuning bieden bij het vroegtijdig herkennen van patiënten met een (verhoogd) risico op het ontwikkelen van decubitus.

De transmurale richtlijn decubitus is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep. In deze werkgroep waren de volgende disciplines vertegenwoordigd: dermatoloog, huisarts, specialist ouderenzorg, revalidatiearts, vaatchirurg, apotheker, wond- en decubitusconsulent, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist. Bij elke nieuwe uitgave van de landelijke V&VN richtlijn decubitus vindt herziening plaats van deze richtlijn.

De richtlijn omvat de volgende onderdelen:

1. Wat is decubitus
2. Preventie
3. Behandeling
4. Wondmaterialen
5. Consultatie en informatieve websites

Als bijlage zijn toegevoegd:

1. Transmuraal wondoverdrachtformulier
2. Patiënteninformatiefolder

De hoofdlijnen van deze richtlijn zijn samengevat op een handzaam kaartje dat bedoeld is voor gebruik in verschillende zorgsituaties.

1. Wat is decubitus?

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. Een aantal bevorderende of beïnvloedende factoren worden ook geassocieerd met decubitus; de betekenis van deze factoren moet nog verder onderzocht worden.

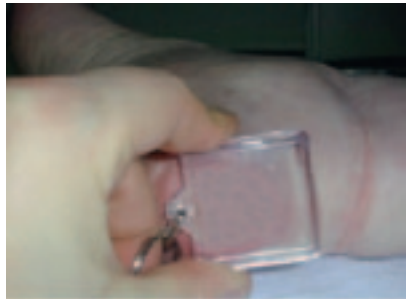
Risicofactoren om decubitus te ontwikkelen zijn:

- a. verminderde voedingstoestand
- b. verminderde perfusie (bloeddoorstroming) en zuurstofvoorziening
- c. vochttoestand van de huid
- d. gevorderde leeftijd
- e. stoornissen in de zintuiglijke waarneming
- f. lichaamstemperatuur

Decubitus wordt ingedeeld in vier categorieën.

Categorie 1: niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid

Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied meestal ter hoogte van een beenderig uitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Verdere beschrijving: het gebied kan pijnlijk, stijf, zacht, warmer of kouder zijn in vergelijking met aangrenzend weefsel. Categorie I kan moeilijk te ontdekken zijn bij personen met een donker gekleurde huid. Dit kan betekenen dat dit personen zijn 'die risico lopen'.



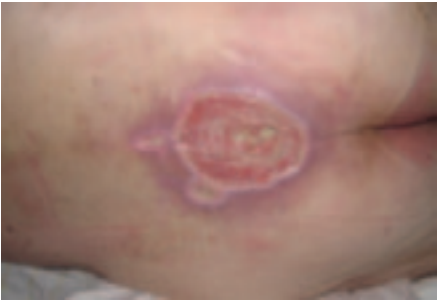
Categorie 2: verlies van een deel van de huidlaag of blaar

Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis) waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood, roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar.



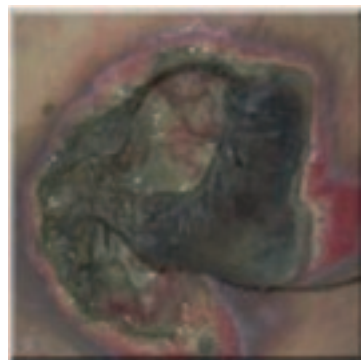
Categorie 3: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn. Verdere beschrijving: de diepte van de categorie 3 decubitus varieert per anatomische locatie. De neusbrug, het oor, het achterhoofd en de enkel hebben geen subcutaan (vet)weefsel en categorie 3 decubitus kan daarom oppervlakkig zijn. Daar tegenover staat dat gebieden met een grote hoeveelheid vet extreem diepe categorie 3 decubitus kunnen ontwikkelen. Bot en pezen zijn niet zichtbaar of direct voelbaar.



Categorie 4: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)

Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondorming of tunneling. Categorie 4 decubitus kan zich ook onder een intacte huid manifesteren. Verdere beschrijving: de diepte van de categorie 4 decubitus varieert per anatomische locatie. De neusbrug, het oor, het achterhoofd en enkel hebben geen subcutaan (vet)weefsel en deze decubitus kan oppervlakkig zijn. Categorie 4 decubitus kan zich uitbreiden in de spieren en/of ondersteunende structuren (bijvoorbeeld fascia, pezen of gewrichtskapsel), waardoor gemakkelijk osteomyelitis of osteitis ontstaat. Blootliggend bot/spierweefsel is zichtbaar en direct voelbaar.

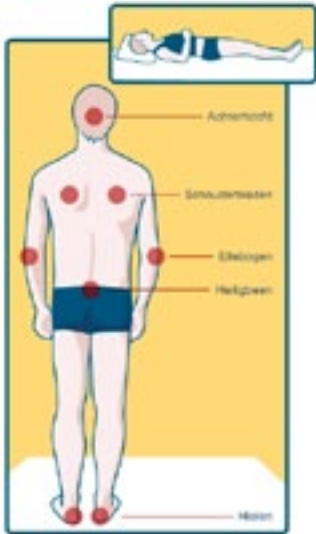


2. Preventie

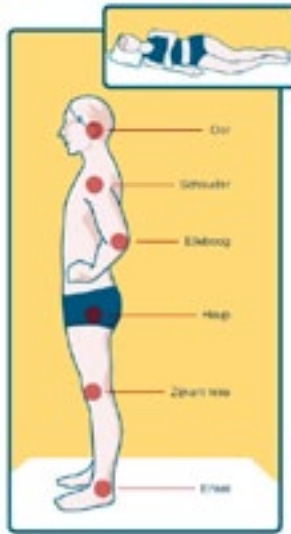
Risico op decubitus inschatten

Op de volgende plaatsen ontstaat snel decubitus:

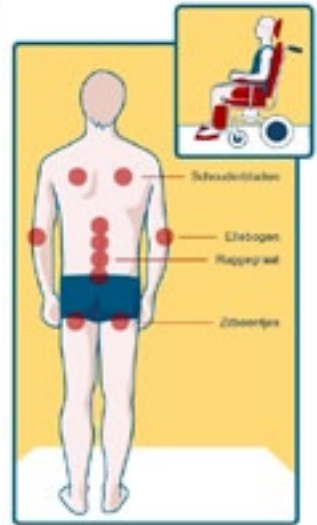
Bij rugligging



Bij zijligging



In zit



Het inschatten van het risico op decubitus hoort bij het (dagelijkse) contact tussen zorgverlener en patiënt. Een risicoscorelijst (Braden, Norton, CBO, Prepurse) en de klinische blik ondersteunen hierbij.

Vul een risicoscorelijst in als:

- Een patiënt 'in zorg' komt;
- Een patiënt bed- of (rol)stoelgebonden raakt;
- De conditie van de patiënt ernstig achteruit gaat of sterk verbetert.

Algemene preventieve maatregelen

Deze maatregelen worden ingezet als de patiënt ook maar enig risico heeft op decubitus. Betrek de patiënt en/of directe omgeving bij de preventie van decubitus en reik de patiënteninformatiefolder over decubitus uit.

1. Huidverzorging

- Zorg voor goede hygiëne; geef een wasbeurt met een zeepvrije huidreiniger;
- Zorg voor een schone, gladde, droge onderlaag. Extra aandacht bij incontinentie en transpiratie;
- Let op knellen van incontinentiemateriaal, schoeisel en/of kleding. Denk aan druk door naden in de kleding;
- Voorkom huidbeschadiging, let op de huidconditie:
 - bij droge huid: breng een indifferente crème aan;
 - bij vochtige huid: breng barrièrecrème of -spray aan.
- Inspecteer (en palpeer) de huid dagelijks;
- Riscoplaatsen kunnen met verzorgende crème zachtjes ingewreven of ingeklopt worden.

2. Houding en houdingsverandering

In bed

- Pas indien mogelijk altijd wisselhouding toe;
- Overweeg hierbij de toestand van de zorgvrager en het ingezette matras;
- Draai een persoon, indien mogelijk, niet op een lichaamsdeel met niet-wegdrukbaar roodheid of al bestaande decubitus;
- Leg de zorgvrager afwisselend in 30 graden zijligging of platliggende positie (rechterzij, rug, linkerzij, rug);
- Gebruik de semi-fowlerhouding als zitten noodzakelijk is (eerst de knieknik, dan het hoofdeinde omhoog);
- Vermijd houdingen die druk verhogen zoals 90 graden zijligging of onderuitgezakte halfzittende houding (door gebruik knieknik);
- Overweeg buikligging indien de zorgvrager dit verdraagt en de medische toestand dit toelaat;
- Bepaal de frequentie van wisselhouding aan de hand van:
 - Gevoeligheid en conditie van de huid op risicoplaatsen;
 - Activiteit en mobiliteit van de zorgvrager;
 - Behandeldoelen;
 - Eigenschappen van het matras.
- Controleer na elke houdingsverandering op (nieuwe) decubitus;
- Bepaal de frequentie en methode opnieuw als het gewenste resultaat niet wordt bereikt;
- Laat niet langer dan noodzakelijk op een harde ondergrond zitten/liggen (po, douchestoel, röntgentafel).

Semi-Fowlerhouding



30 graden zijligging



In de (rol)stoel

- Zorg voor ondersteuning van de voeten op vloer, voetenbankje of voetensteun;
- Beperk bij personen die niet rolstoelgebonden zijn, de tijd die men zonder drukvermindering in de stoel zit;
- Laat, indien mogelijk, de zorgvrager in een (rol)stoel minimaal elk uur de stuit van de zitting liften d.m.v. het naar voren en/of opzij buigen in de (rol)stoel;
- Gebruik indien aanwezig de kantelverstelling om schuifkrachten te verminderen;
- Gebruik transferhulpmiddelen bij het verplaatsen van de zorgvrager.

Goede zithouding



Goede zithouding in rolstoel met kantelverstelling



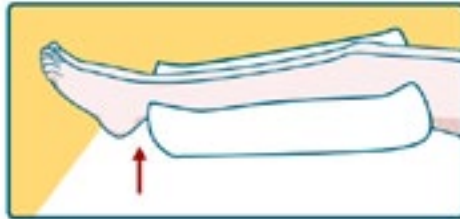
3. Voeding / vocht

- Beoordeel de voedingstoestand aan de hand van een screeningslijst;
- Verwijs elke zorgvrager met een voedingsrisico en risico op decubitus naar een diëtist;
- Zorg voor volwaardige voeding (zie de patiënteninformatiefolder);
- Stimuleer tot voldoende vochtinname (indicatie 1,5 à 2 liter per dag);
- Let op: bij meer dan 10% ongewenst gewichtsverlies in een ½ jaar of meer dan 5% in een maand is het risico op decubitus groter.

Maatregelen voor patiënten waarbij de algemene preventieve maatregelen niet toereikend en/of uitvoerbaar zijn

- Pas bij deze patiënten ook de algemene preventieve maatregelen toe;
- Gebruik een anti-decubitus matras en/of -kussen om drukkrachten te verminderen;
- Til de patiënt bij verplaatsing (in plaats van schuiven) of gebruik anders een glijzeil;
- Maatregelen bij liggen in bed:
 - Voorkom druk van dekens door ze niet in te stoppen of maak gebruik van een dekenboog;
 - Tref bij bedreigde hielen zodanige maatregelen dat de hielen vrij komen te liggen.
- Maatregelen voor zitten in de (rol)stoel:
 - Bij dreigend onderuitschuiven: pas de (rol) stoel aan of kantel deze; indien dit niet mogelijk is, overweeg dan een voetenbankje. Dit kan in overleg met de ergotherapeut.

Blijf bij het toepassen van deze maatregelen frequent controleren of de maatregelen het gewenste effect hebben.



Hielen vrij leggen

Onjuiste preventieve maatregelen

Wrijven; inpakken hielen/ ellebogen met vette watten en zwachtels; ijzen en föhnen; watermatras; vezelmatras; schapenvacht; windring; opgerolde handdoek om hielen vrij te leggen; gelkussen; antislipmat op de zitting; katheter bij incontinentie.

3. Behandeling

Algemene maatregelen:

- Blijf altijd, bij alle categorieën, preventieve maatregelen toepassen (zie deel 2 preventie);
- Betrek de patiënt en/of directe omgeving bij de behandeling en bespreek wat hij/zij zelf kan doen (druk en/of schuifkrachten vermijden, wisselhouding, pijn vermelden e.d.) en controleer dit; deel de patiënteninformatiefolder uit;
- Vermijd (zoveel mogelijk) het liggen of zitten op de decubituswond;
- Werk volgens de in de organisatie/ sector gangbare hygiënische richtlijnen, voorkom infectie;
- Spoel wonden zo nodig uit met lauw kraanwater of onder de douche. Indien niet mogelijk spoel uit met NaCl 0.9%;
- Zorg dat wondbedekkers contact maken met de wondbodem;
- Vul diepe wonden op;
- Dek de gekozen wondbedekker, indien nodig, af met absorberend verband;
- Necrotomie dient te worden uitgevoerd door een arts of gespecialiseerd wondverpleegkundige;
- Schakel bij decubitus categorie 1 en 2, indien de voedingstoestand matig tot slecht is volgens de scorelijst, de diëtist in om tekorten te compenseren; schakel bij decubitus categorie 3 en 4 altijd de diëtist in;
- Kies een AD zitkussen en/of een AD matras afhankelijk van het risico op of de categorie van decubitus. Dit kan eventueel in overleg met de gespecialiseerd wondverpleegkundige van de instelling of contactpersonen voor AD-materialen, zoals de ergotherapeut;
- Pas indien nodig bij de wondverzorging gerichte pijnbestrijding toe;
- Leg de behandeling en de resultaten vast en rapporteer aan de behandelaar;
- Evalueer 1x per week het beleid en stel zonodig doelen en wondbehandelplan bij.

DECUBITUSBEHANDELING			
Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3	Graad 4
niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid	verlies van een deel van de huidlaag of blaar	verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)	verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)
	blaardak intact: blaar in laten drogen, indien mogelijk vrij leggen, evt. sokken dragen bij hielblaar blaardak niet intact: wondbehandeling volgens protocol open wonden	wondbehandeling volgens protocol open wonden	wondbehandeling volgens protocol open wonden
Bij alle categorieën van decubitus: starten of intensiveren van preventieve maatregelen			

Protocol open wonden	Geïnficeerde wond Infectie bestrijden	Zwarte wond Necrose bestrijden	Gele wond Reinigen	Rode wond Beschermen
NAT vochtabsorberende wondbehandeling	antibacterieel verband	necrotectomie, anders verweken met: <ul style="list-style-type: none"> • alginaat; • hypochlorietsmeersel 	alginaat hydrofibrer schuimverband vacuümtherapie	alginaat hydrofibrer schuimverband vacuümtherapie
VOCHTIG vochtregulerende wondbehandeling	antibacterieel verband	necrotectomie, anders verweken met: <ul style="list-style-type: none"> • alginaat; • hydrogel; • hypochlorietsmeersel 	alginaat hydrofibrer schuimverband vacuümtherapie	alginaat hydrofibrer schuimverband vacuümtherapie
DROOG vochtcreërende wondbehandeling	antibacterieel verband	necrotectomie, anders verweken met: <ul style="list-style-type: none"> • hydrogel LET OP: droge necrose zonder ontstekingsverschijnselen op de hiel en tenen niet verwijderen of verweken!! z.n. droog verbinden	hydrocolloïd hydrogel vacuümtherapie (alleen bij diepe droge wonden)	folie hydrocolloïd hydrogel niet verklevend wondcontactmateriaal schuimverband vacuümtherapie (alleen bij diepe droge wonden)

Voor meer informatie over algemene wondzorg kunt u de Richtlijn Algemene Wondzorg raadplegen. Deze is te vinden op de website www.transmuralezorg.nl, onder 'Wondzorg'.

Specifieke categorieën zorgvragers

Voor aanbevelingen gericht op specifieke categorieën zorgvragers (zorgvragers op de intensive care en de operatiekamer, zorgvragers met een dwarslaesie, obese zorgvragers en zorgvragers die palliatieve zorg ontvangen) wordt verwezen naar de Landelijke decubitus richtlijn.

4. Wondmaterialen

In het protocol open wonden (3. Behandeling) worden productgroepen voor de behandeling genoemd. In onderstaand overzicht wordt een toelichting gegeven op de productgroepen (in alfabetische volgorde) en worden voorbeelden van producten genoemd.

Productgroep/ generische naam	Beschrijving	Voorbeelden van producten	Aandachtspunten
Absorberende verbanden van licht tot zwaar absorberend	Wordt vaak als secundair verband gebruikt, absorbeert wondvocht, heeft een toplaag van vochtafstotend materiaal. Licht absorberend met niet verklevende laag: Normaal absorberend: Extra absorberend:	Melolin, Cutisorb LA Exsupad, Cutisorb, Mesorb, Vliwazell Vliwasorb, Dermax, Sorbion, Mextra	Niet knippen
Alginaten	Een verband vervaardigd uit bruin zeewier dat bij contact met wondvocht een vormvaste gel vormt. Het kan veel vocht absorberen, heeft een reinigend vermogen en kan meerdere dagen op de wond blijven zitten, maximaal 7 dagen. Heeft bloedstelpende werking.	Melgisorb, Kaltostat, Suprasorb A, Algosteril Trionic, Kliniderm Alginate, 3M Tegaderm Alginate	
Antibacteriële materialen			
<ul style="list-style-type: none"> Antibacterieel zalfgaas 	De zalfgazen zijn geïmpregneerd met 10% povidonjood en werken antibacterieel. Niet toepassen op grote huidoppervlakten, bij een overmatige schildklierwerking en bij een jodiumovergevoeligheid. Wisseling dient te gebeuren als het verband verkleurt.	Betadinezalfgaas, Inadine, povidon jodiumgaas	
<ul style="list-style-type: none"> Honingzalf 	Antibacteriële wondzalf, op basis van honing, voor de effectieve bestrijding van bacteriën en schimmels. Zorgt tevens voor verweking van necrose en geel beslag. Geeft een vochtig wondmilieu en geurbeperving.	Mesitran, Honey Soft, Revamil	
<ul style="list-style-type: none"> Zilververbanden 	Zilververband heeft een antibacteriële werking. Geeft geurbeperving.	Aquacel Ag, Actisorb silver 220, Acticoat, Suprasorb A + Ag, Silvercel, Mepilex AG	
Fixatiemateriaal			
<ul style="list-style-type: none"> Pleisters 	Papieren hechtpleister	Micropore, Leucopor, Kliniplast NW	
	Zijde-achtige hechtpleister	Durapore, Leucosilk, Kliniplast Silk	

Productgroep/ generische naam	Beschrijving	Voorbeelden van producten	Aandachtspunten
	Fixatiepleister non woven	Curafix, Fixomull stretch, Kliniplast fix	
	Siliconentape	Mepitac, 3M siliconen tape	Voor de kwetsbare huid
	Folie op rol (onsteriel)	Fixomull transparant, Suprasorb F, Opsite Flexifix, Xtrata, Tegaderm roll	Fixatie m.b.v. een folie als een vochtig wondmilieu gewenst is of bij incontinentie
<ul style="list-style-type: none"> • Windsels 		Elastomull, Mollelast	Windsel los aanbrengen, uitkijken bij slechte doorbloeding
<ul style="list-style-type: none"> • Netverband 		Elastofix, Bandafix	Bij zeer kwetsbare huid liever geen pleisters gebruiken maar fixatiezwachtel of net/buisverband
<ul style="list-style-type: none"> • Buisverband 		Tricofix, Tubifast	
Geur-neutraliserende verbanden	Deze verbanden bevatten koolstof. Het koolstof absorbeert bacteriën en neutraliseert zo de geuren van gecontamineerde wonden. De frequentie van verwisselen is afhankelijk van de hoeveelheid exsudaat.	Vliwaktiv AG, Carboflex Actisorb silver 220	Niet knippen
Hydrocolloid	Een occlusief verband dat bestaat uit hydrocolloïden. Vormt na aanraking met vocht een gel, kan niet veel vocht absorberen en heeft een beschermende werking. Kan meerdere dagen op de wond blijven zitten.	Duoderm E, Duoderm signal, Comfeel, Kliniderm hydro-standaard	
Hydrofiber	Een verband vervaardigd uit hydrocolloïdvezels dat na aanraking met vocht een gel vormt. Kan veel vocht absorberen, absorbeert het vocht vertikaal waardoor de kans op maceratie verminderd. Heeft een beschermende en reinigende werking en kan meerdere dagen op de wond blijven zitten, maximaal 7 dagen.	Aquacel, Kliniderm Fiber	
Hydrogel	Gel die zorg draagt voor een vochtig wondmilieu. Tevens voor het verweken van necrose en geel beslag. Kan toegepast worden om diepe wonden op te vullen.	Nu-gel, Comfeel purilon gel, Duoderm hydrogel, 3M Tegaderm Hydrogel, Normigel, Hypergel	
Hypochloriet-smeersel	Emulsie dranken in gazen, bevat 0.25% actief chloor, heeft een breed werkingsspectrum, heeft een afbrekende werking op dood weefsel en een desinfecterende, bacteriedodende werking. Gebruik 1-2 keer daags gedurende 1 uur.	Eusol-paraffine	Toepassing is pijnlijk. Bij toepassing langer dan 1 uur per keer kan tussenliggend rood weefsel beschadigen

Productgroep/ generische naam	Beschrijving	Voorbeelden van producten	Aandachtspunten
Niet verklevend wondcontactmateriaal	Een neutraal met zelf geïmpregneerde wondbedekker van gladde synthetische vezels. Voorkomt verkleving van het bedekkende verband met het wondbed, waardoor granulatieweefsel niet wordt beschadigd.	Lomatuelle, Klinitulle Adaptic Mepitel, Mepitel One	Op katoenen basis. Dagelijks verwisselen Op synthetische basis. Om de dag verwisselen Op siliconenbasis. Kan langer blijven zitten
Non woven gaas	Wordt gebruikt in combinatie met antibacteriële zalven en -vloeistoffen zodat de wond vochtig blijft of om holtes op te vullen.	Cutisoft, Vliwasoft, Klinion NW compres, Mesoft	
Schuimverbanden	Schuimverbanden bestaan uit een foam van meestal polyurethaan. Zij hebben een goede absorptiecapaciteit en de schuimlaag is doorlaatbaar voor vocht en gassen. Bij verwijdering blijven geen resten in de wond achter. Er zijn uitvoeringen met en zonder border. Schuimverband met siliconen minimaliseert trauma aan de wondbodem en de wondranden.	Tielle plus, Allevyn, Suprasorb P, Biatain, 3M Tegaderm Foam Mepilex	Op siliconenbasis, geschikt voor kwetsbare huid
Vacuümtherapie	Wondgenezing door middel van negatieve druk. Geeft versnelde wondgenezing bij chronische wonden en wonden die niet afdoende reageren op conventionele behandelingen (voordelen: eventueel geel beslag en wondvocht wordt afgevoerd; verbeterde doorbloeding wond; vermindering van oedeem; toename granulatieweefsel; minder verbandwisselingen).	KCI Medical, VAC Smith & Nephew, Renasys Mölnlycke Health Care, Avance Yo-medical, iXLR8®	
Wondrandbeschermers	Ter voorkoming van maceratie van de wondranden kunnen verschillende materialen gekozen worden. Let op: moderne verbanden plakken niet op met zink behandelde wondranden.		
• Barrierecreme	Geeft bescherming van de huid en verhoogt tevens de kleefkracht van de wondpleister.	3M Cavilon barriere creme.	
• Barrierspray	Geeft bescherming van de huid en verhoogt tevens de kleefkracht van de wondpleister.	3M Cavilon barriere spray	
• Zinkproducten	Heeft een indrogende werking. Dun aanbrengen, niet toepassen gedurende radiotherapie behandelingen!	Zinkolie (= Zinkoxidesmeersel FNA)	Met zoete olie verwijderen

5. Consultatie en informatieve websites

Consultatie

Wilt u advies vragen over een decubituswond of decubituspreventie? U kunt hiervoor contact opnemen met één van de wond- en decubitusverpleegkundigen uit de regio. Een overzicht van namen en telefoonnummers vindt u op de website www.transmuralezorg.nl, onder 'Wondzorg'.

Informatieve websites

Informatie:

www.decubitus.be

www.huidziekten.nl/woundcare

www.epuap.org

www.wcs.nl

Richtlijnen:

www.venvn.nl

www.transmuralezorg.nl

www.wondenwijzer.nl/decubitus

www.decubitusozl.nl

Bij overdracht dit formulier altijd meegeven!!

Ingevuld door: **Naam patiënt:**.....

Functie:

Datum:

Telefoon: **Geboortedatum:**

E-mail:

Plaats van de wond:

Oorzaak van de wond:

Datum constatering van de wond:

Vorm en grootte van de wond: lengte:.....cm breedte.....cm diepte.....cm

Decubituscategorie: 1 2 3 4

Wondbed: zwart.....% geel.....% rood.....%
 vast vloeïend vast vloeïend

Vocht: nat vochtig droog

Infectie: ja nee **geur:** ja nee **wondkweek:** ja nee
 Zo ja, kweekdatum:

Wondranden: rood ja nee droog/ schilferig ja nee
 oedeem ja nee grillig/glad ja nee
 verweekt ja nee ondermijning ja nee

Wondomgeving: droog/ schilferig ja nee
 eelt: ja nee

overige bijv. eczeem, pigmentatie, schimmelinfectie:

Pijn: ja nee
 permanent bij verzorging na verzorging

Pijnbeleving (VAS-score): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pijnmedicatie:

Voedingstoestand: slecht matig redelijk goed

Diëtist ingeschakeld: ja nee zo ja: naam en tel.nr:

Allergie:

Mobiliteit:

Fysiotherapeut ingeschakeld: ja nee

Ergotherapeut ingeschakeld: ja nee

Zo ja: naam en tel.nr: Zo ja: naam en tel.nr:
.....

Overige aspecten Factoren die de wondgenezing kunnen vertragen/ beïnvloeden,
zoals bepaalde ziektebeelden, medicatie etc:

.....
.....

Wondbehandelplan

Voor overleg bereikbaar:

Telefoon:

Mail:

Frequentie behandeling:

Wond reinigen: ja nee, uitspoelen met:

Wondrandbescherming: ja nee, Cavilon zinkolie anders,

Op/ in de wond (primair verband):

.....

Afdekken (secundair verband) :

.....

.....

Fixeren:

.....

Worden preventieve maatregelen toegepast: ja nee

Zo ja welke:

Wondmateriaal besteld: ja nee zo ja, waar:

Voorgeschiedenis:

Debridement: ja nee datum:

Vacuümtherapie: ja nee van..... tot.....

Antibacteriële middelen: ja nee zo ja, welke:

Waarom stopgezet:

Verbandmiddelen gebruikt: ja nee zo ja, welke:

Waarom stopgezet:

Opmerkingen:

Doorliggen...

Voorkomen is beter dan genezen

Informatiefolder voor patiënten en mantelzorgers

Wat is decubitus?

Decubitus is de medische term voor doorliggen of doorzitten. Een decubitusplek is een plek waar de huid kapot is of kapot dreigt te gaan. Dit ontstaat wanneer u lang in dezelfde houding zit of ligt. Uw huid drukt dan steeds op dezelfde plekken tegen de stoel of het matras aan.

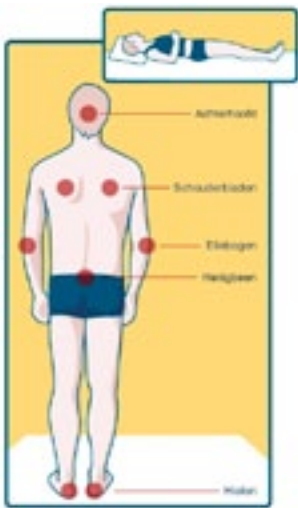
Hoe herkent u de eerste tekenen van decubitus?

De eerste tekenen van decubitus kunnen pijn en één of meer rode plekken op de huid zijn. Het gaat dan om roodheid, die niet binnen 15 minuten wegtrekt na het opheffen van de druk.

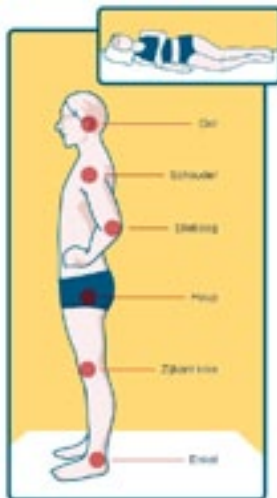
Decubitusplekken komen vooral voor op plaatsen waar het bot dicht onder de huid ligt.

Op de volgende plaatsen ontstaat snel decubitus:

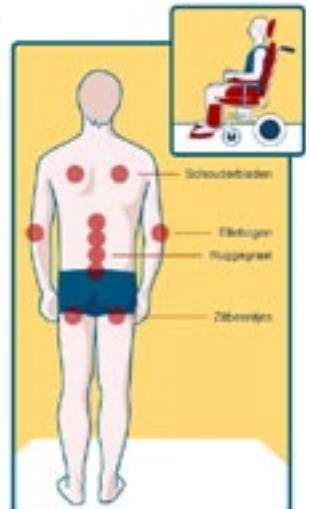
- Bij rugligging, zie figuur 1;
- Bij zijligging, zie figuur 2;
- In zit, zie figuur 3.



figuur 1



figuur 2



figuur 3

Hoe kunt u zelf decubitus helpen voorkomen?

- **Verander regelmatig van houding.** In de (rol)stoel door u minstens één keer per uur op te drukken van de zitting of d.m.v. het naar voren en/of opzij buigen in de (rol)stoel. Als u bedlegerig bent, wissel dan regelmatig van houding. Zo mogelijk om de drie of vier uur: linkerzij, rug, rechterzij, rug etc.
- **Voorkom wrijving.** Schuif zo weinig mogelijk heen en weer in de (rol)stoel of in bed. Als u van houding verandert, til dan uw zitvlak goed op. In de (rol)stoel kunt u zich indien mogelijk opdrukken aan de leuning. In bed kunt u gebruik maken van een papegaai (hulpmiddel om u aan op te trekken).

- **Zorg voor goede hygiëne.** Een dagelijkse wasbeurt is prima. Gebruik daarbij een zeeprijze huidreiniger (verkrijgbaar bij de drogist) en was ook niet te ruw. Draag katoenen ondergoed en nachtkleding. Voor mensen die veel transpireren is het belangrijk de huid goed schoon en droog te houden.
- **Let op bij incontinentie.** Zorg dat de huid goed schoon en droog blijft en draag passend incontinentiemateriaal.
- **Zorg voor een goede onderlaag.** De onderlaag waarop u zit of ligt moet schoon, glad en droog zijn. Probeer kreukels in de lakens en kruimels in bed zoveel mogelijk te voorkomen. Let ook op nachtkleding, trek dit glad.
- **Zorg voor goede voeding.** Probeer voldoende en gevarieerd te eten. Hierdoor krijgt het lichaam alle energie en voedingsstoffen die het nodig heeft. Dit helpt om de huid in conditie te houden. Gebruik in ieder geval drie keer per dag een volwaardige en gevarieerde maaltijd. Als dit niet lukt, neem dan verspreid over de dag meerdere kleine maaltijden. Wat moet u dagelijks eten om voldoende voedingsstoffen binnen te krijgen en zo de huid in een goede conditie te houden? (richtlijn van het Voedingscentrum)
 - Brood 4 -7 sneetjes (liefst bruinbrood)
 - Aardappelen/ 150-200 gram: 3-5 aardappelen of
rijst/pasta 3-5 opscheplepels rijst/pasta
 - Groente 200 gram (= 4 opscheplepels)
 - Fruit 2 stuks of 250 ml vruchtensap
 - Zuivel 3 glazen/ schaaltjes (karne)melk, yoghurt, pap,
vla + 1 plak kaas
 - Vlees(waren), kip, 100-120 gram
vis, ei, of vlees-
vervangers
 - Halvarine, margarine, 20-35 gram
bak- en braad-
producten
 - Vocht 1,5 liter (= 10 kopjes koffie, thee, water, fris, melk,
pap, vla)

Belangrijk

Het is belangrijk dat u zelf in de gaten houdt of u risico loopt op decubitus. Maak er een gewoonte van elke dag te kijken of u rode plekken of andere beschadigingen ziet. Let vooral op plekken die regelmatig onder druk staan of die vaak pijnlijk zijn. Ziet u beschadigingen of rode plekken, die niet verdwijnen binnen 15 minuten als de druk opgeheven is, waarschuw dan uw (huis)arts, specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundige. Zij kunnen u indien nodig doorverwijzen naar een gespecialiseerd wondverpleegkundige die u kan adviseren over het inzetten van middelen om decubitus te voorkomen en te behandelen.

Deze patiënteninformatiefolder kunt u downloaden van de website www.transmuralezorg.nl

**De Transmurale Richtlijn Decubitus regio Haaglanden
is een uitgave van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.**

Loosduinseweg 55

2571 AA Den Haag.

070-7000077

info@transmuralezorg.nl

www.transmuralezorg.nl

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door:

3M Nederland BV

BSN Medical BV

Mediq CombiCare BV

Harting-Bank BV

Hill-Rom BV

KCI Medical BV

Lohmann & Rauscher BV

Medeco BV

MediReva

Molnlycke Health Care BV

Q Care Medical Services BV

Smelt Human Capital

Yo medical BV

Augustus 2012





Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken



Transmurale Richtlijn

Decubitus

Versie 2, augustus 2012

