

PRAKTIJKKAART BEHANDELING DECUBITUS - blad 1 van 2- Aanbevelingen

Categorieën van decubitus

Categorie I: niet-wegdrukbaar roodheid

Intacte huid, niet-wegdrukbaar roodheid ter hoogte van botuitsteeksel. Bij een donker gekleurde huid is roodheid mogelijk niet zichtbaar.

Categorie II: verlies van een gedeelte van de huidlaag

Oppervlakkige open wond, rood/roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan ook intacte/gescheurde blaas zijn gevuld met vocht of serum en bloed.

Categorie III: verlies van een volledige huidlaag

Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn. Bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondernijning of tunneling *kunnen* aanwezig zijn.

Categorie IV: verlies van een volledige weefsellaag

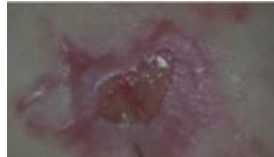
Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Vaak ondernijning of tunneling. Kan zich ook onder een intacte huid manifesteren.



Categorie I



Categorie II



Categorie III



Categorie IV

Algemeen

Bij de behandeling van decubitus blijft de inzet van preventieve maatregelen noodzakelijk.
(zie praktijkkaart Preventie van decubitus).

Anamnese

1. Neem een volledige anamnese af, inclusief voedingscreening en pijnbeoordeling

2. Stel vast om welke categorie van decubitus het gaat.

Beoordeel bij decubitus met een intacte huid: temperatuur, kleur, consistentie en pijn én maak gebruik van palpatie.

3. Vul aan met gegevens over de aard van de decubitus m.b.v. ALTIS (zie bijlage richtlijn):

Gegevens over: aard, locatie, tijdsduur, intensiteit, categorie decubitus en samenhang (verergerende en verzachtende factoren)

én met wondkenmerken m.b.v. TIME-model (zie bijlage richtlijn)

Beoordeel de volgende wondkenmerken: **T**issue, weefsel vitaal (rood) of niet-vitaal (geel/zwart); **I**nfection, is er sprake van een infectie?; **M**oisture, mate van vochtigheid (droog/vochtig/nat); **E**dge, wondranden en -omgeving (intact/niet-intact, verweekt, droog etc.)

1. Herhaal de anamnese als binnen twee weken geen verbetering van de wond optreedt.

2. Bepaal aan de hand van een anamnese de benodigde behandelinterventies en stel een plan op.

Leg afspraken, observaties en bevindingen altijd vast in het dossier.

Houd rekening met de functionele mogelijkheden, wensen en comfort van de zorgvrager.

Voeding en vocht

Verwijs bij decubitus en/of (dreigende) ondervoeding naar een diëtist; zie praktijkkaart Preventie

Inzet AD-matrassen/kussens/bedden

Bepaal het benodigde soort AD matras/bed/kussen; zie praktijkkaart Preventie.

Houding/ houdingsverandering

1. Continueer wisselhouding.

Zie Houding en Houdingsverandering (in bed) in praktijkkaart Preventie

2. Beperk bij decubitus aan de stuit/ het zitvlak de hoek van de hoofdsteun in bed tot maximaal 30 graden.

Wondbehandeling

Wondverbanden

1. Bepaal het benodigde wondverband aan de hand van wondkenmerken en doel van de behandeling

Doel van de behandeling kan zijn: verwijderen necrose (zwarte wond); reinigen wond (gele wond); beschermen wond- en wondranden (rode wond); creëren vochtig wondmilieu; absorberen exsudaat; bestrijden infectie; bestrijden geur.

2. Creëer een vochtig wondmilieu.

(m.u.v. droge necrotische korst zonder ontstekingsverschijnselen op de hiel)

3. Zorg dat het wondverband in contact is met de wondbodem.

Gebruik zo nodig een strengverband om een holte op te vullen.

Reinigen van de wond

1. Reinig bij elke verbandwissel de wond en omliggende huid met fysiologisch zout of kraanwater.

Inschakelen meer deskundige

1. Schakel een meer deskundige als:

- er geen vooruitgang in de wondgenezing is
- er necrotisch weefsel is dat mogelijk verwijderd moet worden door necrotomie
- er tekenen van (zich uitbreidende) infectie zijn

2. Schakel direct een deskundige in bij tekenen van achteruitgang van de wond!

Pijn

1. Zorg voor adequate pijnstilling.

Behandel *chronische* pijn a.d.h.v. de WHO Pijnladder.

2. Behandel de wond voorzichtig, spoel de wond i.p.v. te wrijven en bescherm omliggende huid.

Vraag tijdens de wondverzorging regelmatig of het nodig is even te stoppen.

Beoordelen en monitoren wondgenezing

Wondbehandeling

1. Beoordeel de wond bij elke verbandwissel a.d.h.v. eerder genoemde wondkenmerken.

2. Evalueer wond en effect van de behandelinterventies minimaal 1x per twee weken.

Maak gebruik van een evaluatie-instrument en maak, indien mogelijk, een foto van de wond. Positioneer de zorgvrager steeds in dezelfde houding bij de evaluatie van de wond; gebruik steeds dezelfde methode voor meten en fotograferen van de wond om te kunnen vergelijken in de tijd.

Wanneer decubitus niet geneest:

- Herhaal de anamnese
- Evalueer de diagnose
- Intensiveer de preventieve maatregelen
- Overweeg vervanging van het matras/bed/kussen, maar bepaal eerst:
 - de effectiviteit van eerdere en het huidige preventie- en behandelplan
 - behandeldoelen die aansluiten bij de doelen, waarden en leefstijl van de zorgvrager

** Voor aanbevelingen gericht op specifieke categorieën zorgvragers (zorgvrager in de operatiekamer, zorgvrager met een dwarslaesie, obese zorgvrager, zorgvragers in de palliatieve zorg) wordt verwezen naar de richtlijn.