



Standaard preventiemateriaal voor decubitus of alternatief

M. van Leen*

In de huidige nationale en internationale richtlijn voor decubitus wordt een aantal adviezen gegeven ter preventie van decubitus. Eén der belangrijkste adviezen is de inzet van een hoog gespecificeerde foammatras en wisselhouding bij alle cliënten die op basis van risicoscore middels scorelijst (bijv. Bradenschaal, Nortonschaal of Waterlooschaal) en de klinische blik van de verzorging/verpleging behorende tot de risicogroep. De evidence van deze aanbeveling is hoog (evidence=A, kracht aanbeveling=0.8). Eén van de redenen voor deze aanbevelingen is gebaseerd op vermindering van druk- en schuifkrachten tijdens liggen in bed, bij cliënten die niet in staat zijn zich zelfstandig te verplaatsen in bed en/of (rol)stoel. Uit mijn eigen promotieonderzoek blijkt echter dat slechts zo'n 75% van deze cliënten in verpleeghuizen een visco-elastische foammatras of koudfoammatras heeft en als preventiemaatregel 15-20% de geadviseerde wisselhouding. Duidelijke redenen voor matige inzet van wisselhouding ligt deels bij de verzorging (hoge arbeidslast en tijdsdruk alsmede hoge belasting bewegingsapparaat). Toch zijn de nosocomiale prevalentiecijfers aangaande decubitus rond 3,5%.

Aan de hand van de volgende casus wil ik met jullie discussiëren over bovenstaande.

Meneer V. is 83 jaar en verblijft in een verpleeghuis vanwege een hemiparese rechts, veroorzaakt door een groot ischemisch CVA. Meneer is niet in staat zich zelfstandig te verplaatsen in bed. Daarom heeft hij een visco-elastische matras, bedekt met een standaard katoenen laken. Hij is continent, dus er is geen behoefte aan tussenlagen, zoals incontinentiemateriaal en heeft vanwege recidiverende, niet wegdrubbare roodheid een wisseliggingschema in bed à 3 uur. 's Nachts wordt hij, nadat hij zelf belt om verzorging, 4-5 maal gedraaid in een andere houding, mede vanwege nachtelijke pijn tijdens liggen. Om goede wisseliggingschema te kunnen krijgen moet hij gedraaid worden door twee verzorgenden. Meneer vond dit uiteraard zeer vervelend en kwam nooit redelijk uitgerust uit bed. Bij toeval kreeg hij een nieuw ontwikkeld multilagen-systeem met een zeer gladde toplaag van materiaal dat lijkt op stof van schaatspakken topschaatsers. De volgende ochtend was hij heel blij, want hij bleek zich op dit materiaal zelf te kunnen verplaatsen, had maar éénmaal gebeld voor hulp bij urineren en voelde zich beter. Ook had hij minder getranspireerd. Totdat het laken na één week weer vervangen werd door het standaard katoenen laken, bleef de mobiliteit in bed. Terug op een katoenen laken bleef hij weer net zo veel hulp nodig te hebben als voor plaatsing op het nieuwe multilagen-systeem.

Wat leert deze toevalstreffer ons nu? De beste preventie



voor decubitus is mobiliteit. Zelfs het bewegen van armen en benen 's nachts geeft al vermindering op het ontstaan van decubitus. Vaak wordt in verpleeghuizen gebruik gemaakt van standaardmaterialen, zonder zich af te vragen hoe het gebruik hiervan van invloed is op zelfredzaamheid en mobiliteit van cliënten. In dit geval bleek toepassing van een alternatief materiaal te leiden tot een forse verbetering van de kwaliteit van leven (betere nachtrust, minder pijn, minder vochtige huid), maar voor de organisatie was er ook een groot voordeel: 5x10 minuten maal twee verzorgenden (dus totaal 100 minuten) minder workload voor nachtverzorging. Mijn advies is dan ook: beoordeel bij elke cliënt in hoeverre mobiliteit is te beïnvloeden alvorens over te gaan tot standaard toepassen preventieprotocollen.

* *Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde*

Reageren op deze column kan via: redactie@wcs.nl