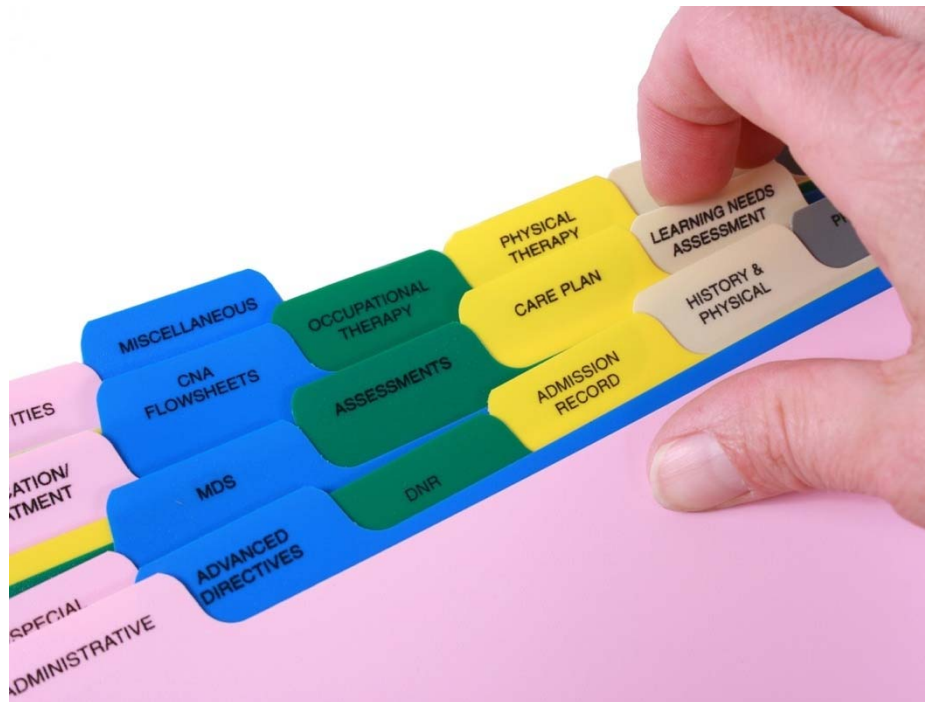


EEN NATIONALE RICHTLIJN VOOR DE BEHANDELING VAN DECUBITUS

SYNTHESE





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruyse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Vinciane Quidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



Controle

Regeringscommissaris

Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur
Adjunct Algemeen Directeur
Programmadirectie

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
<http://www.kce.fgov.be>

EEN NATIONALE RICHTLIJN VOOR DE BEHANDELING VAN DECUBITUS

SYNTHESE

DIMITRI BEECKMAN, CATHY MATHEÏ, AURÉLIE VAN LANCKER, GEERT VANWALLEGHEM, SABINE VAN HOUDT, LUC GRYSOON, HILDE HEYMAN,
CHRISTIAN THYSE, ADINDA TOPPETS, SABINE STORDEUR, KOEN VAN DEN HEEDE



COLOFON

Titel:	Een nationale richtlijn voor de behandeling van decubitus – Synthese
Auteurs:	Dimitri Beeckman (UGent), Cathy Mathei (KULeuven), Aurélie Van Lancker (UGent), Geert Vanwalleghem (CNC vzw/ WCS/ AZ Delta), Sabine Van Houdt (KULeuven), Luc Gryson (CNC vzw), Hilde Heyman (WCS), Christian Thyse (AFISCeP.be), Adinda Toppets (UZLeuven), Sabine Stordeur (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Externe experts:	Diégo Backaert (Thuiszorg Groep Backaert); Hilde Beele (UZ Gent); Daniëlle Declercq (UMC Sint-Pieter); Anne Hermand (Cliniques uiversitaires Saint-Luc, Bruxelles); Aurore Lafosse (Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles); Dominique Putzeys (CIPIQ-s); Evelien Touriany (Militair Ziekenhuis Koningin Astrid); Dirk Van De Looverbosch (CRA Zorgbedrijf Antwerpen); Katrien Vanderwee (O.L.V. van Lourdes ziekenhuis Waregem).
Acknowledgements:	We bedanken Liz Avital (NCGC, VK), Katie Jones (NCGC, VK) en Julie Neilson (NCGC, VK) voor de samenwerking bij de voorbereiding van de 'evidence reviews'.
Externe validatoren:	Nicky Cullum (University of Manchester, United Kingdom); Bart Geurden (CEBAM); Sylvie Meaume (Hôpital Rothschild, France)
Andere gemelde belangen:	Dominique Putzeys en Dimitri Beeckman verklaren fondsen ontvangen te hebben voor het uitvoeren van onderzoek gerelateerd aan de preventie en/of behandeling van doorligwonden. Diégo Backaert, Hilde Beele, Anne Hermand, Adinda Toppets, Geert Vanwalleghem, Dimitri Beeckman verklaren betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium gerelateerd aan de preventie en/of behandeling van doorligwonden ontvangen te hebben.
Layout:	Sophie Vaes

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

4 juli 2013



Domein: Good Clinical Practice (GCP)
MeSH: Pressure ulcer ; Practice Guidelines
NLM classificatie: WR 598
Taal: Nederland
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2013/10.273/27

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Vanwalleghem G, Van Houdt S, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van Den Heede K. Een nationale richtlijn voor de behandeling van decubitus – Synthese. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 203As. D/2013/10.273/27.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



■ VOORWOORD

Na de richtlijn over de preventie van doorligwonden, die we in januari van dit jaar publiceerden, ligt hier voor u het aangekondigde tweede deel: een nationale richtlijn over de behandeling van doorligwonden. Opnieuw werd dit een samenwerking met de deskundige teams van de Universiteit Gent en de KULeuven, en met onze Britse collega's van NICE (inmiddels herdoopt tot National Institute for Health and Care Excellence) en het National Clinical Guideline Centre.

Het werd geen gemakkelijke oefening. Tot grote frustratie van de onderzoeksequipe waren voor de meeste aspecten van de zorg nauwelijks of geen studies van goede kwaliteit te vinden. Nochtans werd er tijd noch moeite gespaard om de wetenschappelijke literatuur volgens de internationaal geldende normen systematisch te doorzoeken. Deze richtlijn leert ons minstens dit: voor vele van de geldende, breed aanvaarde behandelingstechnieken zijn er zo goed als zeker geen overtuigende wetenschappelijke bewijzen. En dus moesten we voortgaan op studies van minder goede kwaliteit, met alle bijhorende gevaren van vertekening en wishful thinking, of op de consensus van experts terzake.

Dit is zeker niet waardeloos – men slaagt er immers in om effectief deze wonden doelmatig te behandelen – maar op het terrein zou men toch liever wat hardere bewijzen zien. Bijvoorbeeld wanneer er moet gekozen worden om al dan niet te investeren in dure verbandproducten of uitrustingen. Wat er ook van zij, de toegewijde, individueel aangepaste zorg van professionele zorgverleners (verpleegkundigen, artsen, diëtisten ...) blijft het fundament. In tijden van crisis zou men geneigd kunnen zijn om ook hierop te besparen, en ze te vervangen door machines... waarvan de werkzaamheid niet bewezen is. De rode draad doorheen deze richtlijn is dat kwalitatief hoogstaande multidisciplinaire zorg, die de patiënt centraal stelt onbetaalbaar is en blijft.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

1. DOELSTELLING EN SCOPE RICHTLIJN

De klinische praktijkrichtlijn heeft tot doel een overzicht te bieden van de huidige wetenschappelijke bewijsvoering i.v.m. de behandeling van patiënten met decubitus en op basis hiervan aanbevelingen te formuleren gericht aan zorgverleners in ziekenhuizen, residentiële voorzieningen (waaronder woonzorgcentra en revalidatie-instellingen) en thuiszorg.

Deze praktijkrichtlijn over behandeling volgt de publicatie van een nationale praktijkrichtlijn over de preventie van decubitus (zie KCE rapport 193^a).

De volgende klinische topics werden onderzocht voor deze praktijkrichtlijn:

- Voeding;
- Drukverdelende materialen (matras, bovenmatras, bed, kussen);
- Debridement;
- Lokale wondzorgproducten;
- Wondverbanden;
- Indicaties voor heekunde;
- Systemische antimicrobiële agentia;
- Electrotherapie;
- Licht- en lasertherapie;
- Hyperbare zuurstoftherapie;
- Negatieve druktherapie.

Incontinentie geassocieerde dermatitis wordt in de klinische praktijk vaak foutief geclassificeerd als decubitus. Deze klinische praktijkrichtlijn omvat echter niet de behandeling van incontinentie geassocieerde dermatitis omwille van de unieke aard en de specifieke etiologie van deze huidaandoening.

^a Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. Een nationale richtlijn voor de preventie van decubitus. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2013. KCE reports 193A D/2013/10.273/97



2. DEFINITIE EN EPIDEMIOLOGIE

Het European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definieert decubitus als een plaatselijk letsel van de huid en/of de onderliggende weefsels dat ontstaat als een interne reactie op een externe mechanische belasting op zachte biologische weefsels, meestal over een benig uitsteeksel. Deze externe mechanische belasting kan een kracht zijn die loodrecht op het huidoppervlak wordt uitgeoefend (drukkracht), een kracht die parallel met het huidoppervlak optreedt (schuifkracht), of een combinatie van druk- en schuifkracht.

De ernst van decubitus varieert van niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid tot het afsterven van weefsels waaronder huid, subcutaan vet, spier en bot. In zijn classificatiesysteem, definieerde EPUAP decubitus Categorie I als een niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid, decubitus Categorie II als ontvelling of blaarvorming, decubitus Categorie III als een oppervlakkig huiddefect, en decubitus Categorie IV als een uitgebreide weefselschade.

De prevalentie van decubitus in Europese landen blijft hoog: tussen 8,9% en 18,1% in ziekenhuizen en tussen 6,4% en 31,4% in woonzorgcentra. In België zijn er alleen nationale prevalentie cijfers beschikbaar voor de ziekenhuizen. Deze bedroeg 12,1% (Categorie I-IV). Decubitus gaat gepaard met zeer veel ongemak, comorbiditeit en kosten.

3. METHODEN

3.1. Systematisch literatuuroverzicht

Deze richtlijn werd ontwikkeld in samenwerking met de National Clinical Guideline Centre (NCGC, VK). De uitwerking van de verschillende thema's werd tussen beide organisaties verdeeld.

De zoekstrategieën in OVID Medline, EMBASE, CINAHL en de Cochrane Library (uitgevoerd tussen September 2012 en April 2013) richtte zich op systematische reviews en gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's). Indien er geen RCT's werden gevonden werden er ook cohort studies met een controlegroep geïnccludeerd.

3.2. Uitwerking van de aanbevelingen

Gebaseerd op de 'evidence reviews' formuleerde het team een eerste versie van aanbevelingen.

Om het niveau van bewijskracht en de graad van aanbeveling te bepalen werd de GRADE methodologie gebruikt (Tabel 1 en 2).

Aanbevelingen gebaseerd op consensus tussen experts werden aangeduid als 'Goede klinische praktijkvoering'. Twee bestaande richtlijnen (nl. EPUAP/NPUAP 2009 & NICE 2005) werden gebruikt als vertrekpunt voor het formuleren van elementen voor 'goede klinische praktijkvoering'. Deze richtlijnen werden geselecteerd op basis van een systematische zoekstrategie en op een kwaliteitsbeoordeling (met behulp van AGREE-II) die door drie onafhankelijke beoordelaars werd uitgevoerd.

Alle aanbevelingen en elementen van 'goede klinische praktijk' werden, op een schaal van 1 ('helemaal niet akkoord') tot 5 ('volledig akkoord'), beoordeeld door een panel van deskundigen (zie colofon). De resultaten hiervan werden besproken op een vergadering.

Tenslotte, werd de GCP beoordeeld en gevalideerd door drie externe validatoren, gebruik makend van AGREE-II. Dit validatie proces werd voorgezeten door CEBAM (Belgian Centre for Evidence-Based Medicine).

Aan elk van de experts werd een verklaringen i.v.m. belangen opgevraagd.

Tabel 1 – Niveaus van bewijskracht volgens het GRADE-systeem.^b

Kwaliteitsniveau	Definitie	Methodologische kwaliteit van ondersteunend bewijsmateriaal
Hoog	We betrouwen er sterk op dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt	RCT's zonder ernstige beperkingen of overweldigend bewijs uit observationele studies
Matig	We hebben een matig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk dicht bij het geschatte effect liggen, maar de mogelijkheid bestaat dat er een aanzienlijk verschil is	RCT's met ernstige beperkingen (inconsistente resultaten, methodologische beperkingen, indirect, of onnauwkeurig) of uitzonderlijk sterk bewijs uit observationele studies
Laag	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt: het werkelijke effect kan aanzienlijk verschillen van het geschatte effect	RCT's met zeer ernstige beperkingen of observationele studies of patiëntenreeksen
Zeer laag	We hebben erg weinig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk aanzienlijk verschillen van het geschatte effect	

^b Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6.

Tabel 2 – Graad van aanbeveling volgens het GRADE-systeem.^c

Niveau	Definitie
Sterk	De gewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de ongewenste effecten (<i>de interventie moet in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de gewenste effecten (<i>de interventie moet niet in de praktijk gebracht worden</i>)
Zwak	De gewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op ten opzichte van de ongewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op ten opzichte van de gewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk niet in de praktijk gebracht worden</i>)

^c Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658): doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.



4. KLINISCHE AANBEVELINGEN VOOR DE BEHANDELING VAN DECUBITUS

Vooreerst worden er algemene overwegingen geformuleerd gebaseerd op bestaande richtlijnen (nl. EPUAP/NPUAP 2009 & NICE 2005) en consensus tussen experts. De details van de evidentie die aan de basis liggen van de aanbevelingen en de elementen van 'goede klinische praktijk' kunnen worden teruggevonden in het wetenschappelijke rapport en bijlagen. De tabellen volgen de volgorde van de hoofdstukken van het wetenschappelijk rapport.

4.1. Algemene overwegingen

4.1.1. *Het afstemmen van de behandeling van decubitus op maat van elke patiënt*

Goede klinische praktijk

De behandeling van decubitus moet een gecombineerde aanpak zijn, die wordt afgestemd op de context en de individuele patiëntennoden. De principes van gezamenlijke besluitvorming dienen te worden gerespecteerd:

- Bij de behandeling van decubitus moet je met verschillende factoren rekening houden. Daarbij horen, onder andere, de medische toestand van het individu, het volledige zorgplan en de voorkeur van het individu. De noden van het individu en de omstandigheden moeten regelmatig opnieuw geëvalueerd worden.
- Een individueel zorgplan moet aangepast zijn aan de resultaten van een grondige evaluatie van de geïdentificeerde risicofactoren voor vertraagde heling, de individuele doelstellingen en voorkeuren. Het zorgplan is opgesteld in samenspraak met het individu, de mantelzorg(s) en de zorgverleners. De geplande en goedgekeurde of geweigerde acties moeten geregistreerd worden in het patiëntendossier en gecommuniceerd aan alle relevante, betrokken zorgverleners (ook indien de persoon verandert van zorgsetting).

4.1.2. *Holistische beoordeling en individuele zorgplanning*

Goede klinische praktijk

Patiënten met decubitus moeten vanaf het eerste contact een holistische beoordeling krijgen. De volgende aspecten moeten hierin aan bod komen:

- De medische toestand van het individu;
- De individuele voorkeuren;
- De risicofactoren voor het ontwikkelen van nieuwe letsels en achteruitgang van bestaande decubitusletsels (zie richtlijn preventie van decubitus^d);

^d Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. Een nationale richtlijn voor de preventie van decubitus. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2013. KCE reports 193A D/2013/10.273/97



Goede klinische praktijk

- Een specifiek klinisch onderzoek gericht op:
 - Factoren die een invloed kunnen hebben op de heling (bv. verminderde doorbloeding, verminderde gevoelsgevoelsgewaarwording, systemische infectie...);
 - Vasculaire status in het geval van decubitus t.h.v. de extremiteiten (bv. klinisch onderzoek, geschiedenis van claudicatio, enkel-arm index, meting van de perifere druk...);
 - Beoordeling van pijn (zie verder);
 - Beoordeling van voedingsaspecten (zie verder);
 - Evaluatie van het decubitus letsel.

Herevalueer op regelmatige tijdstippen en registreer de bevindingen.

Patiënten met decubitus moeten vanaf het eerste contact een beoordeling van het letsel krijgen die nadien wordt voortgezet. Het doel van deze beoordeling is het vaststellen van de ernst van het letsel, het opstellen van een behandelingsplan, de evaluatie van de interventies, het opsporen van complicaties, en communicatie met de relevante leden van het multidisciplinair team.

- De beoordeling van het letsel bevat de volgende elementen:
 - De oorzaak van de decubitus (bv. druk t.g.v. een nasogastrische sonde, zuurstofmasker, druk op een beenderig uitsteeksel);
 - Plaats op het lichaam;
 - De tijd sinds het ontstaan van het letsel;
 - De categorie;
 - De grootte en soort van weefsel;
 - Hoeveelheid en soort exsudaat;
 - Lokale tekens van infectie;
 - Pijn;
 - Uitzicht van het letsel (bv. status, wondranden, ondermijning, tunneling (sinus of fistel), necrotisch weefsel, aan- of afwezigheid van granulatieweefsel en epithelialisatie);
 - Wondomgeving;
 - Geur;
 - Uitzicht van het verband (verzadiging, kleur, verkleving...).
- Gebruik een gestructureerde manier voor de beoordeling en het opvolgen van het letsel. Dit kan de volgende aspecten bevatten:
 - Een consistente en uniforme meetmethode om de grootte van het letsel vast te leggen (bv. lengte, breedte, diepte, tunneling en ondermijning) om consistente follow-up te faciliteren. De diepte van het letsel moet gemeten worden met een steriel instrument. Dit moet



Goede klinische praktijk

voorzichtig gebeuren om schade te voorkomen.

- De beoordeling van tekens van heling (bv. verminderde vochtproductie, verminderd wondvolume en verbeterd weefsel in de wondbodem).
- Het gebruik van foto's om een wonde tijdens een langere periode te kunnen opvolgen.
- Het gebruik van een gestandaardiseerd classificatiesysteem (bv. NPUAP/EPUAP Classificatie systeem) bij de initiële beoordeling van de decubituscategorie.
- De regelmatige wondbeoordeling en opvolging (bv. PUSH-tool; PSST; Sessing scale) met een frequentie afhankelijk van de wondtoestand en de resultaten van de holistische beoordeling van de patient. Observeer bij elke verbandwissel de wonde op ontwikkelingen die een indicatie kunnen zijn voor de nood aan veranderingen in de behandeling (bv. Verbetering van de wonde, achteruitgang van de wonde, meer of minder exsudaat, tekens van infectie of andere complicaties).
- Elke wondbeoordeling en gerelateerde interventie moet gedocumenteerd en gedateerd worden.

Elke relevante wijziging in wondkenmerken moet gedocumenteerd worden. Deze informatie moet toegankelijk zijn voor en gecommuniceerd worden aan alle leden van het multidisciplinaire team.

4.1.3. Primaire en secundaire preventie

Goede klinische praktijk

Patiënten met decubitus hebben een verhoogd risico om een nieuwe decubitus te ontwikkelen. Daarom moeten de algemene principes van decubitus preventie (zie de richtlijn preventie van decubitus^e: risico-inschatting, huidbeoordeling, wisselhouding, ...) toegepast worden:

- Voorkom het ontstaan van een nieuwe decubitus;
- Voorkom dat de decubitus erger wordt;
- Ondersteun het genezingsproces.

Voor voeding en drukverdelende systemen zijn er specifieke aanbevelingen geformuleerd in het kader van de behandeling van decubitus (zie verder).

^e Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. Een nationale richtlijn voor de preventie van decubitus. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2013. KCE reports 193A D/2013/10.273/97



4.1.4. *Het beoordelen en behandelen van pijn*

Goede klinische praktijk

Pijnbeoordeling en behandeling zijn zeer belangrijk en moeten geïntegreerd worden in het algemene zorgplan. De wetenschappelijke evidentie i.v.m. de behandeling van pijn, gerelateerd aan decubitus, is niet specifiek bestudeerd in het kader van deze richtlijn. Hiervoor refereren we naar algemeen aanvaarde pijnbeoordelings- en behandelingsprocedures.

4.1.5. *Het opleiden en trainen van zorgverleners i.v.m. de behandeling van decubitus*

Goede klinische praktijk

Training en opleiding moeten afgestemd worden op de noden van individuele zorgverleners en op de verantwoordelijkheden van de desbetreffende professionele doelgroep.

Beschouw volgende componenten als een onderdeel van opleidings- /trainingsprogramma's:

- **Holistische beoordeling van het individu en het opstellen van een geïndividualiseerd zorgplan;**
 - **Wondbeoordeling;**
 - **Normale wondheling;**
 - **Pijnbeoordeling;**
 - **Voeding;**
 - **Herkennen van inflammatie en infectietekens;**
 - **Exsudaat management;**
 - **Lokale behandelingsopties, methodes van debrideren en /of bescherming van het weefsel;**
 - **Wondranden en huidbescherming;**
 - **Eigenschappen en effectiviteit van verschillende types van wondverbanden;**
 - **Positioneren / herpositioneren;**
 - **Eigenschappen en effectiviteit van verschillende types van onderlagen (bv. matrassen, systemen voor hielontlasting, zitkussens, ...).**
-



4.2. Voeding

Goede klinische praktijk

Volg de voedingstoestand van een patiënt met een decubitus op als onderdeel van een algemene beoordeling. Deze opvolging is een continu proces gedurende de gehele duur van de zorg. In de initiële beoordeling dienen de volgende aspecten te worden beoordeeld, gedocumenteerd:

- Huidig gewicht en lengte;
- Recent gewichtsverlies;
- Normale eetgewoontes;
- (Recente veranderingen in) eetgewoontes en hoeveelheid van voedselinname;
- De adequaatheid van de totale voedselinname (voeding, vocht, orale supplementen, enterale/parenterale voeding).

De voedingsondersteuning in het kader van de behandeling van patiënten met een decubituswonde moet gebaseerd zijn op:

- Een gedetailleerde beoordeling van de voedingsstatus (bv. “Mini-Nutritional Assessment”);
- Algemene gezondheidstoestand;
- Voorkeuren van het individu;
- Advies van een zorgverlener met specifieke competenties over voedingsgerelateerde zorgverlening om een juist aanbod van calorieën, proteïnen, koolhydraten, vetten, vocht, vitamines en mineralen te bekomen vooral als de voedselinname beperkt is, of als er een vermoeden of een bevestiging is van tekorten.

Aanbeveling	Graad van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Een zorgverlener met specifieke competenties omtrent voeding kan voor patiënten met decubitus voedingsinterventies aanbevelen (vb. voedingssupplementen).	Zwak	Zeer laag
Er is onvoldoende wetenschappelijke bewijskracht om de ene voedingsinterventie, aan te bevelen boven een ander. Daarom kunnen we geen specifiek aanvullend dieet (type en hoeveelheid) van voedingssupplementen aanbevelen.		



4.3. Drukverdelende materialen

Aanbevelingen	Graad van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Het gebruik van drukverdelende materialen (laag technologische continu lage drukmatrassen of hoog technologische matrassen) is aan te raden bij individuen met een decubitus. Het gebruik van drukverdelende materialen moet gecombineerd worden met het regelmatig toepassen van wisselhouding.	Sterk	Zeer laag
Vermits er geen aantoonbare wetenschappelijke bewijskracht is om één drukverdelend systeem boven een ander aan te bevelen (bv. systeem met luchtcirculatie of systeem met alternerende druk), moet de keuze van het drukverdelend materiaal gebaseerd zijn op een globale beoordeling van de toestand van de patiënt, inclusief wondevolutie en druk opheffende mogelijkheden, risicograad, comfort en algemene gezondheidstoestand.	Zwak	Zeer laag

Goede klinische praktijk

Als een decubitus verergert of niet heelt, of als er een toename is van het risico zou(den):

- De zorgverleners moeten overwegen om het gebruikte drukverdelend materiaal te vervangen door een materiaal dat de duur van blootstelling aan druk vermindert of de drukverdeling verbetert en de schuifkrachten vermindert;
- De preventieve maatregelen en het lokale wondzorgbeleid aangepast moeten worden;
- De effectiviteit van eerdere en huidige preventie en behandelplannen geevalueerd moeten worden alvorens het materiaal dat in gebruik is te vervangen.

4.4. Debrideren

Goede klinische praktijk

Debrideer niet vitaal weefsel in het wondbed of aan de wondranden van de decubitus.

Als overwogen wordt de decubitus te debrideren zal de methode (chemisch, biologisch, chirurgisch, enzymatisch, mechanisch debridement) gekozen worden op basis van: de patiënt zijn gezondheidstoestand, het doel van de zorg, de toestand van de wonde en de wondomgeving, hoeveelheid en lokalisatie van necrotisch weefsel, beschikbaarheid van producten om te debrideren en de beschikbare professionele vaardigheden.



4.5. Lokale wondproducten en wondverbanden

Aanbevelingen	Graad van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<p>Overweeg het verbeteren van het wondmilieu door gebruik te maken van moderne wondverbanden (zie tabel 13) en lokale wondzorgproducten (bv. hydrocolloïden, hydrogels, schuimverbanden, alginaten) in plaats van klassieke basisverbanden (bv. gaaskompressen, vetverbanden en gewone afdekkende verbanden).</p> <p>Er is geen aantoonbare wetenschappelijk bewijskracht om één type modern wondverband en lokaal wondzorg product boven een ander aan te bevelen, de keuze van het type moet gebaseerd zijn op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeling van de wonde (toestand van de wonde: weefsel, exsudaat, diepte, graad van infectie, geur, pijn, wondranden en wondomgeving); • Algemene huidbeoordeling; • Doel van de behandeling; • Eigenschappen van verbanden; • Eerdere positieve resultaten met een bepaald wondverband/ wondzorg product; • De richtlijnen van de fabrikant voor indicaties en contra-indicaties; • Risico op neveneffecten; • Voorkeur van de patiënt (levensstijl, mogelijkheden en comfort). 	Zwak	Zeer laag



4.6. Indicaties voor heekunde

Een evaluatie van de klinische effectiviteit van verschillende heekundige technieken die gebruikt worden in de behandeling van decubituswonden viel buiten het bestek van deze richtlijn. Alleen de indicaties voor heekunde werden bestudeerd.

Goede klinische praktijk

De doorverwijzing van patiënten met decubitus voor een heekundige behandeling moet gebaseerd zijn op:

- **Het risico (anesthesie en heekundige ingreep);**
- **De voorkeur van de patiënt (levensstijl, mogelijkheden en comfort);**
- **Wondbeoordeling (bv. anatomische plaats, classificatie);**
- **Algemene huidbeoordeling;**
- **Algemene gezondheidstoestand;**
- **Prioritaire zorgbehoeftes;**
- **Beoordeling van de psychosociale risicofactoren op recidief;**
- **Voorgaande succesvolle heekundige technieken;**
- **Het falen van voorgaande lokale behandelingsmethodes.**

4.7. Systemische antimicrobiële agentia

Goede klinische praktijk

Indien er bij patiënten met decubitus systemische en/of lokale klinische tekens van infectie aanwezig zijn, kan de behandelende arts de toediening van systemische antibiotica overwegen.



4.8. Adjuvante therapie

Voor deze aanbeveling werd de wetenschappelijke bewijsvoering omtrent electrotherapie, hyperbare zuurstoftherapie, licht- en lasertherapie, en negatieve druktherapie nagekeken.

Aanbevelingen	Graad van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Er is onvoldoende wetenschappelijke bewijskracht voor de effectiviteit van negatieve druktherapie, elektrotherapie, hyperbare zuurstoftherapie en licht- en lasertherapie. We kunnen geen van deze therapieën aanbevelen in de routinebehandeling van decubitus.	Zwak	Laag tot zeer laag

4.9. Behandeling van decubitus aan de hiel

Goede klinische praktijk

Hielen met decubitus moeten zo veel als mogelijk van blootstelling aan druk worden ontlast. De keuze van het materiaal om de blootstelling aan druk te verminderen kan worden beïnvloed door verschillende factoren zoals kostprijs, gebruiksvriendelijkheid, comfort voor het individu, voorkeur van het individu, anatomische positie van de decubitus.

Voor bedlegerige patiënten of voor patiënten die in een zetel zitten met de voeten omhoog, moet er gekozen worden voor een materiaal/hulpmiddel dat de blootstelling van de hielen aan druk volledig wegneemt. Dit kan worden bekomen door het gewicht van de onderste ledematen te verdelen over de kuit zonder druk uit te oefenen op de achillespees. De knie moet licht gebogen en ondersteund worden.



5. DISCUSSIE

Ondanks de vorderingen in geneeskundige en verpleegkundige zorgverlening blijft decubitus een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Afhankelijk van de setting, hebben zorgverleners **een overvloed van behandelingsopties tot hun beschikking**. De behandeling van decubitus vergt veel middelen. De ontwikkeling van een GCP die zorgverleners ondersteunt in de klinische besluitvorming op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs is daarom van groot belang.

Er is echter een grote kloof tussen het belang van deze topic en de beschikbaarheid van methodologisch goed onderbouwde studies die focussen op de behandeling van decubitus. Algemeen gesteld, geldt dat voor alle topics de studies gekenmerkt worden door te kleine steekproeven en methodologische tekortkomingen zoals het ontbreken van: geblindeerde toewijzing tot interventie- of controlegroep, vergelijkbaarheid controle- en interventiegroep bij start, geblindeerde – of onafhankelijk gecontroleerde – beoordeling van de studie-uitkomsten en goede omschrijving van routinezorg en (co-)interventies.

5.1. Best beschikbare bewijskracht

Er dient opgemerkt te worden dat voor veel frequent toegepaste behandelingsopties er weinig (of geen) bewijskracht bestaat, ofwel alleen bewijskracht gebaseerd op studies met belangrijke methodologische beperkingen. Nochtans is afwezigheid van evidentie niet noodzakelijk hetzelfde als evidentie voor de afwezigheid van een effect. In afwachting van meer studies met een hoge methodologische kwaliteit op dit gebied zijn de voorgestelde opties gebaseerd op een internationale consensus die werd bevestigd door de Belgische deskundigen die tijdens dit project werden geraadpleegd.

5.2. Gebruik van deze richtlijn

De behandeling van decubitus vergt een multi-factoriële, patiëntgerichte benadering inclusief een holistische beoordeling, een gestructureerde benadering van de beoordeling en follow-up van de decubitus (bv. Fotomateriaal en gestructureerd beoordelingsinstrument), een geïndividualiseerd zorgplan afgesproken met de leden van het

multidisciplinaire team. Dit geïndividualiseerde zorgplan bevat elementen van wondzorg (bv. debridement, wondverbanden, heelkundige behandeling), symptoom management (bv. pijnbehandeling), primaire en secundaire preventie (bv. drukverdelend materiaal en wisselhouding) alsook systemische interventies die wondheling bevorderen (bv. ondersteuning voedingsstatus).

Analoog aan de richtlijn over de preventie van decubitus (KCE rapport 193^f) is het belangrijk om deze richtlijn af te stemmen op de specifieke behoeften van de organisatie of zorgomgeving. Wegens het gebrek aan evidentie is het bovendien van belang andere overwegingen in rekenschap te brengen bij de besluitvorming.

Deze richtlijn moet door zorgorganisaties gezien worden als één van de bouwstenen om een meeromvattend beleid te ontwikkelen gericht op alle betrokken zorgverleners. Dit omvat de ontwikkeling van organisatiespecifieke procedures en protocollen, die rekening houden met de lokale omstandigheden. Zorgverleners en zorgorganisaties moeten worden geïnformeerd dat voor de meeste behandelingsopties slechts een beperkte bewijskracht bestaat.

De wondzorgorganisaties (bv. CNC, WCS, AFISCeP) en organisaties van professionele zorgverleners kunnen de implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijkvoering ondersteunen door het te integreren in hun website en in hun opleidingsactiviteiten. Zorgorganisaties kunnen ook investeren in multidisciplinaire wondzorgteams die zorg organisatie en de zorgverleners ondersteunen bij het maken van geïnformeerde besluitvorming. Voorbeelden van activiteiten die zorgorganisaties kunnen ondernemen met behulp van multidisciplinaire wondzorgteams zijn: de ontwikkeling van een wondzorgmodule in het (elektronisch) patiëntendossier, de organisatie van multidisciplinaire opleiding en permanente vorming, het opvolgen van investeringen op uitkomsten van de zorg.

^f Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. Een nationale richtlijn voor de preventie van decubitus. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2013. KCE reports 193A D/2013/10.273/97



5.3. Nood aan verder onderzoek

Verder onderzoek binnen dit domein is nodig. Ondanks het belang van dit probleem is er immers weinig methodologisch robuust klinische onderzoek beschikbaar. Er is dringend nood aan methodologisch goed opgestelde, voldoende grote multicenter, gerandomiseerde, gecontroleerde klinische studies die de klinische effectiviteit van verschillende behandelingsopties onderzoeken. Volgende prioriteiten komen naar voren:

- De klinische effectiviteit van 'Hoog-technologische' drukverdelende materialen in vergelijking met 'laag-technologische' alternatieven (zoals verschillende types schuimmatrassen).
- De klinische effectiviteit van verschillende voedingsinterventies (type en inhoud) op de heling van decubituswonden.
- De klinische effectiviteit van moderne wondverbanden en lokale wondzorgproducten in onderlinge vergelijking. De moderne wondverbanden en lokale wondzorgproducten moeten worden vergeleken met een klinisch relevante controlegroep (bv. Alternatief wondzorgverband of lokaal wondzorgproduct dat voor dezelfde indicaties wordt gebruikt).
- De klinische effectiviteit van negatieve druktherapie vergeleken met wondverbanden die gangbaar gebruikt worden als alternatief voor negatieve druktherapie en voor dewelke goede evidentie voor effectiviteit beschikbaar is.



■ AANBEVELINGEN⁹

Aan de verantwoordelijken van het Health Research System:

- Onderzoeksprogramma's die de effectiviteit van verschillende behandelingsopties momenteel gebruikt in de dagelijkse praktijkvoering (bv. wondverbanden, negatieve druktherapie) onderzoeken, dienen te worden ondersteund.

Ter attentie van de Federale raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit, in samenspraak met de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie:

- Op basis van de inhoud van deze richtlijn moeten proces- en resultaatsindicatoren worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Deze indicatoren moeten worden afgestemd op de bestaande initiatieven inzake decubitus indicatoren.

Ter attentie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

- Deze richtlijn moet worden omgezet en verspreid als procedures, protocollen, scholingsprogramma's, enz. met een gebruiksvriendelijk formaat voor dagelijks gebruik. Dit moet gebeuren in nauwe samenwerking met beroepsorganisaties.

Ter attentie van de verantwoordelijken van veranderingsprocessen in thuiszorg, ziekenhuizen en residentiële settings:

- Er moeten allesomvattende programma's worden ontwikkeld voor de behandeling van decubitus (bv. opvolging en feedback, referentieverpleegkundige wondzorg, multidisciplinair wondzorgcomité), geïntegreerd in het globale wondzorgbeleid. Naast de verpleegkundigen, zou deze multidisciplinaire benadering ook beroep moeten doen op de geriateren en dermatologen in de ziekenhuizen, op de coördinerend en raadgevend arts in de ROB/RVTs en op de huisarts voor patiënten in de thuissituatie.

⁹ Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

