PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS

ADAPTATIE VAN DE DUODECIM RICHTLIJN NAAR DE BELGISCHE ZORGCONTEXT

Ichau Karlien, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. J. Vandevoorde, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract: Preventie en behandeling van decubitus - adaptatie van de Duodecim richtlijn naar de Belgische zorgcontext

Context: De Finse Duodecim richtlijn '*Prevention and treatment of pressure ulcers*' werd geadapteerd naar de Belgische zorgcontext om een bruikbare richtlijn ter beschikking te stellen aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze zal, na finale goedkeuring, te raadplegen zijn via *Cebam Digital Library for Health* (CDLH).

Onderzoeksvragen: Deze masterproef omvat de volgende klinische vragen: 'Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?' en 'Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?'. Collega huisarts in opleiding Charista Santoso legt de focus in haar masterproef op de behandeling van decubitus.

Methode: De Duodecim richtlijn '*Prevention and treatment of pressure ulcers*' werd geadapteerd naar de Belgische zorgcontext volgens de ADAPTE procedure, beschreven in 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen: Handboek voor HAIO's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBPracticnet.be'. Alle stappen in dit proces werden in een Excel-matrix genoteerd en voorgelegd aan de leescommissie van EBPracticeNet. Initieel werd er een literatuurstudie gedaan om een antwoord te vinden op de klinische vragen, waarvoor internationale databanken en Belgische bronnen werden geraadpleegd. De kwaliteit van weerhouden richtlijnen werd beoordeeld aan de hand van het AGREE II instrument. Voor elke klinische vraag werden de aanbevelingen uit de originele Duodecim richtlijn en de weerhouden richtlijnen gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid en werd besloten tot eventuele adaptaties van de Duodecim richtlijn. Dit leidde tot een eerste versie van de geadapteerde richtlijn. Vervolgens werd via peer review bij huisartsen informatie verzameld over haalbaarheid en barrières betreffende de implementatie van deze geadapteerde richtlijn. Aan hand van een brainstorm in de eigen huisartsenpraktijk werden de redenen waarom de geadapteerde richtlijn niet wordt toegepast opgespoord en weergegeven in een visgraatdiagram. Dit was de basis voor het formuleren van een praktijkconsensus.

Resultaten: Uit de zoektocht naar literatuur werden de NHG standaard decubitus en de NICE richtlijn '*Pressure ulcer prevention: The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care*' weerhouden. Na evaluatie van deze richtlijnen werd beslist om enkel met de NICE richtlijn verder te gaan omwille van een betere score op AGREE II en zeer recente update in 2018. De aanbevelingen uit de originele Duodecim richtlijn konden behouden worden mits enkele aanvullingen. Nieuwe informatie uit een Cochrane review (2019) leidde bij de risicobeoordeling tot het verleggen van de nadruk op het gebruik van de gevalideerde schalen naar het uitvoeren van een klinisch onderzoek, met name huidinspectie. De betreffende richtlijnen om dit duidelijk te omschrijven werden overgenomen uit de NICE richtlijn. Betreffende preventie geeft de NICE richtlijn met een hoog niveau van evidentie aan dat informatie betreffende alle aspecten van decubitus aan risicopatiënten en hun zorgverleners moet worden verstrekt, alsook dat er in opleiding van professionele zorgverleners moet worden voorzien. Dit werd opgenomen in de aanvullingen op de Duodecim richtlijn. Aan de peer review namen 24 huisartsen deel, deze waren het globaal eens met de geadapteerde richtlijnen en aanpassingen waren niet nodig. Wel werd duidelijk dat er voor de risicobeoordeling en preventie van decubitus gerekend wordt op de verpleegkundigen, de bijdrage van de artsen blijft hierin vaak beperkt. De opgestelde praktijkconsensus legt dan ook de nadruk op een geoptimaliseerde samenwerking.

Besluit: De aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus' blijken haalbaar en toepasbaar binnen de Belgische zorgcontext. Enkele nuttige aanvullingen werden voorgesteld, na literatuurstudie en aftoetsing bij artsen.

Trefwoorden: ICPC2 code S97 Chronisch huidulcus; ICD10 code L89 Decubitusulcus **Contact:** karlien.ichau@gmail.com

Inhoudsopgave

Inleiding 6

Doelstelling 7

Methode 8

Fase 1: Screeningsfase 8

Stap 1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting (PIPOH)-elementen. 8

Stap 2. Zoeken naar relevante richtlijnen 8

Stap 3. Screenen van de gevonden richtlijnen 8

Stap 4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen 8

Stap 4.1. Evaluatie richtlijnen met AGREE II 8

Stap 4.2. Inventariseren inhoud van de aanbevelingen 8

Stap 4.3: Waarderen aanbevelingen op samenhang 8

Stap 4.4: Waarderen aanbeveling op courantheid 9

Stap 4.5: Waarderen aanbevelingen op toepasbaarheid 9

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbevelingen voor verdere aanpassing 9

Stap 6: Nazicht door leescommissie 9

Fase 2: Adaptatiefase 9

Stap 7: Eerste versie opmaken 9

Fase 3: Implementatiefase 9

Stap 8: Peer review 9

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus 10

Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet 10

Resultaten 11

Fase 1: Screeningsfase 11

Stap 1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting (PIPOH)-elementen. 11

Stap 2. Zoeken naar relevante richtlijnen 13

Stap 3. Screenen van de gevonden richtlijnen 14

Stap 4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen 14

Stap 4.1. Evalueer richtlijnen met AGREE II 14

Stap 4.2 Inventariseren inhoud van de aanbevelingen 14

Stap 4.3: Waarderen aanbevelingen op samenhang 14

Stap 4.4: Waarderen aanbeveling op courantheid 14

Stap 4.5: Waarderen aanbevelingen op toepasbaarheid 14

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbevelingen voor verdere aanpassing 15
Stap 6: Nazicht door leescommissie 15
Fase 2: Adaptatiefase 15
Stap 7: Eerste versie opmaken 15
Fase 3: Implementatiefase 17
Stap 8: Peer review 17
A. Peilen naar voorkennis en huidig handelen betreffende de risicobeoordeling en preventie van decubitus. 17
B. Beoordelen van de toepasbaarheid van enkele kernboodschappen uit de geadapteerde richtlijn. 19
Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus 25
Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet 26
Discussie 27
Inzichten 27
Screeningsfase 27
Adaptatiefase 28
Implementatiefase 28
Sterktes en beperkingen 29
Sterktes 29
Beperkingen 29
Besluit 30
Woord achteraf 31
Referenties 32
Lijst met afkortingen 33
Bijlagen 34
Bijlage 1: Goedkeuring van de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel - VUB 34
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol door de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel - VUB 35
Bijlage 3: Vragenlijst voor aftoetsen voorkennis bij artsen en toepasbaarheid van aanbevelingen 38
Bijlage 4: Feedback leescommissie EBPracticeNet 42
Bijlage 5: Document voor finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet 43

Inleiding

Als onderwerp voor mijn masterproef in het kader van de master-na-master (MaNaMa) Huisartsgeneeskunde koos ik ervoor om in te stappen in het Duodecim project. De Finse huisartsenvereniging Duodecim ontwikkelde internationaal geaccrediteerde richtlijnen '*Evidence-Based Medicine Guidelines*' voor eerstelijnsgezondheidszorg. Deze werden aangekocht door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en ter beschikking gesteld van Belgische zorgverleners via Evidence Based Practice Net (EBPracticeNet), een elektronisch platform dat nationale en internationale richtlijnen voor de geneeskundige praktijk verzamelt en terug te vinden is via de evidence linker in het medisch dossier. Duodecim richtlijnen worden door de redactie van EBPracticeNet beoordeeld op kwaliteit van inhoud, consistentie van aanbeveling met inhoud en/of toepasbaarheid in de Belgische context en indien dit negatief is dienen ze te worden herzien.[1]

Vanuit een sterke wetenschappelijke interesse en gedrevenheid wenste ik aan dit project mee te werken. Wat me vooral aanspreekt, is het hele proces waar je doorheen gaat en leert om op een wetenschappelijke onderbouwde manier naar wetenschappelijke literatuur te kijken. Het is persoonlijk verrijkend, je bouwt ervaring op om publicaties met een kritisch oog te benaderen. Tevens is het een project met een veel bredere boodschap, namelijk het opstellen van aangepaste richtlijnen aan de Belgische zorgcontext en deze beschikbaar maken voor huisartsen en andere zorgverleners. Zeer nuttig werk, aangezien met behulp van goede richtlijnen op een evidence based manier geneeskunde kan beoefend worden.

In dit kader koos ik ervoor om, samen met collega-huisarts in opleiding (HAIO) Charista Santoso, als masterproef de richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus'[2] te herzien en aan te passen aan de Belgische zorgcontext. In mijn masterproef zal ik me toeleggen op de risicobeoordeling en preventie van decubitus. Collega-HAIO Charista Santoso bespreekt de behandeling in haar masterproef.

Decubitus of doorligwonde wordt door het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) gedefinieerd als een lokale beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel door druk of door druk in combinatie met schuifkrachten. Deze schade ontstaat meestal daar waar de huid dicht over de botstructuren ligt, voornamelijk ter hoogte van de stuit, hiel, malleolus, tuber ischiadicum en trochanter major.[3]
Omwille van de vergrijzing van de bevolking behoren decubitusletsels tot één van de frequentste pathologieën in onze maatschappij. Vanderwee et al (2007) beschrijven een blijvend hoge prevalentie van decubitus in Europese landen: tussen 8,9% en 18,1% in ziekenhuizen en tussen 6,4% en 31,4% in woonzorgcentra.[4] In België zijn er volgens het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) alleen nationale prevalentie cijfers beschikbaar voor de ziekenhuizen, deze bedroegen 12,1% in 2012.[5] Decubitus gaat gepaard met veel pijn en ongemak, alsook met een belangrijke comorbiditeit en kosten. Om die reden is de preventie zo belangrijk en één van de meest toegepaste zorginterventies in ziekenhuizen, residentiële zorg en thuiszorg.[5]

Vermits de huisarts zowel in de residentiële zorg als de thuiszorg actief is, is het dus uitermate nuttig dat er een richtlijn wordt opgesteld die toegepast kan worden om op een efficiënte en kosteneffectieve manier aan preventie en behandeling van decubitus te doen.

Doelstelling

Het doel van deze masterproef is de adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus'[2] naar de Belgische zorgcontext, meer bepaald voor het eerste deel van de richtlijn dat de aanbevelingen voor risicobeoordeling en preventie van decubitus omvat.

Om aan dit project te starten werden eerst klinische vragen omtrent het onderwerp preventie van decubitus geformuleerd:

1. Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?
2. Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?

Aan de hand van literatuuronderzoek werden de recente evidence en daarop gebaseerde praktijkaanbevelingen geselecteerd, samengevat en werd er een voorstel geformuleerd tot aanpassing van de Duodecim richtlijn betreffende bovenstaande klinische vragen.

In deze masterproef volgt verder ook de implementatiefase van het adaptatieproces. Hierbij willen we informatie verzamelen over de toepasbaarheid, haalbaarheid en barrières voor het toepassen van de nieuw geformuleerde praktijkaanbevelingen in de eerstelijnszorg. Hieraan kunnen op basis van peer review en praktijktoetsing zo nodig nog verdere aanpassingen gebeuren. De finale versie met aanbevelingen wordt voorgelegd aan de leescommissie van EBPracticeNet ter goedkeuring.

Methode

Voor dit project werd de methode gevolgd zoals beschreven in het 'Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBPracticeNet.be'[1]. Het adaptatieproces bestaat uit drie fasen, die hieronder worden toegelicht. Voor de eerste twee fasen, de screeningsfase en de adaptatiefase, werden alle stappen en beslissingen genoteerd in een Excel bestand, wat verder benoemd zal worden als de matrix.

Fase 1: Screeningsfase

Stap 1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting (PIPOH)-elementen.

In deze masterproef komen risicobeoordeling en preventie van decubitus aan bod. Voor deze thema's werden klinische vragen opgesteld met bijhorende PIPOH elementen.

Stap 2. Zoeken naar relevante richtlijnen

Aan de hand van de zoektermen 'pressure ulcer', 'decubitus', al dan niet in combinatie met 'prevention' of 'preventie' werd er in verschillende databases naar recente literatuur van maximaal 5 jaar oud gezocht. Volgende databases werden geraadpleegd: Guidelines International Network (GIN) (www.g-i-n.net), National Guideline Clearinghouse (NGC) (guideline.gov), National Health Service (NHS) guideline finder (www.evidence.nhs.uk), Trip Database (http://www.tripdatabase.com/), KCE (www.kce.fgov.be), Hoge Gezondheids Raad (HGR) (www.hgr-css.be), minerva (www.minerva.be), farmaka (www.farmaka.be), RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/index.htm), Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) (www.bcfi.be) en Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg (http://www.health.belgium.be/eportal/index.htm).
Tijdens deze stap werd een eerste selectie gemaakt van te weerhouden richtlijnen. Alle gevonden resultaten en beslissingen met betrekking tot de selectie werden in de matrix genoteerd.

Stap 3. Screenen van de gevonden richtlijnen

Voor de gevonden richtlijnen werd telkens nagegaan of deze een antwoord konden bieden op de klinische vragen. Richtlijnen van organisaties met een gekende hoge kwaliteit kregen de voorkeur. Om al een eerste idee te krijgen over de kwaliteit werden de richtlijnen aan een sneltoets van Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II[6] (items 7, 9 en 23) onderworpen.

Stap 4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1. Evaluatie richtlijnen met AGREE II

De geselecteerde richtlijnen werden met de Nederlandstalige versie van het AGREE II instrument[6] geëvalueerd.

Stap 4.2. Inventariseren inhoud van de aanbevelingen

Per klinische vraag werd de inhoud van de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn[2] en de weerhouden richtlijnen geïnventariseerd in de matrix. Hierbij werd de graad van aanbeveling alsook het niveau van evidentie zoals opgegeven in de bronguideline genoteerd.

Stap 4.3: Waarderen aanbevelingen op samenhang

Hierbij werd er gekeken naar de samenhang van de aanbevelingen op verschillende vlakken. Eerst werd de consistentie van de zoekstrategie met de klinische vraag beoordeeld. Vervolgens werd er gekeken naar de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. Tot slot werd de consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling nagegaan.

Stap 4.4: Waarderen aanbeveling op courantheid

Er werd gezocht naar update rapporten van de gevonden richtlijnen. Tevens werd er voor elke klinische vraag een zoektocht verricht om na te gaan of er meer recente informatie beschikbaar was. Hiervoor werden de eerder gespecifieerde PIPOH elementen gebruikt. Er werd eerst gezocht in de database van Cochrane (www.cochrane.org) naar systematic reviews. Bij afwezigheid daarvan werd er vervolgens in MEDLINE (www.pubmed.com) gekeken. Met nieuw bewijs werd rekening gehouden bij de herziening van de Duodecim richtlijn[2].

Stap 4.5: Waarderen aanbevelingen op toepasbaarheid

Om de toepasbaarheid te beoordelen werd er gekeken naar overeenkomst tussen de doelgroep en patiëntengroep uit de bronrichtlijn en de Belgische zorgcontext. Er werd ook nagegaan er voldoende rekening werd gehouden met de verwachtingen en voorkeuren van patiënten. Tot slot werd de toepasbaarheid in de Belgische praktijk gewaardeerd, rekening houdend met diverse aspecten zoals bijvoorbeeld de noodzakelijke expertise, praktijkorganisatie, terugbetalingscriteria, …

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbevelingen voor verdere aanpassing

De aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn werden voor elke klinische vraag vergeleken met de aanbevelingen uit de weerhouden richtlijnen. Voor elke aanbeveling werd er gekeken of er adaptatie nodig was en werd de evidence-based medicine (EBM)-informatie daarvoor in de matrix genoteerd. Wijzigingen werden enkel voorgesteld indien deze een impact zouden hebben op het klinisch handelen en/of het beleid.

Stap 6: Nazicht door leescommissie

De matrix met alle gegevens uit stap 1 tot en met stap 5 werd beoordeeld door de leescommissie van EBPracticeNet.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

De tekst van Duodecim werd enkel bij belangrijke en relevante afwijkingen ten opzichte van de weerhouden aanbevelingen herschreven. Aan elke aanbeveling werd vervolgens ook een Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)[7] toegekend, waarbij de sterkte van de aanbeveling met een cijfer weergegeven wordt (1: sterk, 2: zwak) en het niveau van bewijskracht met een letter (A: hoog, B: matig, C: laag – zeer laag).

Fase 3: Implementatiefase

Tijdens deze fase werden de haalbaarheid en barrières betreffende de implementatie van de eerste versie van de geadapteerde richtlijn onderzocht. Op basis daarvan was het mogelijk om nog eventuele verdere aanpassingen aan de reeds geadapteerde praktijkaanbevelingen te doen. Het uiteindelijke resultaat werd nogmaals beoordeeld door de leescommissie van EBPracticeNet.

Het uitgebreide en door de Commissie Medische Ethiek goedgekeurde protocol vindt u in bijlage 2. Dit wordt hier kort beschreven.

Stap 8: Peer review

Belangrijke noot: ten gevolge van de coronavirus disease 2019 (COVID19) pandemie heeft een deel van de peer review niet kunnen plaatsvinden. Deze staan in cursief.

Voor de implementatiefase maakten we gebruik maken van peer review en expert opinion. De geadapteerde richtlijnen werden afgetoetst aan de praktijkervaring van huisartsen, *verpleegkundigen en referentieverpleegkundigen wondzorg*. Hiervoor organiseerden we verschillende vergaderingen omtrent de preventie en behandeling van decubitus:

- 2 Lokale Kwaliteitsgroep (LOK) vergaderingen van huisartsen, telkens 12-15 deelnemers
- *2 groepen verpleegkundigen werkzaam in een woon-zorg-centrum, telkens 8-12 deelnemers*
- *2 referentieverpleegkundigen wondzorg van het Wit-Gele Kruis*

Deelnemers kregen op voorhand een informatie- en toestemmingsbrief. Er werden geen demografische gegevens gevraagd of geregistreerd en deelname was vrijblijvend en anoniem.
Gedurende de vergaderingen met de LOK-groepen *en de verpleegkundigen* (peer review) werd er eerst een vragenlijst verdeeld om te peilen naar de voorkennis en/of het huidige handelen (bijlage 3). Nadien werd de richtlijn over het onderwerp voorgesteld aan de hand van een powerpointpresentatie. Tot slot werd via een vragenlijst de toepasbaarheid van de aanbevelingen bevraagd (bijlage 3).
Gedurende de vergadering met de referentieverpleegkundigen wondzorg (expert opinion) werd de toepasbaarheid van de richtlijn besproken met dezelfde vragenlijst (bijlage 3).
De gegevens die op die manier verzameld werden leidden tot identificatie van zowel drempels als faciliterende factoren voor het toepassen van de richtlijn. Daarvan werd gebruik gemaakt om de aanbeveling zo nodig verder aan te passen.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

Tot slot werden de geadapteerde richtlijnen betreffende risicobeoordeling en preventie van decubitus in de eigen opleidingspraktijk besproken. Een brainstorm maakte het mogelijk om een visgraatdiagram op te stellen, waarin de obstakels en problemen om de richtlijn te implementeren werden genoteerd (met betrekking tot personen, infrastructuur, praktijkfunctioneren en externe factoren). Zo trachtten we te komen tot het formuleren van een praktijkconsensus: het toepassen van de geadapteerde richtlijn of bij afwijken van de consensus van de richtlijn werd er geformuleerd waarom en op welke manier.

Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet

Na de peer review en het formuleren van de praktijkconsensus werd bekeken of er nog verdere aanpassingen aan de geadapteerde Duodecimrichtlijn[2] nodig waren. De definitieve geadapteerde aanbevelingen werden door de leescommissie van EBPracticeNet beoordeeld.

Resultaten

Het adaptatieproces omvat drie fasen: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase. Alle resultaten van de eerste 2 fasen werden genoteerd in een speciaal daarvoor ontwikkelde matrix die werd goedgekeurd door de leescommissie van EBPracticeNet. Deze is te uitgebreid om weer te geven, daarom zullen enkel de belangrijkste elementen en beslissingen hier worden besproken.

Fase 1: Screeningsfase

Stap 1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting (PIPOH)-elementen.

In deze masterproef komen de risicobeoordeling en preventie van decubitus aan bod.

Initieel werden 2 klinische vragen geformuleerd:

1. Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?
2. Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?

Gedurende de feedback sessies van EBPracticeNet werd voorgesteld om deze verder op te splitsen in meer gedetailleerde klinische vragen om te vermijden dat de matrix te complex zou worden wegens de mogelijke veelheid aan aanbevelingen per klinische vraag. Hiervoor baseerden we ons op de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline 'Pressure ulcers: prevention and treatment'[8]. De klinische vragen die daarin terug te vinden zijn werden letterlijk vertaald en overgenomen in het KCE rapport 'Een nationale richtlijn voor decubituspreventie'[5] uit 2012.
De klinische vragen die in de NICE guideline[8] geformuleerd en in het KCE rapport[5] vertaald werden dekten de inhoud van de Duodecim richtlijn die geadapteerd moest worden. Om die reden werd beslist deze gedetailleerde vragen betreffende de risicobeoordeling en preventie van decubitus over te nemen.

RISICOBEOORDELING

1. Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?

P: volwassenen en kinderen die opgenomen zijn in ziekenhuizen, residentiële voorzieningen (waaronder woonzorgcentra en revalidatie-instellingen) en in de thuiszorg
I: methoden voor risicobeoordeling
P: artsen, verpleegkundigen, kinesisten
O: klinische doeltreffendheid en efficiëntie van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus
H: eerste en tweede lijn

2. Wat is de voorspellende waarde van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?

P: volwassenen en kinderen die opgenomen zijn in ziekenhuizen, residentiële voorzieningen (waaronder woonzorgcentra en revalidatie-instellingen) en in de thuiszorg
I: methoden voor risicobeoordeling
P: artsen, verpleegkundigen, kinesisten
O: voorspellende waarde van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus
H: eerste en tweede lijn

3. Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?

P: volwassenen en kinderen die opgenomen zijn in ziekenhuizen, residentiële voorzieningen (waaronder woonzorgcentra en revalidatie-instellingen) en in de thuiszorg
I: beoordelingsmethoden van de huid
P: artsen, verpleegkundigen, kinesisten
O: klinische doeltreffendheid en efficiëntie van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus
H: eerste en tweede lijn

4. Wat is de voorspellende waarde van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?

P: volwassenen en kinderen die opgenomen zijn in ziekenhuizen, residentiële voorzieningen (waaronder woonzorgcentra en revalidatie-instellingen) en in de thuiszorg
I: beoordelingsmethoden van de huid
P: artsen, verpleegkundigen, kinesisten
O: voorspellende waarde van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus
H: eerste en tweede lijn

PREVENTIEVE MAATREGELEN

5. Hoe en aan welke frequentie moet wisselhouding plaatsvinden bij de preventie van decubitus?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus
I: wisselhouding
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

6. Wat is de klinische doeltreffendheid van huidmassages bij de preventie van decubitus?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus
I: huidmassages
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

7. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende interventies op het vlak van voeding of hydratatie voor de preventie van decubitus bij mensen met en zonder voedingsdeficiëntie?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus met en zonder voedingsdeficiëntie
I: nutritionele interventies
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

8. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen/hulpmiddelen voor de preventie van decubitus?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus
I: drukverspreidende materialen/hulpmiddelen
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen

O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

9. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen/hulpmiddelen voor de preventie van decubitus aan de hiel?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus
I: drukverspreidende materialen/hulpmiddelen
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus aan de hiel
H: eerste lijn

10. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende topische huidproducten (zoals crèmes of zalven) voor de preventie van decubitus?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus
I: topische huidproducten (zoals crèmes of zalven) gebruikt voor andere doeleinden (zoals hydratatie van de huid, of huidbescherming)
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus aan de hiel
H: eerste lijn

11. Welke informatie is vereist voor patiënten en niet-professionele zorgverleners om decubitus te voorkomen?

P: patiënten met verhoogd risico op ontwikkelen van decubitus en hun en niet-professionele zorgverleners
I: verstrekken van informatie betreffende de preventie van decubitus
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

12. Welke educatie en training zijn vereist voor professionele zorgverleners in de preventie van decubitus?

P: professionele zorgverleners aan patiënten met risico op decubitus
I: verstrekken van informatie betreffende de preventie van decubitus
P: huisartsen, kinesisten, verpleegkundigen
O: al dan niet ontwikkelen van decubitus
H: eerste lijn

Stap 2. Zoeken naar relevante richtlijnen

Er werden initieel 3 richtlijnen weerhouden, namelijk de NICE guideline 'Pressure ulcers: prevention and treatment' (https://www.nice.org.uk/guidance/cg179)[8], de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en de American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) clinical practice guideline on prevention and treatment of pressure ulcers (NPUAP/EPUAP 2014 Sep PDF)[9] en de Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) standaard decubitus (https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-decubitus)[3]. Het Belgische KCE rapport 'Een nationale richtlijn voor decubituspreventie'[5] kreeg sinds 2012 geen update meer en werd dus niet weerhouden aangezien ouder dan 5 jaar.

Stap 3. Screenen van de gevonden richtlijnen

Aangezien de NPUAP/EPUAP clinical practice guideline[8] enkel tegen betaling beschikbaar was werd er besloten deze alsnog te excluderen.

Stap 4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1. Evalueer richtlijnen met AGREE II

Zowel de NICE guideline[8] als de NHG standaard[3] werden geëvalueerd met AGREEII[6]. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in de matrix.

Na overleg tijdens de feedback sessies van Duodecim en met de promotor werd er beslist om na stap 4.1 enkel de NICE guideline[8] te weerhouden. De informatie in beide richtlijnen is zeer vergelijkbaar, maar de NICE guideline[8] had een betere score bij de evaluatie dan de NHG standaard[3]. Bovendien krijgt ze een jaarlijkse update, met de meest recente in 2018, en dateert de NHG standaard[3] uit 2015.

Stap 4.2 Inventariseren inhoud van de aanbevelingen

Alles werd samengevat in de matrix.

Stap 4.3: Waarderen aanbevelingen op samenhang

Alles werd samengevat in de matrix.

Stap 4.4: Waarderen aanbeveling op courantheid

We weerhielden als nieuwe evidence een Cochrane review (januari 2019)[10] die de bijdrage van de risicobeoordelingsschalen in de preventie van decubitus analyseert:

> "AUTHORS' CONCLUSIONS:
>
> We identified two studies which evaluated the effect of risk assessment on pressure ulcer incidence. Based on evidence from one study, we are uncertain whether risk assessment using the Braden tool makes any difference to pressure ulcer incidence, compared with training and risk assessment using clinical judgement, or risk assessment using clinical judgement alone. Risk assessment using the Waterlow tool, or the Ramstadius tool may make little or no difference to pressure ulcer incidence, or severity, compared with clinical judgement. The low, or very low certainty of evidence available from the included studies is not reliable enough to suggest that the use of structured and systematic pressure ulcer risk assessment tools reduces the incidence, or severity of pressure ulcers."[10]

Ook is er een Cochrane review (december 2018)[11] verschenen die de rol van topische huidproducten in de preventie van decubitus bekijkt:

> "AUTHORS' CONCLUSIONS:
>
> Most of the trials exploring the impact of topical applications on pressure ulcer incidence showed no clear benefit or harm. Use of fatty acid versus a control compound (a cream that does not include fatty acid) may reduce the incidence of pressure ulcers. Silicone dressings may reduce pressure ulcer incidence (any stage). However the low level of evidence certainty means that additional research is required to confirm these results."[11]

Stap 4.5: Waarderen aanbevelingen op toepasbaarheid

Alle aanbevelingen uit de Duodecim[2] en NICE richtlijnen[8] werden toepasbaar in de Belgische zorgcontext bevonden.

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbevelingen voor verdere aanpassing

Voor veruit de meeste aanbevelingen werd geen aanpassing voorgesteld om volgende mogelijke redenen:

- consensus tussen de Duodecim aanbevelingen[2] en de NICE guideline[8]
- te laag niveau van bewijskracht
- geen impact op klinisch handelen en/of beleid

Bij de resultaten van stap 7 zijn per klinische vraag de al dan niet geadapteerde aanbevelingen terug te vinden. Voorgestelde aanpassingen staan in *cursief*. Deze werden overgenomen uit de NICE guideline[8] (met vertaling overgenomen uit het KCE rapport[5] van 2012, of vertaald door mezelf) en de Cochrane review[10].

Stap 6: Nazicht door leescommissie

De volledige feedback vindt u in bijlage 4. Het nazicht gebeurde door Dr. Hanne Cloetens.

Eindoordeel: "Het resultaat van fase 1 vormt een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, en wordt zonder aanpassingen goedgekeurd."

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

Per klinische vraag worden de al dan niet geadapteerde aanbevelingen opgelijst. Voorgestelde aanpassingen staan in *cursief* en werden overgenomen uit de NICE guideline[8] (met vertaling overgenomen uit het KCE rapport[5] van 2012, of vertaald door mezelf) en de Cochrane review[10]. Aan elke aanbeveling werd een GRADE[7] toegekend.

Klinische vraag 1: Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?

1. Een risicoanalyse voor decubitus gemaakt met behulp van een gevalideerde scorelijst, is nauwkeuriger dan een louter klinische beoordeling. (GRADE 2C)
2. De pathofysiologie van decubitus is complex en geen enkele scorelijst is volledig betrouwbaar. Een resultaat op basis van een scorelijst moet daarom altijd aangevuld worden met een uitgebreide klinische beoordeling. (GRADE 2C)
3. Een patiënt met een voorgeschiedenis van decubitus behoort steeds tot de hoogrisicogroep. (GRADE 1C)
4. Er werden verschillende schalen ontwikkeld voor het voorspellen van het risico op decubitus; de schalen aanbevolen voor routinepatiënten zijn de Braden-schaal en de Shape Risk Scale (SRS). (GRADE 2C)
5. Bij speciale patiëntengroepen, zoals jonge kinderen (< 5 jaar) of intensive-carepatiënten, worden schalen aanbevolen die speciaal ontworpen zijn voor deze patiëntengroepen. (GRADE 1C)
6. Voer een risicobeoordeling uit van zodra de patiënt opgenomen wordt, maar in ieder geval uiterlijk binnen de 8 uur. Beoordeel dit opnieuw indien de omstandigheden van de patiënt veranderen. Noteer de timing en de resultaten van de risicobeoordeling in het patiëntendossier. (GRADE 1C)
7. *Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling.*[10] (GRADE 2B)

Klinische vraag 2: Wat is de voorspellende waarde van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?

Geen evidence beschikbaar.

Klinische vraag 3: Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?

8. *Een uitgebreide huidinspectie van het hoofd tot aan de voeten, met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen, vooral ter hoogte van de beenderige uitsteeksels, moet een onderdeel vormen van een structurele risicobeoordeling.*[8,5] (GRADE 1C)
9. *Inspecteer de huid regelmatig op tekens van roodheid en niet wegdrukbare roodheid. Bij de huidinspectie hoort ook een beoordeling van lokale warmte, zwelling of hard aanvoelen van de huid.*[8,5] (GRADE 1C)

Klinische vraag 4: Wat is de voorspellende waarde van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?

Geen evidence beschikbaar.

Klinische vraag 5: Hoe en aan welke frequentie moet wisselhouding plaatsvinden bij de preventie van decubitus?

10. De basis van decubituspreventie is een herpositioneringsregime uitgevoerd om de twee uur; het doel van decubituspreventie is om de blootstelling aan druk te verminderen. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat het twee uursregime ondersteunt. (GRADE 1C)

Klinische vraag 6: Wat is de klinische doeltreffendheid van huidmassages bij de preventie van decubitus?

Hierover wordt niets vermeld in de Duodecim aanbevelingen. Aangezien er in de NICE guideline huidmassage expliciet wordt ontraden, dient er geen aanpassing te gebeuren.

Klinische vraag 7: Welke zijn de klinisch meest doeltreffende interventies op het vlak van voeding of hydratatie voor de preventie van decubitus bij mensen met en zonder voedingsdeficiëntie?

Hierover wordt niets vermeld in de Duodecim aanbevelingen. Aangezien er in de NICE guideline voedingssupplementen of subcutaan/intraveneus vocht expliciet wordt ontraden indien de intake en hydratatie voldoende zijn, dient er geen aanpassing te gebeuren.

Klinische vraag 8: Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen / hulpmiddelen voor de preventie van decubitus?

11. Plaats de patiënt op een steunoppervlak dat overeenkomt met de risicocategorie. Een decubituspatiënt moet op een matras/bedovertrek/bed voor zeer-hoogrisicopatiënten worden geplaatst. (GRADE 1C)
12. Schuimmatrassen zijn meer effectief dan standaard polyurethaan matrassen voor ziekenhuizen voor de preventie van decubitus. Indien nodig moet een wondzorgverpleegkundige geraadpleegd worden voor de selectie van een geschikt steunvlak. (GRADE 1A)
13. Het raakvlak tussen het steunvlak en de huid van de patiënt moet zoveel mogelijk vrij zijn van beddengoed/incontinentielakens/verzorgingsmateriaal, aangezien deze meestal interfereren met de drukherverdelende eigenschappen van het steunvlak. (GRADE 1C)
14. Bovendien kan drukherverdeling voorzien worden door het gebruik van opvulling, wigvormige en andere positioneringskussens (zorg ervoor dat de opvulling/het kussen zelf geen druk uitoefent) en echte schaapsvachten (meestal bij thuiszorg). (GRADE 2C)
15. Het gebruik van verschillende donut-achtige materialen is gecontra-indiceerd. (GRADE 2C)

Klinische vraag 9: Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen / hulpmiddelen voor de preventie van decubitus aan de hiel?

Hierover wordt niets vermeld in de Duodecim aanbevelingen, de antwoorden op klinische vraag 8 zijn voldoende om ook hier toe te passen.

Klinische vraag 10: Welke zijn de klinisch meest doeltreffende topische huidproducten (zoals crèmes of zalven) voor de preventie van decubitus?

16. Dressings op benige uitsteeksels kunnen de incidentie van decubitus mogelijks verminderen. (GRADE 2C)

Klinische vraag 11: Welke informatie is vereist voor patiënten en niet-professionele zorgverleners om decubitus te voorkomen?

17. *Verstrek volgende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners* (GRADE 1A)*:*
    - *oorzaken van decubitus*
    - *vroege tekens van decubitus*
    - *manieren om aan preventie van decubitus te doen*
    - *technieken en materiaal demonstreren om aan preventie van decubitus te doen*
    - *gevolgen van decubitus (bv. voor de algemene gezondheid, behandelingsopties, risico om in de toekomst nog decubitusletsels te ontwikkelen)*[8]

Klinische vraag 12: Welke educatie en training zijn vereist voor professionele zorgverleners in de preventie van decubitus?

18. *Voorzie training van professionele hulpverleners in preventie van decubitus betreffende* (GRADE 1A)*:*
    - *etiologie en voorbeschikkende risicofactoren*
    - *risicobeoordeling*
    - *huidbeoordeling*
    - *herpositionering*
    - *selectie en gebruik van drukverspreidende hulpmiddelen*
    - *educatie van patiënt en zijn zorgverleners*[8]

Fase 3: Implementatiefase

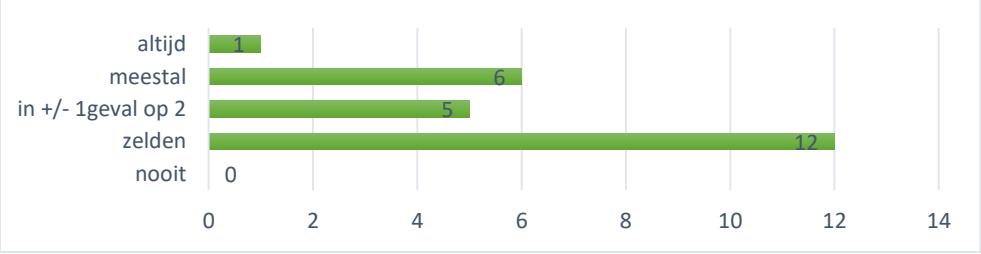
Stap 8: Peer review

A. *Peilen naar voorkennis en huidig handelen betreffende de risicobeoordeling en preventie van decubitus.*

Er werden een aantal stellingen aan 2 LOK groepen van telkens 12 artsen voorgelegd (terug te vinden in bijlage 3). Het totale aantal deelnemende artsen bedroeg 24. In de staafdiagrammen vindt u telkens terug hoeveel artsen voor een bepaalde antwoordoptie kozen.

RISICOBEOORDELING

1. Bij een patiënt met beperkte mobiliteit of sensorische stoornissen in de thuissituatie beoordeel ik het risico op decubitus.

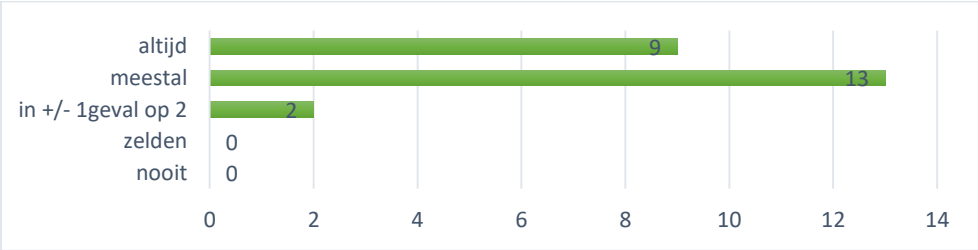


2. Bij een patiënt met beperkte mobiliteit of sensorische stoornissen in een woonzorgcentrum (WZC) beoordeel ik het risico op decubitus.

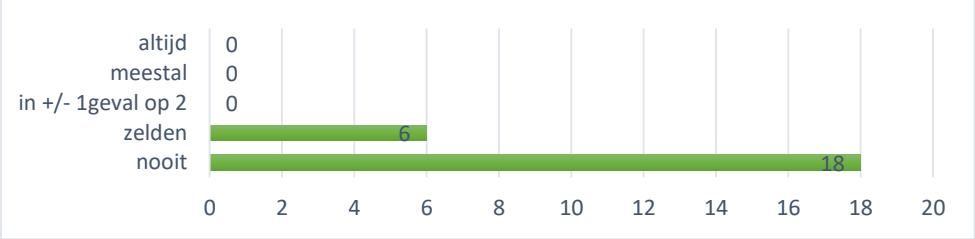


Volgende vragen moesten enkel beantwoord worden indien de arts zelf het risico op decubitus beoordeelt:

3. Het risico evalueer ik aan de hand van een klinische beoordeling.



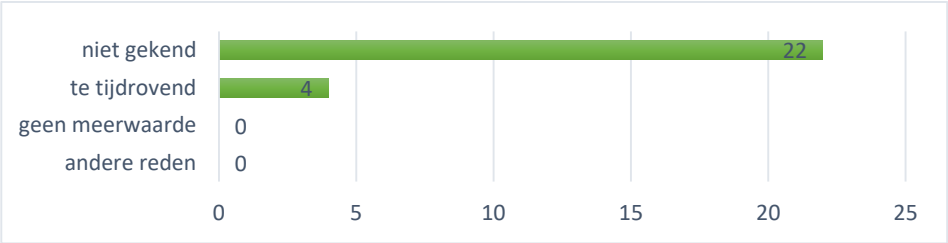
4. Het risico evalueer ik aan de hand van een gevalideerde risicobeoordelingsschaal.



a. Indien u een gevalideerde schaal gebruikt, welke is dit?

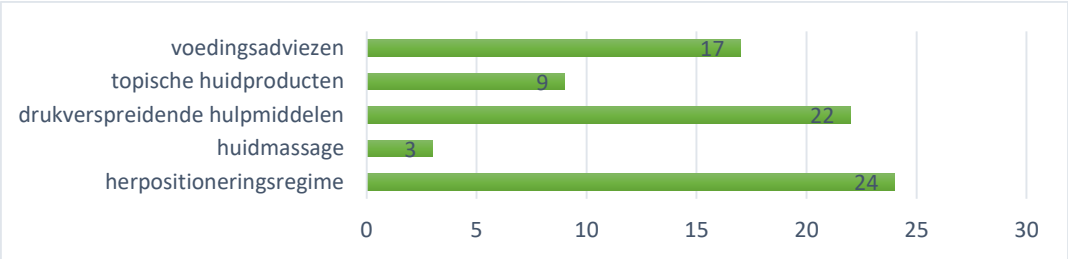
   Er werden geen antwoorden verkregen op deze vraag.

b. Indien u geen gevalideerde schaal gebruikt, waarom niet?



PREVENTIE

Voor de preventie van decubitus is het cruciaal om te denken aan:



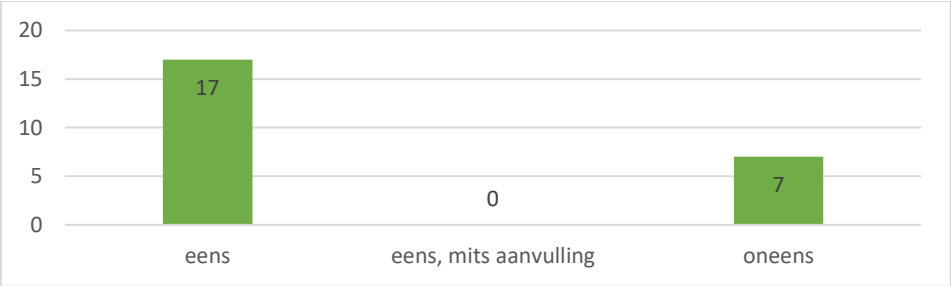
B. Beoordelen van de toepasbaarheid van enkele kernboodschappen uit de geadapteerde richtlijn.

De kernboodschappen betreffende risicobeoordeling en preventie van decubitus werden op toepasbaarheid beoordeeld door 24 artsen. Eerst werd er aangegeven of de arts het eens, eens mits aanvulling of oneens is met de kernboodschap. Vervolgens diende de aanvulling of reden voor het oneens zijn nader te worden toegelicht. Waar mogelijk diende te worden aangegeven door de artsen die het eens waren of de aanbeveling ook effectief toegepast wordt in de praktijk en als dit niet het geval is, werd gevraagd de reden daarvoor op te geven.

Tot slot werd er een globale beoordeling gevraagd.

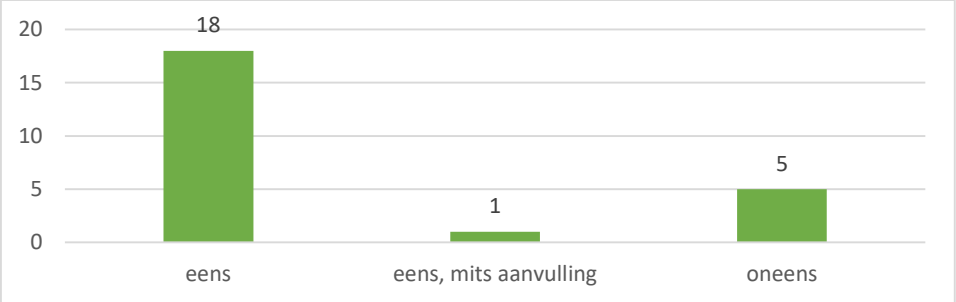
RISICOBEOORDELING

1. Een decubitusrisicoanalyse gemaakt met behulp van een gevalideerde risico-beoordelingsschaal, is nauwkeuriger dan een louter klinische beoordeling.



Als reden voor het oneens zijn, werd door drie artsen aangegeven dat ze de gevalideerde risicobeoordelingsschalen overbodig vinden.

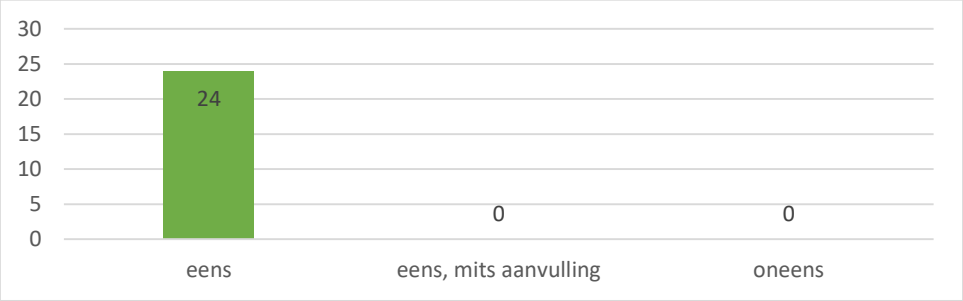
2. Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling.



Door één arts werd voorgesteld om de aanbeveling aan te vullen met een duidelijkere omschrijving van wat de klinische beoordeling inhoudt.

Eén arts gaf als reden voor het oneens zijn op dat een schaal voor meer vroegtijdige detectie zorgt. De andere artsen die het oneens zijn gaven daarvoor geen reden op.

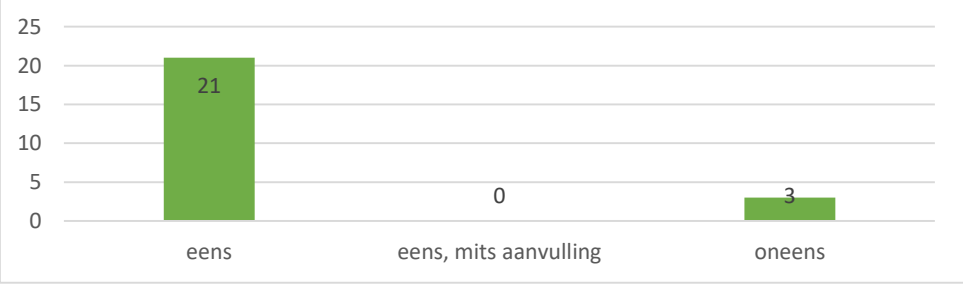
3. De pathofysiologie van decubitus is complex en geen enkele risicobeoordelingsschaal is volledig betrouwbaar. Een resultaat op basis van een beoordelingsschaal moet daarom altijd worden aangevuld met een uitgebreide klinische beoordeling.



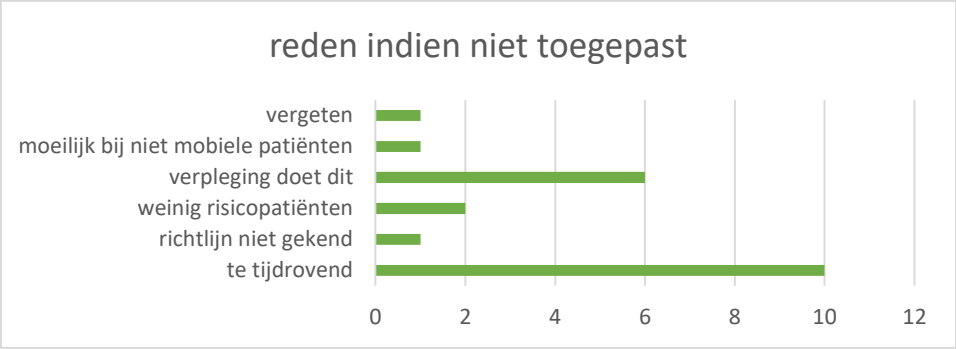
Zeven artsen gaven aan de aanbeveling toe te passen, 17 niet.
De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.



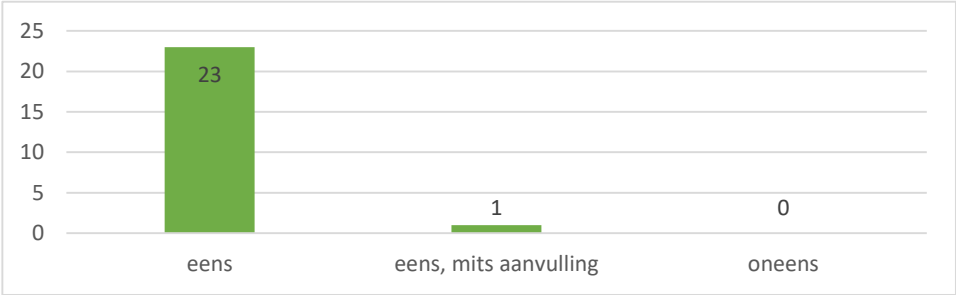
4. Een uitgebreide huidinspectie van het hoofd tot aan de voeten, met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen, vooral ter hoogte van de beenderige uitsteeksels, moet een onderdeel vormen van een structurele risicobeoordeling.



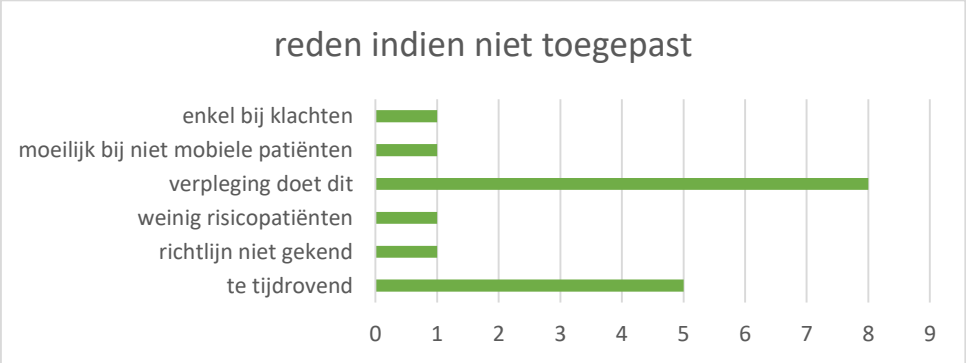
Twee artsen gaven als reden voor het oneens zijn op dat een uitgebreide inspectie niet praktisch is. Eén arts gaf aan dat de reden is dat niet alle patiënten hetzelfde risico lopen.
Binnen de groep artsen die het eens zijn, gaven negen artsen aan de aanbeveling toe te passen en dertien niet. De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.



5. Inspecteer de huid regelmatig op tekens van roodheid en niet wegdrukbare roodheid. Bij de huidinspectie hoort ook een beoordeling van lokale warmte, zwelling of hard aanvoelen van de huid.



Eén arts stelde voor de aanbeveling aan te vullen met ‘mits de nodige kennis voor interpretatie’.
Binnen de groep artsen die het eens zijn, gaven veertien artsen aan de aanbeveling toe te passen en tien niet. De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.



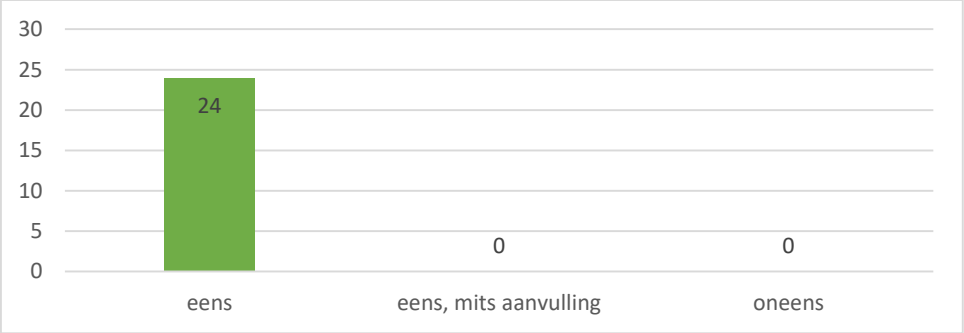
6. Globale beoordeling



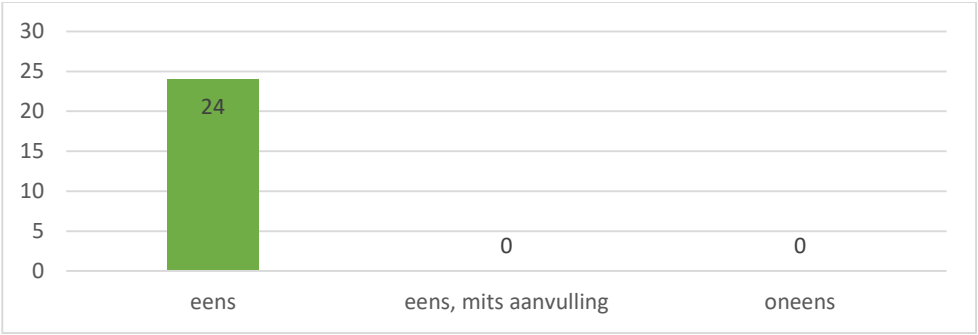
Hierbij werden als opmerking door twee artsen gegeven dat de risicobeoordeling beter door een verpleegkundige kan gebeuren. Twee artsen gaven vooral praktische bezwaren aan, zijnde te tijdrovend en te moeilijk bij niet-mobiele patiënten.

PREVENTIE

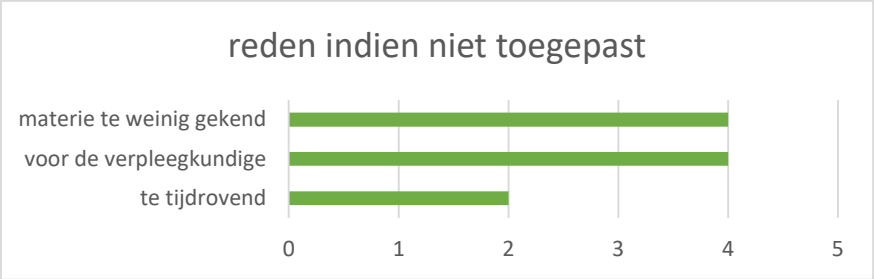
1. Een herpositioneringsregime uitgevoerd om de twee uur, wordt beschouwd als de basis van decubituspreventie; het doel van herpositionering is om de blootstelling aan druk te verminderen.



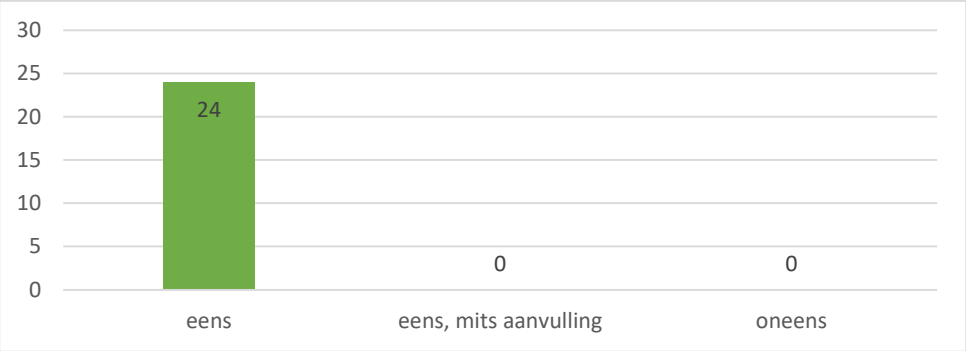
2. Drukverspreidende hulpmiddelen:
   a. De patiënt moet op een steunoppervlak worden geplaatst dat overeenkomt met de risicocategorie.
   b. Indien nodig moet een wondzorgverpleegkundige worden geraadpleegd voor de selectie van een geschikt steunvlak.
   c. Het raakvlak tussen het steunvlak en de huid van de patiënt moet zo vrij mogelijk zijn van beddengoed/incontinentielakens/verzorgingsmateriaal, aangezien deze meestal interfereren met de drukherverdelende eigenschappen van het steunvlak.
   d. Bovendien kan drukverdeling worden voorzien door middel van het gebruik van opvulling, evenals wigvormige en andere positioneringskussens (zorg ervoor dat de opvulling/het kussen zelf geen druk uitoefenen) en echte schaapsvachten (meestal bij thuiszorg).
   e. Het gebruik van verschillende donutachtige materialen is gecontra-indiceerd.



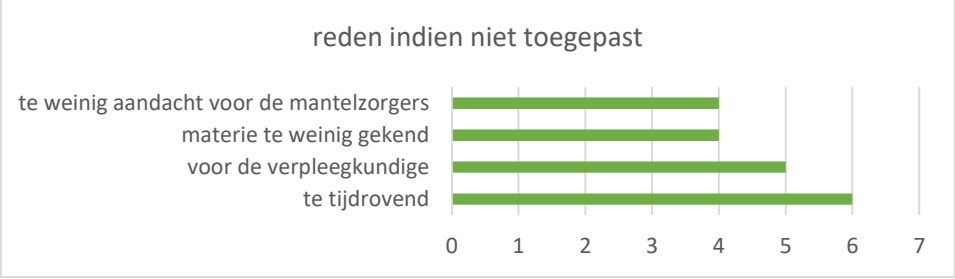
Alle artsen zijn het eens, zestien artsen gaven aan de aanbeveling toe te passen en acht niet. De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.



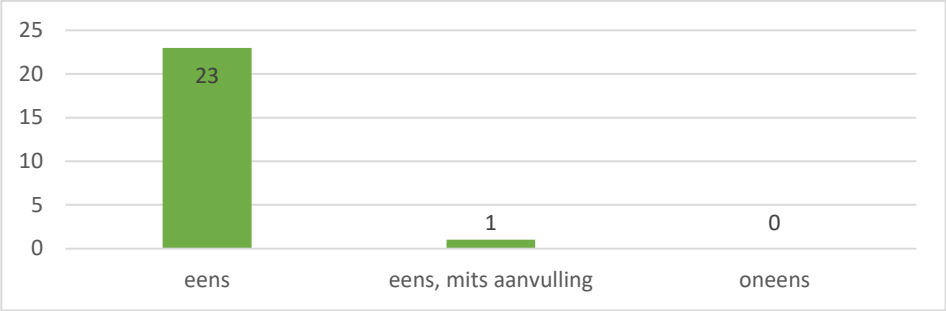
3. Verstrek volgende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners:
   • oorzaken van decubitus
   • vroege tekens van decubitus
   • manieren om aan preventie van decubitus te doen
   • technieken en materiaal demonstreren om aan preventie van decubitus te doen
   • gevolgen van decubitus (bv. voor de algemene gezondheid, behandelingsopties, risico om in de toekomst nog decubitusletsels te ontwikkelen)



Alle artsen zijn het eens, acht artsen gaven aan de aanbeveling toe te passen en zestien niet. De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.

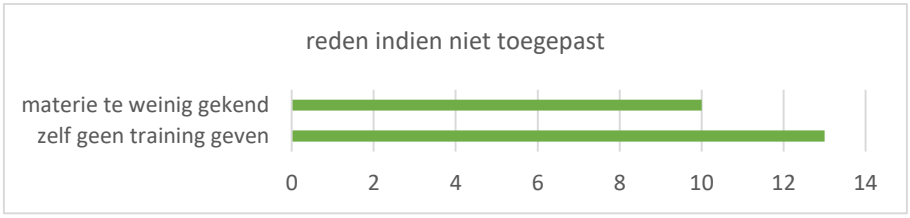


4. Voorzie training van professionele hulpverleners in preventie van decubitus betreffende:
   • etiologie en voorbeschikkende risicofactoren
   • risicobeoordeling
   • huidbeoordeling
   • herpositionering
   • selectie en gebruik van drukverspreidende hulpmiddelen
   • educatie van patiënt en zijn zorgverleners

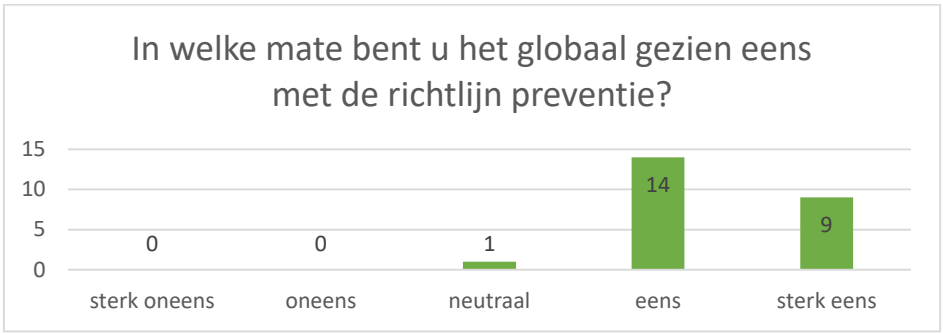


Eén arts stelde voor de aanbeveling aan te vullen met ‘door specialisatie van een aantal gezondheidswerkers’.

Binnen de groep artsen die het eens zijn, gaven zes artsen aan de aanbeveling toe te passen en achttien niet. De opgegeven redenen voor het niet toepassen zijn weergegeven in onderstaand staafdiagram, met telkens het aantal artsen die de reden opgaven.



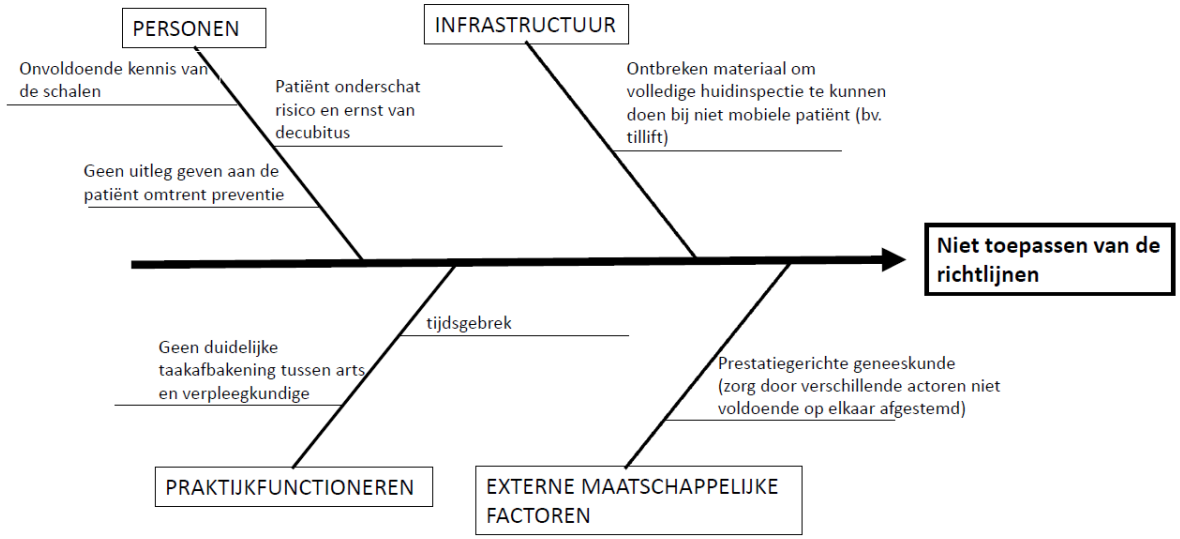
5. Globale beoordeling



Hierbij werden geen opmerkingen gegeven.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

Het resultaat van de brainstorm om het visgraatdiagram in te vullen wordt weergegeven in onderstaande figuur:



Vervolgens trachtten we een werkbare tool op te stellen om een praktische oplossing te voorzien voor de obstakels en problemen om de richtlijn te implementeren in de praktijk.

Dit resulteerde in volgende schematische praktijkconsensus:

<u>Risicopatiënt in WZC:</u>

- *Verpleegkundigen* nemen reeds de taak op om aan risicobeoordeling en preventie van decubitus te doen.
- Er is tevens een *wondzorg-team* aanwezig om advies te geven bij een complexe casus.

<u>Risicopatiënt in thuissituatie:</u>

1. **Thuisverpleegkundige komt aan huis:**

- Duidelijk *communiceren* dat we verwachten dat de *thuisverpleegkundige* bij de dagelijkse zorg aandacht heeft voor *risicobeoordeling* aan de hand van uitgebreide huidinspectie met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen. Tevens de nodige aandacht vragen voor het *instellen en opvolgen* van de nodige *preventieve maatregelen* (herpositioneringsregime en aangepast steunoppervlak). Zo nodig educatie en training voorzien of vragen hierover bij te scholen.
- Afspraken noteren in *thuisdossier* betreffende de interprofessionele communicatie en vragen problemen te signaleren.
- *Huisarts* verstrekt *informatie aan patiënt en mantelzorgers* betreffende decubitus: oorzaken, vroege tekens, preventie, gevolgen, demonstratie materiaal.

2. **Geen thuisverpleegkundige (zeer zeldzaam):**

- *Huisarts* heeft bij controle-huisbezoeken bijzondere aandacht voor de *risicobeoordeling en preventie* van decubitus: huidinspectie en controle steunoppervlak.
- *Huisarts* verstrekt *informatie aan patiënt en mantelzorgers* betreffende decubitus: oorzaken, vroege tekens, preventie, gevolgen, demonstratie materiaal.
- *Huisarts* geeft *duidelijke instructies aan patiënt en mantelzorgers* betreffende de risicobeoordeling en preventie van decubitus in de dagelijkse opvolging, en wanneer contact op te nemen.
- *Huisarts* voorziet thuisdossier voor de communicatie met patiënt en mantelzorgers.

Dit schema werd in de vergaderzaal aan het magneetbord gehangen. Op die manier wordt de aandacht er telkens op gevestigd en zal de richtlijn betreffende de risicobeoordeling en preventie en decubitus vanaf nu beter toegepast kunnen worden.

Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet

Na de peer review en het formuleren van de praktijkconsensus werden er geen verdere aanpassingen aan de geadapteerde richtlijnen gedaan. De versie van de geadapteerde Duodecimrichtlijn die voor finaal nazicht werd voorgelegd aan de leescommissie van EBPracticeNet wordt weergegeven in bijlage 5.

Discussie

Het proces van de adaptatie van een Duodecim richtlijn naar de Belgische zorgcontext is een intensieve en leerrijke onderneming geweest. We wisten na de informatiesessie aan het begin van onze MaNaMa Huisartsgeneeskunde dat het weleens zeer complex zou kunnen worden, maar kunnen nu terugblikken op een door ons opgestelde wetenschappelijk onderbouwde up-to-date richtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus, die door huisartsen en andere hulpverleners in de eerstelijn kan geraadpleegd worden om op een evidence based manier geneeskunde te beoefenen.
In deze discussie wil ik nog enkele inzichten toelichten, alsook de sterktes en beperkingen van deze masterproef.

Inzichten

Screeningsfase

De allereerste stap, het opstellen van goede klinische vragen was cruciaal om het verdere proces te doorlopen en de evidence overzichtelijk te kunnen weergeven in de matrix. Deze diende dus doordacht te gebeuren. Initieel hadden we twee klinische vragen omtrent de preventie van decubitus geformuleerd:

1. Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?
2. Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?

Dit bleek echter al snel te allesomvattend te zijn waardoor we deze verder hebben opgesplitst en uitgediept. Zo kwamen we bij de twaalf meer gedetailleerde klinische vragen, terug te vinden in deze masterproef. Op deze manier konden we het verder proces van de adaptatie meer gestructureerd doorlopen.
Het zoeken naar relevante richtlijnen verliep vlot en leverde aan de hand van onze zoektermen ‘pressure ulcer’, ‘decubitus’, al dan niet in combinatie met ‘prevention’ of ‘preventie’ heel wat relevante informatie. Vanuit de werkgroep rond Duodecim werd ons aanbevolen om enkel hoog kwalitatieve richtlijnen te weerhouden en bovendien met slechts een 2-tal daarvan verder te werken. Aangezien de hoge kwalitatieve appreciatie van NICE guidelines in het algemeen en een recente update van de richtlijn met betrekking op de preventie van decubitus, werd deze als eerste weerhouden. De volledige richtlijn van de EPUAP/NPUAP[9] was enkel beschikbaar tegen betaling. De samenvatting bevat niet voldoende informatie om de richtlijn te screenen en te waarderen op inhoud, samenhang, courantheid en toepasbaarheid en dus werd deze niet weerhouden. De NHG standaard decubitus[3] werd initieel ook weerhouden.
Het evalueren van de weerhouden richtlijnen met het AGREE II instrument[6] gebeurde onafhankelijk door mezelf en collega HAIO Charista Santoso. Alle informatie terugvinden om de richtlijn te scoren was niet evident, bij de NHG standaard decubitus[3] waren we aangewezen op een algemene handleiding. Hier kan de vraag gesteld worden of we niets over het hoofd hebben gezien. Bovendien was dit scoren voor een stuk toch ook subjectief. Daaraan werd tegemoet gekomen door het onafhankelijk scoren door mezelf en collega-HAIO Charista, en de scores te vergelijken. Deze waren nagenoeg identiek, en waar toch verschillend kon snel een consensus worden bereikt. Na deze evaluatie werd in overleg met de werkgroep Duodecim beslist om enkel met de NICE richtlijn[8] verder te gaan omwille van harde argumenten: betere score op AGREE II[6] en zeer recente update in 2018.
Vervolgens werden per richtlijn en per klinische vraag de terug te vinden aanbevelingen geïnventariseerd. In de NICE richtlijn[8] vonden we een antwoord op bijna alle klinische vragen, enkel voor de vragen in verband met de voorspellende waarde van methoden voor risico- en huidbeoordeling werd geen evidence gevonden. In de Duodecim richtlijn[2] werd zeker niet elke klinische vraag beantwoord.
Hierna volgde een zeer arbeidsintensief proces, namelijk het waarderen van elke aanbeveling op samenhang, courantheid en toepasbaarheid in de Belgische context. Dit betekende dat we ons door de ruim 400 bladzijden lange NICE guideline[8] én bijlagen moesten worstelen om volgende zaken te beoordelen: niveau van evidentie, zoekstrategie, consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten, consistentie tussen de samenvatting van de

evidence en de formulering van de aanbeveling, kijken of belangrijke evidence geciteerd wordt in de richtlijn. Vervolgens moesten zelf ook nog een zoekstrategie ontwikkelen om meer recente referenties te vinden die bij eventuele adaptatie in aanmerking zouden moeten genomen worden.
We doorliepen dit proces ook voor de Duodecim richtlijn[2], maar dit gaf een bedroevend resultaat. Deze kon dus niet gewaardeerd worden op samenhang en courantheid, al de nodige informatie ontbrak. Dit plaatst een groot vraagteken bij de kwaliteit van de op EBPracticeNet gepubliceerde richtlijn.
Dit proces van waarderen van de richtlijnen nam bijna heel het eerste jaar van onze MaNaMa huisartsgeneeskunde in beslag. Het was een zeer moeilijk theoretisch proces, waarbij de focus lag op het beoordelen van de kwaliteit van een richtlijn. Hierdoor kregen we het gevoel niet echt met het onderwerp van de richtlijn, namelijk decubitus, bezig te zijn.

Adaptatiefase

De aanbevelingen uit de originele Duodecim richtlijn konden behouden worden. Er werden wel enkele aanvullingen voorgesteld.
Nieuwe informatie uit de Cochrane review (2019)[10] leidde bij de risicobeoordeling tot het verleggen van de nadruk op het gebruik van de gevalideerde schalen naar het uitvoeren van een klinisch onderzoek. Om die reden achtten we het nodig dit duidelijk op te nemen in de geadapteerde aanbevelingen, alsook te omschrijven hoe dit dan dient te gebeuren. Hiertoe werden de betreffende richtlijnen overgenomen uit de NICE guideline[8].
Betreffende preventie geeft de NICE guideline[8] met een hoog niveau van evidentie aan dat informatie betreffende oorzaken van decubitus, vroege tekens, … aan risicopatiënten en hun zorgverleners moet worden verstrekt, alsook dat er in educatie en training van professionele zorgverleners moet worden voorzien. Gezien het hoge niveau van evidentie konden we dit onderwerp niet links laten liggen en vonden we het noodzakelijk dat het werd opgenomen in de aanvullingen op de Duodecim richtlijn[2].
Indien er een gekende GRADE was voor de aanbeveling werd deze overgenomen, zo niet werd deze door mij toegekend. Dit beschouw ik als een onzekere factor, door onbekendheid met de methode van toekenning en onervarenheid kunnen hierin foutjes geslopen zijn. Het is dus mogelijk dat deze na de finale herziening door de leescommissie nog aangepast worden.

Implementatiefase

Uit de peer review kunnen we toch een aantal belangrijke inzichten halen.
We merken op dat de risicobeoordeling, wat we beschouwen als de basis van preventie, veel te weinig door de artsen gebeurd. De overgrote meerderheid kent de beoordelingsschalen niet (of indien gekend worden ze niet gebruikt), maar geeft wel aan dat ze het belangrijk vinden dat de klinische beoordeling aan de hand van huidinspectie moet vermeld worden in de aanbevelingen, alsook een duidelijke beschrijving van de manier waarop. Dit ondersteunt onze beslissing om dit op te nemen in de aanbevelingen.
Er wordt vaak verondersteld dat de risicobeoordeling wel door de verpleegkundige zal gebeuren. Dit kan in principe uiteraard, maar dan moet er wel een duidelijke communicatie en taakverdeling zijn. Dit hebben we niet kunnen aftoetsen. In het studieprotocol staat beschreven dat we de geadapteerde aanbevelingen ook zouden voorleggen aan twee groepen verpleegkundigen en twee referentieverpleegkundigen in de wondzorg. Dit is helaas niet kunnen doorgaan ten gevolge van de COVID-19 pandemie. Dit lijkt ons wel cruciaal om meer inzicht te verkrijgen: gebeurt de risicobeoordeling in de praktijk wel voldoende, of is hier ruimte voor verbetering? In een later stadium kan deze bevraging alsnog belangrijke aanvullende informatie geven.
We merken dat het belang van het herpositioneringsregime en een aangepast steunoppervlak goed gekend zijn bij de huisartsen en dat ze hier meestal ook zelf op toezien. Echter gaat ook hier een belangrijk aantal van de deelnemende artsen ervan uit dat de verpleegkundigen hiervoor de

verantwoordelijkheid opnemen, waarbij we dan dezelfde bemerking kunnen maken als bij de risicobeoordeling.
Betreffende de aanbevelingen omtrent het verstrekken van informatie aan risicopatiënten en hun zorgverleners en het voorzien van training van professionele hulpverleners zijn alle artsen het hiermee eens, maar past slechts een kleine minderheid deze toe. Tijdsgebrek en beperkte kennis van de materie worden als belangrijkste hinderpalen genoemd. Ook hier kan duidelijke communicatie en het delegeren naar de verpleegkundigen voor de artsen uitkomst bieden, maar is het wel belangrijk dat de arts hierin verantwoordelijkheid neemt.
Globaal gezien was iedereen het eens met de aanbevelingen, verdere aanpassingen op basis van de peer review waren dus niet nodig.
Uit de opgestelde praktijkconsensus blijkt dat er door een geoptimaliseerde samenwerking van de huisartsen met de verpleegkundigen vaak een oplossing kan gevonden worden voor het niet toepassen van de aanbevelingen voor risicobeoordeling en preventie van decubitus. Het is heel erg jammer dat we in deze peer review de andere partij dus niet hebben kunnen horen. Dit geeft me het gevoel dat ik halverwege het project gestopt ben.

Sterktes en beperkingen

Sterktes

De grote sterkte van dit project is de uniforme procedure die wordt opgelegd vanuit EBPracticeNet om dit proces van adaptatie van een buitenlandse richtlijn naar de Belgische zorgcontext te doorlopen. De op het eerste zicht onoverzichtelijke matrix is een nauwgezette leidraad om alle stappen te documenteren en je hierin niet te verliezen. Een goed handboek, verschillende begeleidingsmomenten en feedback houden je op het juiste spoor.
Alle beslissingen genomen in dit traject werden ondersteund door wetenschappelijke evidentie. Dat maakt dat we zijn gekomen tot een geadapteerde aanbeveling die na goedkeuring door de leescommissie zal toelaten om aan EBM te doen.

Beperkingen

Een zwakte aan dit project is het relatief kleine aantal deelnemende artsen (24), hoewel de resultaten van de peer review toch weergeven wat we subjectief reeds aanvoelden.
De grootste beperking aan deze studie is dat we de verpleegkundigen niet hebben includeren in de peer review. Dit had ons een klare kijk op de reële situatie in de praktijk kunnen geven. De COVID-19 pandemie strooide hier roet in het eten. De inzichten naar aanleiding van de peer review zijn dus eigenlijk maar de halve waarheid. De grote rol die de verpleegkundigen in de risicobeoordeling en preventie van decubitus kunnen spelen (of waarschijnlijk in de praktijk reeds opnemen) blijft dus voorlopig onduidelijk.

Besluit

In deze masterproef werd de originele Duodecim richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus' geadapteerd naar de Belgische zorgcontext. Dit gebeurde voor de volgende klinische vragen: 'Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?' en 'Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?'.

In het eerste deel van dit werk, de screeningsfase en adaptatiefase, werd aan de hand van literatuuronderzoek besloten dat de aanbevelingen uit de originele Duodecim richtlijn konden behouden worden mits enkele aanvullingen. Nieuwe informatie uit een Cochrane review (2019) leidde bij de risicobeoordeling tot het verleggen van de nadruk op het gebruik van de gevalideerde schalen naar het uitvoeren van een klinisch onderzoek, in het bijzonder huidinspectie. De richtlijnen om dit duidelijk te omschrijven werden overgenomen uit de NICE richtlijn. Betreffende preventie geeft de NICE richtlijn met een hoog niveau van evidentie aan dat informatie betreffende alle aspecten van decubitus aan risicopatiënten en hun zorgverleners moet worden verstrekt, alsook dat er in opleiding van professionele zorgverleners moet worden voorzien. Dit werd opgenomen in de aanvullingen op de Duodecim richtlijn.

In een tweede deel van deze masterproef, de implementatiefase, werd informatie verzameld over de toepasbaarheid, haalbaarheid en barrières voor het toepassen van de nieuw geformuleerde praktijkaanbevelingen. Uit peer review bij 24 huisartsen bleek dat deze het globaal eens waren met de geadapteerde richtlijnen en verdere aanpassingen daaraan waren niet nodig. Wel werd duidelijk dat de artsen in de praktijk de aanbevelingen niet altijd consequent toepassen en grote verwachtingen koesteren naar de verpleegkundigen toe, dat deze de taak op zich nemen om aan risicobeoordeling en preventie van decubitus te doen. Jammer genoeg konden we dit niet aftoetsen bij de verpleegkundigen zoals voorzien volgens ons studieprotocol, aangezien deze vergaderingen niet konden doorgaan ten gevolge van de COVID-19 pandemie. In de eigen huisartsenpraktijk werd er een praktijkconsensus geformuleerd, die dan ook de nadruk legt op een geoptimaliseerde samenwerking tussen beide beroepsgroepen.

Woord achteraf

Deze masterproef is een intensieve, boeiende en leerrijke ervaring geweest, een ware onderdompeling in de ontwikkeling van evidence based richtlijnen. Dit was nooit zonder goede begeleiding en ondersteuning gelukt, vandaar nog een woord van dank.

Graag bedank ik Prof. dr. Jan Vandevoorde, de promotor van deze masterproef, voor zijn begeleiding en waardevol advies vanaf de eerste stappen in dit project, alsook voor de tips en feedback bij het schrijven van dit werk en zijn grote beschikbaarheid.

Verder een welgemeende dankjewel aan de groep van richtlijnontwikkelaars van EBPracticeNet, in het bijzonder dr. Nicolas Delvaux en Martine Goossens, voor het organiseren van de begeleidingsmomenten waarbij we op weg geholpen werden of er bijsturing mogelijk was, en er bovendien steeds ruimte was voor het stellen van vragen.

Een woord van dank ook voor mijn praktijkopleider dr. Edith Kruitwagen, voor haar interesse in deze masterproef, het mogelijk maken van de LOK vergadering en het gezamenlijke brainstormen.

Uit een gedeelde interesse om aan dit Duodecim project deel te nemen leerde ik collega-HAIO Charista Santoso kennen. Dankjewel voor je steun, optimisme, energie en inzet om dit project samen tot een goed einde te brengen.

Tot slot een groot woord van dank aan mijn echtgenoot en drie kinderen voor hun eindeloze geduld, aanmoedigingen en geloof in mij. Zonder jullie was ik in de eerste plaats nooit ‘dokter’ kunnen worden.

Referenties

1. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. Adaptatie Duodecim richtlijnen. Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBPractice Net.be. Versie 7; 2018
2. Soppi E. Prevention and treatment of pressure ulcers. Internet site Evidence-Based Medicine Guidelines 2018. Beschikbaar via: https://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd 3 november 2019.
3. Wiersma T. NHG-Standaard Decubitus (Eerste herziening). Internet site Nederlands Huisartsen Genootschap 2015. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-decubitus. Geraadpleegd 15/01/2020.
4. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract. 2007;13(2):227-35.
5. Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. Een nationale richtlijn voor Decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 193A. D/2012/10.273/95.
6. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument (AGREE II) http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations
7. Van Royen P. GRADE. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling weer te geven. Huisarts Nu november 2008, 37(9): 505-509.
8. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Pressure ulcer prevention: The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care (NICE guideline 179). Updated november 2018. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg179. Geraadpleegd 16 januari 2019.
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
10. Moore ZE, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1:CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub4.
11. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 6;12:CD009362. doi: 10.1002/14651858.CD009362.pub3.

Lijst met afkortingen

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
COVID-19	coronavirus disease 2019
EBM	Evidence-based medicine
EBPracticeNet	Evidence Based Practice Net
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
FOD	Federale Overheidsdienst
GIN	Guidelines International Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAIO	huisarts in opleiding
HGR	Hoge Gezondheids Raad
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
LOK	Lokale Kwaliteitsgroep
MaNaMa	master na master
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPUAP	American National Pressure Ulcer Advisory Panel
PIPOH	Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
WZC	woonzorgcentrum

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring van de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel - VUB

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94

commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 05-02-2020

Ons Kenmerk: 2019/464

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Preventie en behandeling van decubitus – adaptatie van de duodecim richtlijn naar de Belgische zorgcontext
B.U.N. 143201942405

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de vragen van de commissie, het protocol versie 2 dd 26-Jan-2020 en de informatiebrief versie 1 dd 26-Jan-2020, in het Nederlands, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van 5 februari 2020

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

54_01

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol door de Commissie Medische Ethiek UZ Brussel - VUB

Protocol

Inleiding

Titel van de masterproef voor het behalen van de MaNaMa Huisartsgeneeskunde:

PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS – ADAPTATIE VAN DE DUODECIM RICHTLIJN NAAR DE BELGISCHE ZORGCONTEXT

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg – Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel
Telefoon secretariaat: 02/477.43.11.
E-mail: Jan.Vandevoorde@vub.be

Huisarts-in-Opleiding (HAIO): Karlien Ichau
Universiteit: Vrije Universiteit Brussel
E-mail: karlien.ichau@vub.be

Partner HAIO: Charista Santoso
Universiteit: KU Leuven
E-mail: charista.santoso@student.kuleuven.be

Achtergrond en Doel

Als onderwerp voor onze masterproef in het kader van de MaNaMa Huisartsgeneeskunde kozen we ervoor om in te stappen in het Duodecim project. De Finse huisartsenvereniging Duodecim ontwikkelde internationaal geaccrediteerde richtlijnen "Evidence-Based Medicine Guidelines" voor eerstelijnsgezondheidszorg. Deze werden aangekocht door het RIZIV en ter beschikking gesteld van Belgische zorgverleners via EBPracticeNet. Duodecim richtlijnen die door de redactie van EBPracticeNet een negatieve beoordeling krijgen op basis van kwaliteit van inhoud, consistentie van aanbeveling met inhoud en/of toepasbaarheid in de Belgische context worden verder doorverwezen voor een herziening.
In dit kader kozen wij, Karlien Ichau en Charista Santoso, ervoor om als masterproef de richtlijn 'Preventie en behandeling van decubitus' te herzien en aan te passen aan de Belgische zorgcontext, volgens het handboek van EBPracticeNet en de ADAPTE-procedure. Ikzelf zal me in mijn masterproef toeleggen op de preventie van decubitus (doorligwonden), partner HAIO Charista Santoso zal zich in haar masterproef toeleggen op de behandeling van decubitus.

Om aan dit project te starten werden eerst klinische vragen omtrent het onderwerp preventie van decubitus geformuleerd:

1. Hoe gebeurt optimale risicobeoordeling voor decubitus?
2. Welke preventieve maatregelen zijn aangewezen om decubitus te voorkomen?

Volgens vanuit EBPracticeNet voorgeschreven protocol werd reeds een systematische zoektocht naar bestaande richtlijnen voor deze klinische vragen gedaan. Geselectioneerde richtlijnen werden gewaardeerd op basis van AGREE. We selecteerden de specifieke praktijkaanbevelingen en onderliggende evidence van de gevonden richtlijnen. Deze werden samengevat voor elk van de geformuleerde klinische vragen in een matrix. Deze matrix werd vervolgens beoordeeld door een leescommissie van EBPracticeNet. Na goedkeuring van deze matrix kunnen we nu de adaptatie van onze praktijkaanbevelingen verder zetten.

Nu volgt de implementatiefase van het adaptatieproces, die zal worden onderzocht in deze masterproef. Hierbij willen we informatie verzamelen over de toepasbaarheid, haalbaarheid en barrières voor het toepassen van de nieuw geformuleerde praktijkaanbevelingen in de eerstelijnszorg. Op basis van peer review en praktijktoetsing kunnen er aanpassingen gebeuren aan de geformuleerde praktijkaanbevelingen.
Deze finale praktijkaanbevelingen worden vergeleken met de aanbeveling uit de originele Duodecim-richtlijn en zo nodig worden aanpassingen aan deze richtlijn voorgesteld op basis van de ervaringen uit het adaptatie- en implementatieproces. Deze aanpassingen worden finaal voorgelegd aan de leescommissie te goedkeuring.

Methode

Voor de implementatiefase zullen we gebruik maken van peer review en expert opinion. Hiervoor willen we de geadapteerde richtlijnen aftoetsen aan de praktijkervaring van huisartsen, verpleegkundigen en referentieverpleegkundigen wondzorg. Hiervoor zullen we verschillende vergaderingen omtrent de preventie en behandeling van decubitus organiseren:

Peer review:

- 2 LOK (Lokale Kwaliteitsgroep) vergaderingen: LOK Duffel (waarvan praktijkopleider van Karlien Ichau deel uitmaakt, 12-15 deelnemers) en LOK Berlaar (waarvan de praktijkopleider van Charista Santoso deel uitmaakt, 12-15 deelnemers)
- 2 groepen verpleegkundigen werkzaam in een woon-zorg-centrum (1 regio Duffel en 1 regio Berlaar, telkens met 8-12 deelnemers)

Expert opinion:

- vergadering met 2 referentieverpleegkundigen wondzorg van het Wit-Gele Kruis (Lier en Mechelen)

Het betreft een anonieme bevraging, waarbij geen persoonsgegevens gevraagd of geregistreerd worden. We zullen dan ook een informatiebrief geven zonder schriftelijke toestemming (zie bijlage 1). Deelname is vrijblijvend.

Elke vergadering zal volgende onderwerpen behandelen: preventie en behandeling.

LOK vergadering (peer review):

Er zal per onderdeel gepeild worden naar de voorkennis en/of huidige handeling aan de hand van een vragenlijst op papier (zie bijlage 2). Dan wordt de inhoud van de richtlijnen aan de hand van een powerpointpresentatie (zie bijlage 3) overlopen. Vervolgens wordt er aan de hand van een vragenlijst op papier gepeild naar de toepasbaarheid van de richtlijnen en eventuele opmerkingen hierbij kunnen worden genoteerd (zie bijlage 4). De anonimiteit wordt verkregen door de deelnemers de papieren ingevulde formulieren telkens zelf in een doos te laten steken.

Vergadering met verpleegkundigen woon-zorg-centrum (peer review):

Deze verlopen identiek aan bovenstaande Lok-vergaderingen. Er is wel een aangepaste vragenlijst op papier om te peilen naar de voorkennis en/of huidige handeling betreffende de preventie van decubitus (zie bijlage 5).

Vergadering met referentieverpleegkundigen wondzorg van het Wit-Gele Kruis (expert opinion)

Hier zal de vragenlijst om te peilen naar de toepasbaarheid van de richtlijnen en eventuele opmerkingen hierbij worden overlopen en krijgen de deelnemers de kans deze vragenlijst in te vullen (zie bijlage 4).

De verwerking van de vragenlijsten zal als volgt gebeuren:
De vragen met beperkte keuzemogelijkheden worden waar mogelijk kwantitatief geanalyseerd met beschrijvende statistiek.
Bij de vragen met open antwoordmogelijkheid zal kwalitatieve dataverwerking gehanteerd worden. We zullen overgaan tot open coderen met daarna een beschrijvende analyse.

Met de opmerkingen uit de peer review en expert opinion willen we de barrières en faciliterende factoren tot implementatie van de richtlijn in kaart brengen en zullen eventuele nuttige aanpassingen aan de aanbeveling worden gemaakt.

Tot slot zal ik in de eigen opleidingspraktijk de geadapteerde richtlijnen voorstellen betreffende risicobeoordeling en preventie van decubitus. Aan de hand van een brainstorm zal een visgraatdiagram worden opgesteld. De visgraatanalyse of ishikawatechniek is een manier om clinical incidents te analyseren (Ishikawa 1985). Hier kiezen we als incident het niet toepassen van de praktijkaanbeveling. We bekijken via brainstorming wat de oorzaken van dit probleem kunnen zijn en rangschikken we die oorzaken volgens vier domeinen ('graten'): mensen, infrastructuur, functioneren van de praktijk en maatschappelijke oorzaken.

Mensen: oorzaken die te maken hebben met de persoonlijke eigenschappen van de arts, patiënt of medewerker in de praktijk of met de persoonlijke acties van die persoon.

Infrastructuur: oorzaken die te zoeken zijn bij de infrastructuur, bv. medisch materiaal, de praktijkruimte, de afwezigheid van medicijnen.

Functioneren van de praktijk: oorzaken die terug te brengen zijn tot de afspraken die gemaakt zijn, de communicatie, de procedures of routines in de praktijk.

Externe factoren: wat vaak minder beïnvloedbaar is, zoals het milieu waarin artsen en patiënten moeten werken, factoren eigen aan het gezondheidssysteem in België.
Op deze manier verkrijgen we een overzicht van de verschillende redenen om de praktijkaanbeveling niet toe te passen.

Zo zullen we trachten te komen tot het formuleren van een praktijkconsensus: het toepassen van de geadapteerde richtlijn in de praktijk of, indien de consensus afwijkt van de richtlijn, formuleren waarom en op welke manier deze afwijkt.

De geadapteerde praktijkaanbevelingen worden finaal voorgelegd aan de leescommissie ter goedkeuring.

De gegevens zullen gedurende 20 jaar op een met wachtwoord beschermde PC bewaard worden, de data-file wordt tevens beschermd met een wachtwoord.

Dr. Karlien Ichau, huisarts in opleiding

Dr. Edith Kruitwagen, praktijkopleider

Prof.Dr. Jan Vandevoorde, promotor

Bijlage 3: Vragenlijst voor aftoetsen voorkennis bij artsen en toepasbaarheid van aanbevelingen

AFTOETSEN VOORKENNIS bij artsen

Risicobeoordeling

Enkele stellingen:

1. Bij een patiënt met beperkte mobiliteit of sensorische stoornissen in de thuissituatie beoordeel ik het risico op decubitus.

nooit	Zelden	in +/- 1 geval op 2	meestal	altijd
o	o	o	o	o

2. Bij een patiënt met beperkte mobiliteit of sensorische stoornissen in een WZC beoordeel ik het risico op decubitus.

nooit	Zelden	in +/- 1 geval op 2	meestal	altijd
o	o	o	o	o

Volgende vragen zijn enkel van toepassing indien u zelf het risico op decubitus beoordeelt:

3. Het risico evalueer ik aan de hand van een klinische beoordeling.

nooit	Zelden	in +/- 1 geval op 2	meestal	altijd
o	o	o	o	o

4. Het risico evalueer ik aan de hand van een gevalideerde risicobeoordelingsschaal.

nooit	Zelden	in +/- 1 geval op 2	meestal	altijd
o	o	o	o	o

Indien u een gevalideerde schaal gebruikt, welke is dit? …

Indien u geen gevalideerde schaal gebruikt, waarom niet?

- niet gekend
- te tijdrovend
- risicobeoordelingsschalen bieden geen meerwaarde t.o.v. klinische beoordeling alleen
- andere reden: …

Preventie

Voor de preventie van decubitus is het cruciaal om te denken aan

- Herpositioneringsregime
- Huidmassage
- Drukverspreidende hulpmiddelen
- Topische huidproducten
- Voedingsadviezen

(meerdere opties mogelijk)

Aftoetsen van de toepasbaarheid van de aanbevelingen

Het risico op decubitus is het grootst bij patiënten met beperkte mobiliteit of sensorische stoornissen, maar een decubitus kan zich ook zeer snel ontwikkelen in de context van een acute ziekte, spoedeisende hulp, patiëntentransport, onderzoek of een chirurgische ingreep. Hier zullen we ons tot die aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn beperken die betrekking hebben op de huisarts en eerstelijnsgezondheidszorg.

RISICOBEOORDELING

Gelieve de volgende kernboodschappen te beoordelen:

1. Een decubitusrisicoanalyse gemaakt met behulp van een gevalideerde risicobeoordelingsschaal, is nauwkeuriger dan een louter klinische beoordeling.
   Bent u het eens met deze stelling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …
2. Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling.
   Bent u het eens met deze stelling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …
3. De pathofysiologie van decubitus is complex en geen enkele risicobeoordelingsschaal is volledig betrouwbaar. Een resultaat op basis van een beoordelingsschaal moet daarom altijd worden aangevuld met een uitgebreide klinische beoordeling.
   Bent u het eens met deze aanbeveling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …

   Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?
   - ○ Ja
   - ○ Nee, omdat …
4. Een uitgebreide huidinspectie van het hoofd tot aan de voeten, met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen, vooral ter hoogte van de beenderige uitsteeksels, moet een onderdeel vormen van een structurele risico-inschatting.
   Bent u het eens met deze aanbeveling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …

   Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?
   - ○ Ja
   - ○ Nee, omdat …
5. Inspecteer de huid regelmatig op tekens van roodheid en niet wegdrukbare roodheid. Bij de huidinspectie hoort ook een beoordeling van lokale warmte, zwelling of hard aanvoelen van de huid.

Bent u het eens met deze aanbeveling?

- ○ Ja
- ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
- ○ Nee, omdat …

Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- ○ Ja
- ○ Nee, omdat …

Globale beoordeling

Tijdens de uiteenzetting werd de geadapteerde richtlijn betreffende risicobeoordeling overlopen.

In welke mate bent u het globaal gezien eens met de richtlijn?

sterk mee oneens	oneens	neutraal	eens	sterk mee eens
o	O	o	o	o

Opmerkingen: …

PREVENTIE

Gelieve de volgende kernboodschappen te beoordelen:

1. Herpositionering:
   Een herpositioneringsregime uitgevoerd om de twee uur, wordt beschouwd als de basis van decubituspreventie; het doel van herpositionering is om de blootstelling aan druk te verminderen.
   Bent u het eens met deze stelling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …
2. Drukverspreidende hulpmiddelen:
   a. De patiënt moet op een steunoppervlak worden geplaatst dat overeenkomt met de risicocategorie.
   b. Indien nodig moet een verpleegkundige in wondzorg en weefseloverleving worden geraadpleegd voor de selectie van een geschikt steunvlak.
   c. Het raakvlak tussen het steunvlak en de huid van de patiënt moet zo vrij mogelijk zijn van beddengoed/incontinentielakens/verzorgingsmateriaal, aangezien deze meestal interfereren met de drukherverdelende eigenschappen van het steunvlak.
   d. Bovendien kan drukverdeling worden voorzien door middel van het gebruik van opvulling, evenals wigvormige en andere positioneringskussens (zorg ervoor dat de opvulling/het kussen zelf geen druk uitoefenen) en echte schaapsvachten (meestal bij thuiszorg).
   e. Het gebruik van verschillende donutachtige materialen is gecontra-indiceerd.
   Bent u het eens met deze aanbeveling?
   - ○ Ja
   - ○ Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - ○ Nee, omdat …

   Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?
   - ○ Ja

- Nee, omdat …

3. Verstrek volgende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners:
   - oorzaken van decubitus
   - vroege tekens van decubitus
   - manieren om aan preventie van decubitus te doen
   - technieken en materiaal demonstreren om aan preventie van decubitus te doen
   - gevolgen van decubitus (bvb voor de algemene gezondheid, behandelingsopties, risico om in de toekomst nog decubitusletsels te ontwikkelen)

   Bent u het eens met deze aanbeveling?
   - Ja
   - Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - Nee, omdat …

   Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?
   - Ja
   - Nee, omdat …

4. Voorzie training van professionele hulpverleners in preventie van decubitus betreffende:
   - etiologie en voorbeschikkende risicofactoren
   - risicobeoordeling
   - huidbeoordeling
   - herpositionering
   - selectie en gebruik van drukverspreidende hulpmiddelen
   - educatie van patiënt en zijn zorgverleners

   Bent u het eens met deze aanbeveling?
   - Ja
   - Ja, mits aanvulling, namelijk …
   - Nee, omdat …

   Zo ja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?
   - Ja
   - Nee, omdat …

Globale beoordeling

Tijdens de uiteenzetting werd de geadapteerde richtlijn betreffende preventie van decubitus overlopen.

In welke mate bent u het globaal gezien eens met de richtlijn?

sterk mee oneens	oneens	neutraal	eens	sterk mee eens
o	O	o	o	o

Opmerkingen: …

Bijlage 4: Feedback leescommissie EBPracticeNet

Feedback stappen 1 t/m 5 adaptatie Duodecim-aanbevelingen ikv MANAMA-thesis jaar 1 - fase 1			
Titel Duodecim-richtlijn: Preventie en behandeling van decubitus			
Naam haio: Charista Santoso en Ichau Karlien			
Naam lid leescomité: Hanne Cloetens			
Vragen			
Stap 1	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de klinische vragen concreet (duidelijk afgelijnd)?	ja		Mooie oplijsting, super dat jullie nadachten over relevante en kritische outcomes, niet eenvoudig!
Kunnen er klinische vragen geschrapt worden?	nee		
Zijn alle klinische vragen uit de Duodecim-richtlijn opgelijst?	nee	Geen klinische vragen rond preventie en risico stratificatie, maar misschien is	Evt nog preventie toevoegen, maar vrees dat dit praktisch misschien niet haalbaar is gezien jullie nu al zo veel klinsiche vragen
Stap 2	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Werd in alle relevante internationale bronnen gezocht?	ja	zeer volledige search	
Werd in alle relevante Belgische bronnen gezocht?	ja		
Werden alle mogelijke trefwoorden in aanmerking genomen bij het zoeken naar richtlijnen?	ja		
Zijn de richtlijnen waarmee vergeleken wordt up-to-date?	ja		
Stap 3	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Worden de redenen van exclusie en inclusie van de richtlijn(en) voldoende* aangegeven?	ja	vrij duidelijk	Detail: evt in stap 2 in groen kader nog expliciteren waarom net deze 3 RL weerhouden werden, en bijvoorbeeld niet: https://s3.amazonaws.com/aawc...
Wordt in voldoende mate aangegeven in welke periode de auteurs van de richtlijn naar literatuur hebben gezocht?	ja		
Stap 4.1 (enkel van toepassing voor screening door studenten)	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de AGREE II-procedure correct toegepast door ten minste 2 beoordelaars?	ja		
Is bij negatieve scores voldoende duidelijk wat de majeure kritieken zijn?	ja	zeer volledige en gedetailleerde uitleg	proficiat, prachtig werk!
Stap 4.2-4.5			
4.2 inhoud van elke aanbeveling	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de geïnventariseerde antwoorden op de klinische vragen gericht op klinisch handelen (achtergrond-informatie hoeft niet in de tabel te staan)?	ja		
Worden de niveaus van bewijskracht en/of grades of recommendation aangegeven en is het duidelijk welk classificatiesysteem er gebruikt wordt?	ja		
4.3 courantheid	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de geciteerde evidence als onderbouwing voor de aanbeveling(en) actueel genoeg?	ja		zeer rigoreus uitgevoerd, ik mis enkel een besluit rond courantheid maw is de info uit NICE nog uptodate (na jullie aanvullende search)
Zo niet, is er een quick search gebeurd naar recentere evidentie met hoog niveau van bewijskracht?	ja		
Zo ja, worden deze referenties in het raster vermeld?	ja		
4.4 samenhang	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de beoordeling van samenhang tussen zoekstrategie, evidence en aanbeveling goed uitgevoerd en helder geformuleerd?	ja		Detailopmerking: Te overwegen om naast "ja" en verwijzing naar hfst uit guidelinetekst, ook nog een korte tekst in eigen woorden toe te voegen. Bijvoorbeeld: De aanbeveling om dit aan te raden is
4.5 toepasbaarheid	**Ja/Nee?**	**reden**	**Feedback voor haio**
Is de conclusie correct mbt het al dan niet extrapoleerbaar zijn van de aanbeveling naar de Belgische zorgcontext?	ja		
Stap 5	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de redenen voor adaptatie voldoende duidelijk?	ja		
Is de conclusie tot het al dan niet adapteren van de aanbevelingen KLINISCH/METHODOLOGISCH correct?	ja		
Werd voldoende vergeleken met Belgische informatie?	ja	KCE richtlijn	
Is de keuze van de richtlijn voor adaptatie van de aanbeveling gefundeerd?	ja		
Eindoordeel	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Het resultaat van fase 1 vormt een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, en wordt zonder aanpassingen goedgekeurd.	ja		
Het resultaat van fase 1 vormt mits aanpassingen een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, maar wordt voorlopig nog niet goedgekeurd.			
Het resultaat van fase 1 voldoet niet (als basis voor de eventuele verdere adaptatiefase), en dient opnieuw te worden doorlopen.			
Advies mbt adaptatie	**Advies**	**Commentaar**	
Wat is uw advies met betrekking tot het al dan niet adapteren van deze Duodecim-richtlijn?	mineure adaptatie	Kleine aanpassingen te overwegen. Het gaat hier vooral over toevoegingen van aantal behandeling die niet vermeld worden in de duodecim richtijn, en concretiseringen van adviezen uit deze richtlijn.	
* met voldoende bedoelen we dat het zoek- en selectietraject voldoende transparant werd weergegeven zodat een derde partij het			

Bijlage 5: Document voor finaal nazicht door de leescommissie van EBPracticeNet

PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS

Introductie en achtergrond (facultatief)

Doelgroep voor de richtlijn

Deze richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, in het bijzonder voor huisartsen en verpleegkundigen.

Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn omvat preventie en behandeling van decubitus, voor patiënten van alle leeftijden met risico op decubitus of met reeds bestaande decubitus. Deze richtlijn bevat geen aanbevelingen voor de preventie of behandeling van andere ulcera zoals veneuze beenulcera en ulcera veroorzaakt door ischemie of neuropathie.

Klinische vragen

Hier worden enkel de klinische vragen betreffende de risicobeoordeling en preventie van decubitus weergegeven, voor de behandeling verwijs ik naar de masterproef van Charista Santoso, collega Huisarts-in-Opleiding (HAIO).

RISICOBEOORDELING

1. Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?
2. Wat is de voorspellende waarde van methoden voor risicobeoordeling bij de preventie van decubitus?
3. Wat is de klinische doeltreffendheid en efficiëntie van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?
4. Wat is de voorspellende waarde van beoordelingsmethoden van de huid bij de preventie van decubitus?

PREVENTIE

5. Hoe en aan welke frequentie moet wisselhouding plaatsvinden bij de preventie van decubitus?
6. Wat is de klinische doeltreffendheid van huidmassages bij de preventie van decubitus?
7. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende interventies op het vlak van voeding of hydratatie voor de preventie van decubitus bij mensen met en zonder voedingsdeficiëntie?
8. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen/hulpmiddelen voor de preventie van decubitus?
9. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende drukverspreidende materialen/hulpmiddelen voor de preventie van decubitus aan de hiel?
10. Welke zijn de klinisch meest doeltreffende topische huidproducten (zoals crèmes of zalven) voor de preventie van decubitus?
11. Welke informatie is vereist voor patiënten en niet-professionele zorgverleners om decubitus te voorkomen?
12. Welke educatie en training zijn vereist voor professionele zorgverleners in de preventie van decubitus?

Kernboodschappen

RISICOBEOORDELING

1. Een risicoanalyse voor decubitus gemaakt met behulp van een gevalideerde scorelijst, is nauwkeuriger dan een louter klinische beoordeling.[1] (GRADE 2C)
2. De pathofysiologie van decubitus is complex en geen enkele scorelijst is volledig betrouwbaar. Een resultaat op basis van een scorelijst moet daarom altijd aangevuld worden met een uitgebreide klinische beoordeling.[1] (GRADE 2C)

3. Een patiënt met een voorgeschiedenis van decubitus behoort steeds tot de hoogrisicogroep.[1] (GRADE 1C)
4. Er werden verschillende schalen ontwikkeld voor het voorspellen van het risico op decubitus; de schalen aanbevolen voor routinepatiënten zijn de Braden-schaal en de Shape Risk Scale (SRS).[1] (GRADE 2C)
5. Bij speciale patiëntengroepen, zoals jonge kinderen (< 5 jaar) of intensive-carepatiënten, worden schalen aanbevolen die speciaal ontworpen zijn voor deze patiëntengroepen.[1] (GRADE 1C)
6. Voer een risicobeoordeling uit van zodra de patiënt opgenomen wordt, maar in ieder geval uiterlijk binnen de 8 uur. Beoordeel dit opnieuw indien de omstandigheden van de patiënt veranderen. Noteer de timing en de resultaten van de risicobeoordeling in het patiëntendossier.[1] (GRADE 1C)
7. *Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling.*[3] (GRADE 2B)
8. *Een uitgebreide huidinspectie van het hoofd tot aan de voeten, met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen, vooral ter hoogte van de beenderige uitsteeksels, moet een onderdeel vormen van een structurele risicobeoordeling.*[2] (GRADE 1C)
9. *Inspecteer de huid regelmatig op tekens van roodheid en niet wegdrukbare roodheid. Bij de huidinspectie hoort ook een beoordeling van lokale warmte, zwelling of hard aanvoelen van de huid.*[2] (GRADE 1C)

PREVENTIE

10. De basis van decubituspreventie is een herpositioneringsregime uitgevoerd om de twee uur; het doel van decubituspreventie is om de blootstelling aan druk te verminderen. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat het twee uursregime ondersteunt.[1] (GRADE 1C)
11. Plaats de patiënt op een steunoppervlak dat overeenkomt met de risicocategorie. Een decubituspatiënt moet op een matras/bedovertrek/bed voor zeer-hoogrisicopatiënten worden geplaatst.[1] (GRADE 1C)
    Tabel 1 presenteert matrassen/bedovertrekken/bedden volgens hun werkingsmechanisme en hun geschiktheid voor verschillende patiëntengroepen. Indien nodig moet een verpleegkundige in wondzorg en weefseloverleving geraadpleegd worden voor de selectie van een geschikt steunvlak.[1]
12. Schuimmatrassen zijn meer effectief dan standaard polyurethaan matrassen voor ziekenhuizen voor de preventie van decubitus. Indien nodig moet een wondzorgverpleegkundige geraadpleegd worden voor de selectie van een geschikt steunvlak.[1] (GRADE 1A)
13. Het raakvlak tussen het steunvlak en de huid van de patiënt moet zoveel mogelijk vrij zijn van beddengoed/incontinentielakens/verzorgingsmateriaal, aangezien deze meestal interfereren met de drukherverdelende eigenschappen van het steunvlak.[1] (GRADE 1C)
14. Bovendien kan drukherverdeling voorzien worden door het gebruik van opvulling, wigvormige en andere positioneringskussens (zorg ervoor dat de opvulling/het kussen zelf geen druk uitoefent) en echte schaapsvachten (meestal bij thuiszorg).[1] (GRADE 2C)
15. Het gebruik van verschillende donut-achtige materialen is gecontra-indiceerd.[1] (GRADE 2C)
16. Dressings op benige uitsteeksels kunnen de incidentie van decubitus mogelijks verminderen.[1] (GRADE 2C)
17. *Verstrek volgende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners* (GRADE 1A)[2]*:*
    - *oorzaken van decubitus*
    - *vroege tekens van decubitus*
    - *manieren om aan preventie van decubitus te doen*
    - *technieken en materiaal demonstreren om aan preventie van decubitus te doen*

- *gevolgen van decubitus (bvb voor de algemene gezondheid, behandelingsopties, risico om in de toekomst nog decubitusletsels te ontwikkelen)*

18. *Voorzie training van professionele hulpverleners in preventie van decubitus betreffende* (GRADE 1A)[2]*:*
    - *etiologie en voorbeschikkende risicofactoren*
    - *risicobeoordeling*
    - *huidbeoordeling*
    - *herpositionering*
    - *selectie en gebruik van drukverspreidende hulpmiddelen*
    - *educatie van patiënt en zijn zorgverleners*

Matras/bedovertrek/bed type (speciaal vervaardigd)[1)]	Risicogroep van de patiënt
Standaard polyurethaan (schuim)matrassen voor ziekenhuizen[2)]	Laag-risicopatiënten
Dynamische steunvlakken voor wisselende druk	Laag- tot hoogstens matig-risicopatiënten
Schuimmatrassen en aanpasbare honingraat-gestructureerde bedovertrekken van hoge kwaliteit	Matig- en bepaalde hoog-risicopatiënten
Automatisch afgestelde steunvlakken met luchtcelstructuur	Hoogrisicopatiënten
Dynamisch (aangedreven) steunvlakken die de verdeling van de belasting aanpassen aan het gewicht en de lichaamscontouren van de patiënt	Hoog- tot zeer-hoogrisicopatiënten (in de praktijk de enige keuze bij bepaalde speciale patiëntengroepen, bv. patiënten met extreme pijn, fracturen van de wervelkolom/cervicale wervelkolom, hypothermietherapie)

1) Standaard bedovertrekken of matrassen bedoeld voor consumentengebruik zijn niet geschikt voor gebruik in zorginstellingen.
2) Standaard schuimmatras duidt op een matras waarvan het oppervlak tegen de slaper vervaardigd is uit een of twee verschillende soorten kunststof schuim, met een gemiddelde dichtheid variërend tussen 35 en 65 kg/m3.

Tabel 1: matrassen/bedovertrekken/bedden volgens hun werkingsmechanisme en hun geschiktheid voor verschillende patiëntengroepen.[1]

Toelichting tot de aanbeveling

RISICOBEOORDELING

We hadden bij aanvang van dit project het vermoeden dat de gevalideerde beoordelingsschalen niet gekend zijn of gebruikt worden door de huisartsen. Daarom stellen we voor om de aanbeveling *'Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling.'* (GRADE 2B) toe te voegen aan de kernboodschappen. Een goede klinische beoordeling volstaat ter preventie van decubitus. Om deze verder te verduidelijken voegen we de kernboodschappen 8 en 9 toe aan de richtlijn.

PREVENTIE

Naast het belang van het herpositioneringsregime en een aangepast steunoppervlak is het van cruciaal belang om voldoende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners te verstrekken (GRADE 1A), alsook te voorzien in de training van professionele hulpverleners (GRADE 1A). Aangezien de duidelijke evidentie hiervoor stellen we voor dit op te nemen in de aanbevelingen.

Basis voor de aanbeveling

De aanbeveling is gebaseerd op de originele Duodecimrichtlijn: 'Prevention and treatment of decubitus'[1], met laatste update in 2018. De originele formuleringen werden behouden, er werden enkel aanbevelingen aan toegevoegd.

Aanvullingen gebeurden op basis van de NICE guideline 'Pressure ulcers: prevention and treatment'[2], met laatste update in 2018 en de Cochrane systematische review 'Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers'[3], 2019.

Voor het behouden van de originele aanbevelingen werd gekozen omwille van verschillende redenen: consensus tussen de Duodecim aanbevelingen en de NICE guideline, een te laag niveau van bewijskracht voor een eventuele adaptatie of het feit dat er geen impact op het klinisch handelen en/of het beleid zou zijn.

RISICOBEOORDELING

Aanbevelingen die werden toegevoegd aan de originele Duodecimrichtlijn met bijhorende evidence:

Gevalideerde beoordelingsschalen lijken de incidentie en ernst van decubitus niet te verminderen in vergelijking met een louter klinische beoordeling. (GRADE 2B)

Cochrane review (januari 2019):

"AUTHORS' CONCLUSIONS: We identified two studies which evaluated the effect of risk assessment on pressure ulcer incidence. Based on evidence from one study, we are uncertain whether risk assessment using the Braden tool makes any difference to pressure ulcer incidence, compared with training and risk assessment using clinical judgement, or risk assessment using clinical judgement alone. Risk assessment using the Waterlow tool, or the Ramstadius tool may make little or no difference to pressure ulcer incidence, or severity, compared with clinical judgement. The low, or very low certainty of evidence available from the included studies is not reliable enough to suggest that the use of structured and systematic pressure ulcer risk assessment tools reduces the incidence, or severity of pressure ulcers."[3]

Een uitgebreide huidinspectie van het hoofd tot aan de voeten, met speciale aandacht voor gevoelige plaatsen, vooral ter hoogte van de beenderige uitsteeksels, moet een onderdeel vormen van een structurele risicobeoordeling. (GRADE 1C)

NICE guideline, 2018:

"Offer adults who have been assessed as being at high risk of developing a pressure ulcer a skin assessment by a trained healthcare professional. The assessment should take into account any pain or discomfort reported by the patient and the skin should be checked for:

- skin integrity in areas of pressure
- colour changes or discoloration
- variations in heat, firmness and moisture (for example, because of incontinence, oedema, dry or inflamed skin)."[2]

Inspecteer de huid regelmatig op tekens van roodheid en niet wegdrukbare roodheid. Bij de huidinspectie hoort ook een beoordeling van lokale warmte, zwelling of hard aanvoelen van de huid. (GRADE 1C)

NICE guideline, 2018:

"Use finger palpation or diascopy to determine whether erythema or discolouration (identified by skin assessment) is blanchable. "[2]

PREVENTIE
Aanbevelingen die werden toegevoegd aan de originele Duodecimrichtlijn met bijhorende evidence:
Verstrek volgende informatie aan mensen met risico op decubitus en hun zorgverleners (GRADE 1A)*:*

- *oorzaken van decubitus*
- *vroege tekens van decubitus*
- *manieren om aan preventie van decubitus te doen*
- *technieken en materiaal demonstreren om aan preventie van decubitus te doen*
- *gevolgen van decubitus (bvb voor de algemene gezondheid, behandelingsopties, risico om in de toekomst nog decubitusletsels te ontwikkelen)*

NICE guideline, 2018:
"Offer timely, tailored information to people who have been assessed as being at high risk of developing a pressure ulcer, and their carers. The information should be delivered by a trained or experienced healthcare professional and include:
• the causes of a pressure ulcer
• the early signs of a pressure ulcer
• ways to prevent a pressure ulcer
• the implications of having a pressure ulcer (for example, for general health, treatment options and the risk of developing pressure ulcers in the future).
• Demonstrate techniques and equipment used to prevent a pressure ulcer. "[2]

"Take into account individual needs when supplying information to people with:
• degenerative conditions
• impaired mobility
• neurological impairment
• cognitive impairment
• impaired tissue perfusion (for example, caused by peripheral arterial disease)."[2]

19. *Voorzie training van professionele hulpverleners in preventie van decubitus betreffende* (GRADE 1A)*:*
    - *etiologie en voorbeschikkende risicofactoren*
    - *risicobeoordeling*
    - *huidbeoordeling*
    - *herpositionering*
    - *selectie en gebruik van drukverspreidende hulpmiddelen*
    - *educatie van patiënt en zijn zorgverleners*

NICE guideline, 2018:
"Provide training to healthcare professionals on preventing a pressure ulcer, including:
• who is most likely to be at risk of developing a pressure ulcer
• how to identify pressure damage
• what steps to take to prevent new or further pressure damage
• who to contact for further information and for further action."[2]

"Provide further training to healthcare professionals who have contact with anyone who has been assessed as being at high risk of developing a pressure ulcer. Training should include:
• how to carry out a risk and skin assessment
• how to reposition
• information on pressure redistributing devices
• discussion of pressure ulcer prevention with patients and their carers
• details of sources of advice and support."[2]

Peer review proces

Na peer review in 2 LOK groepen werden geen veranderingen aan bovenstaande geformuleerde aanbevelingen gedaan. Peer review bij de groepen verpleegkundigen en referentieverpleegkundigen wondzorg kon niet plaats vinden ten gevolge van de COVID-19 pandemie.

Planning voor update

Een update van de richtlijn dient vijfjaarlijks te worden uitgevoerd.

Referenties

1. Soppi E. Prevention and treatment of pressure ulcers. Internet site Evidence-Based Medicine Guidelines 2018. Beschikbaar via: https://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd 3 november 2019.
2. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Pressure ulcer prevention : The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care (NICE guideline 179). Updated november 2018. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg179. Geraadpleegd 16 januari 2019.
3. Moore ZE, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1:CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub4. Geraadpleegd 14 maart 2019.

Lijst van auteurs en belangenvermengingen

1. Prof. Dr. Jan Vandevoorde, docent huisartsgeneeskunde VUB en huisarts te Merchtem
2. Dr. Karlien Ichau, huisarts in opleiding te Duffel

Er is geen sprake van belangenvermenging.