

# Goed bijscholen loont

<b>Auteur:</b>	P. Spieker
<b>Vertaald/bijgewerkt:</b>	
<b>Nieuwsbrief:</b>	2003
<b>Pagina:</b>	20-21
<b>Jaargang:</b>	17
<b>Nummer:</b>	23
<b>Toestemming:</b>	
<b>Illustraties:</b>	
<b>Bijzonderheden:</b>	
<b>Kernwoorden:</b>	scholing bijscholing decubitus Jintiene Zeilstra
<b>Literatuur:</b>	

Jintiene Zeilstra geeft al ruim vijf jaar bijscholing aan verpleegkundigen zodat decubitus vermindert of liefst helemaal niet ontstaat. Zij doet ook onderzoek naar de doelmatigheid van die bijscholing. Eén van de conclusies: bijscholing is effectief, maar de kennis ebt weer weg. Education permanente is dus geboden.

“Als het om decubitus gaat, wordt er te veel behandeld en te weinig aan preventie gedaan. Wij hebben hier een decubitusteam dat kan worden ingeschakeld door de afdelingen. De valkuil is dan dat je zelf aan de slag wilt gaan. Zelf de wondbehandeling in lastige kwesties ter hand te nemen. Maar dat moet je dus eigenlijk niet doen: je kunt wel adviseren, maar de behandeling moet op en door de afdeling gebeuren.

Onze taak is veel meer om de juiste voorwaarden te scheppen en op verschillende niveaus mensen te enthousiasmeren, zodat afdelingen aan de slag kunnen. Wij moeten ontwikkelen, evalueren en zo nodig bijstellen. Wij moeten richtlijnen vertalen zodat de mensen zich er in herkennen.

Met al onze goede bedoelingen hadden we een preventieprotocol ontwikkeld dat we ziekenhuisbreed wilden invoeren. We kregen toen nogal wat kritiek. Want dan blijkt bijvoorbeeld dat op een afdeling neurologie, waar veel patiënten liggen met een hoog risico op decubitus, prima wisselgeving kan worden gegeven. Maar dat geldt niet voor de patiënten op een traumatologieafdeling. Die hebben vaak botbreuken en mogen niet bewegen. Daar moet je dus andere maatregelen nemen en bijvoorbeeld veel meer antidecubitusmateriaal inzetten. Zorg op maat betekent dat je op elke afdeling specifieke supplementen aan de richtlijn voor decubituspreventie toevoegt. Dat je zo'n protocol dus per afdeling moet vertalen.

Bij de introductie van het eerste preventieprotocol ging ik naar de afdelingen om daar een klinische les te geven. Dat heb ik 81 keer gedaan. Dan kom je op een afdeling waar ruim dertig verpleegkundigen werken. Tijdens de klinische les, van 15.00-16.00 uur, waren er dan tien verpleegkundigen aanwezig. Drie van hen werden regelmatig weggeroepen. Drie moesten eerder weg. En drie waren moe na een lange dag werken. We hebben het effect van de lessen onderzocht. Het enige resultaat was dat ze m'n gezicht nu kennen. Er was op deze afdeling niet meer kennis over decubituspreventie dan op afdelingen waar ik niet was geweest.

Vervolgens besloten we een wat bredere scholing te ontwikkelen, waarin naast decubitus en wondverzorging ook veel informatie wordt gegeven over de huid en huidverzorging. Want de huid is het meest verwaarloosde orgaan en goede huidverzorging is goud waard.

Alle 1700 verpleegkundigen zouden deze tweedaagse scholing moeten volgen. We hebben op vijf afdelingen gekeken of de scholing effect had. Op twee afdelingen werden de verpleegkundigen geschoold, op drie andere niet. Om te kunnen vergelijken gebruikten we een kennistoets. Maar we deden ook één keer per twee maanden prevalentie-onderzoek naar decubitus bij alle patiënten op die afdeling. Verder keken we naar het gebruik van antidecubitusmaterialen en de kosten daarvan en bekeken we patiëntendossiers om de zorgactualiteit en de ernst van de decubitus te kunnen vaststellen.

Uit de diverse metingen bleek een significant verschil in kennis en deskundigheid bij de verpleegkundigen die waren geschoold, vergeleken met hun collega's die geen scholing hadden ontvangen. Op de geschoolde afdelingen bleven de kosten in de loop van de tijd ongeveer gelijk. De speciale matrassen werden wel vaker ingezet, maar het gebruik was korter. Op niet geschoolde afdelingen zag je na een prevalentie-meting dat er vaker antidecubitusmatrassen werden ingezet. Dus daar namen de kosten toe. Er kwam geen significante daling van de prevalentie, het vóórkomen van decubitus op de geschoolde afdelingen. Wel bleek de ernst ervan af te nemen: je zag op de geschoolde afdelingen een verschuiving van decubitus graad 3 tot 4 naar graad 2. Bijscholen loont dus, al blijkt ook dat kennis na zes tot zeven maanden weer wegebt. Je zult dus constant bezig moeten blijven: enthousiasmeren, nieuwe dingen ontwikkelen, evalueren en zo nodig bijsturen. Gelukkig vindt de raad van bestuur dat ook, zodat die hier al jaren structureel geld voor vrijmaakt. Intussen hebben we hier in huis aardige resultaten geboekt. Dat vindt de inspectie trouwens ook, die hebben ons een compliment gegeven. De attitude van verpleegkundigen als het gaat om decubituspreventie, is verbeterd. Bij de laatste prevalentie-meting had bij ons 9,6 procent van de patiënten decubitus. Dat is in het verleden 15,2 geweest. Als je kijkt naar het percentage exclusief graad 1 (niet wegdrubbare roodheid, red.) scoorden we 5,4 procent. Dat is best netjes. Maar het kan nog lager. Nog te vaak worden simpele interventies niet toegepast. Zoals een plat kussen onder een been om hieldecubitus te voorkomen. Ook valt er nog het nodige te winnen met wissellegging en de dertig-graden-lighouding. In ons nieuwe scholingsprogramma is er naast een toets ook een practicum ingebouwd. Daar moeten verpleegkundigen laten zien dat ze dit soort interventies ook kunnen toepassen. Wat me wel enorm stoort is dat verpleegkundigen vaak slecht rapporteren. Dan zien ze een rode stuit en dat wordt dan vervolgens niet geregistreerd. Als dat consequent wel zou gebeuren, kun je snel preventieve maatregelen nemen. De rapportage moet echt beter. Nee, bijscholing voor decubitus is nog niet verplicht, landelijk gezien. Maar daar ontkomen we straks niet meer aan. In mijn ogen behoort het tot de verantwoordelijkheid van elke BIG-geregistreerde die er mee te maken kan krijgen, om voldoende kennis te hebben over decubituspreventie. En als uit de wat mij betreft verplichte toets blijkt dat de kennis onvoldoende is? Dan zul je je er opnieuw in moeten verdiepen en de toets opnieuw maken, maar dan wel voldoende.”

Paulien Spieker