

# Doorliggen? Dan deugt er meer niet

**Auteur:** W. Algra  
**Vertaald/bijgewerkt:**  
**Nieuwsbrief:** 2003  
**Pagina:**  
**Jaargang:**  
**Nummer:** 01-03-2003  
**Toestemming:**  
**Illustraties:**  
**Bijzonderheden:**  
**Kernwoorden:** decubitus doorliggen preventie  
**Literatuur:**

Hoe goed zorgt de gezondheidszorg voor je gezondheid? Het ene zieken- of verpleeghuis levert veel betere prestaties dan het andere, maar de patiënt kent die verschillen niet. De overheid wil nu beginnen met prestatiemetingen. De komende weken brengt Trouw in beeld of de gezondheidszorg daar klaar voor is. Vandaag deel 1: doorliggen.

Mevrouw B. (85) heeft geen last meer van haar voet. Dat was een paar maanden geleden wel anders. Ze belandde na een val in het ziekenhuis met een gebroken heup. Daar lag ze een hele tijd in bed en liep ze een flinke doorligwond aan haar hiel op: tot op het bot, een centimeter of drie in doorsnede. De chirurg wilde haar voet eigenlijk amputeren. Maar dat kon niet, ze was in zo'n slechte conditie dat ze waarschijnlijk de operatie niet zou overleven.

Inmiddels is mevrouw B. alweer een maand of vier in verpleeghuis De Riethorst in Geertruidenberg. Haar hiel is uiteindelijk genezen, door een intensieve wondverzorging. Ze ziet er weer patent uit, haar in de krul, en is begonnen met loopoefeningen. Zelf is ze wat vergeetachtig, ze weet niet zoveel meer van haar medische perikelen. Maar haar zoon, die naast haar zit in het restaurant van het verpleeghuis, verzekert: „Ze is een ander mens geworden.”

Elk voorjaar, straks in april voor de zesde keer, vormt een groeiend aantal Nederlandse ziekenhuizen en verpleeghuizen het decor voor een welhaast militaire operatie. Op één landelijke meetdag trekken verzorgenden, verpleegkundigen en artsen in tweetallen langs de bedden, om alle patiënten van top tot teen te inspecteren. Alle lichte en ernstiger vormen van doorliggen -oftewel decubitus- worden nauwkeurig geturfd, van niet weg te drukken rode vlekken tot centimeters diepe wonden met veel vochtverlies en dood weefsel. In de 43 verpleeghuizen die vorig jaar meededen, had 14 procent van de patiënten open doorligwonden -een onthutsend hoog percentage.

Nog meer onbehagen wekken de grote onderlinge verschillen tussen de verpleeghuizen: het aantal patiënten met decubitus varieert van 0 tot maar liefst 25 procent. Niet meegeteld zijn doorligwonden die thuis of in het ziekenhuis zijn ontstaan, om een eerlijke vergelijking tussen verpleeghuizen te kunnen maken. Om dezelfde reden hebben de onderzoekers statistische correcties aangebracht voor verschillende 'risicofactoren', zoals bedlegerigheid, incontinentie en voedingstoestand. Dan resteert een kale vergelijking die na al het rekenwerk uitmondt in een onontkoombare conclusie: sommige verpleeghuizen doen het goed, andere wat minder, en weer andere gewoon slecht.

„Doorligwonden komen veel voor, zonder meer”, beaamt universitair hoofddocent Ruud

Halfens van de Universiteit Maastricht. Hij begeleidt het jaarlijkse onderzoek, samen met onderzoeker Gerrie Bours. Halfens: „We weten niet precies hoeveel doorligwonden echt niet te voorkomen zijn. Maar duidelijk is wel dat preventie en behandeling nu ernstig tekortschieten in veel ziekenhuizen en verpleeghuizen." Zo blijkt lang niet de helft van de verpleeghuizen speciale matrassen en kussens te gebruiken, zelfs niet bij ouderen die al doorligwonden hebben. Risicopatiënten horen eigenlijk regelmatig in bed te worden omgedraaid -dat is de beste manier om doorliggen te voorkomen- maar nog niet één op de tien verpleeghuizen doet dat structureel.

„Erg hè, daar schrikken wij ook altijd van", zo reageert onderzoeker Bours op die schaarse preventieve maatregelen. Doorliggen, vreest ze, is niet echt een onderwerp waarvoor de verpleeghuizen -en dan vooral de directies- warmlopen. Om de twee of drie uur mensen in bed omdraaien, daar heb je mensen voor nodig. En als je het goed doet, dan zie je niets van terug van al dat extra werk. Bours: „Wat je ook vaak ziet, is dat verpleeghuizen de speciale anti-doorligmatrassen binnenslepen maar dan verder niets meer doen, omdat ze denken dat het wel geregeld is."

Er is alle reden om aandacht te besteden aan doorliggen -de cijfers spreken voor zich. De Gezondheidsraad heeft de kosten per jaar becijferd op bijna een half miljard euro. Daarmee zitten doorligwonden in de 'eredivisie' van dure ziekten, naast onder meer depressie, hartziekten en astma. Dat komt niet alleen door de kostbare matrassen en verbandmateriaal. Talloze ouderen moeten weken of maanden langer in het ziekenhuis of verpleeghuis blijven omdat ze daar doorligwonden krijgen, nadat ze voor andere kwalen werden behandeld. Zoals meneer J. (80), die ook in De Riethorst in Geertruidenberg verblijft. Hij kreeg een beroerte en kon een tijdlang niet goed bewegen omdat hij gedeeltelijk verlamd was. Nu heeft hij op beide hielen grote open plekken. Hij zit al drie maanden in het verpleeghuis en zou eigenlijk weer moeten leren lopen. Dat gaat echter moeilijk, vanwege die wonden. Zijn herstel, en daarmee zijn terugkeer naar huis, duurt dan ook veel langer dan had gehoeft. Meneer J. en mevrouw B. liepen hun doorligwonden in het ziekenhuis op. Maar de meeste wonden -fysiotherapeut Jack Neyens en directeur zorg Jos Schols van De Riethorst geven het ruitertje toe- ontstaan in het verpleeghuis. Neemt niet weg: De Riethorst komt er in de jaarlijkse peilingen goed vanaf. In de eerste meting zat het verpleeghuis nog een klein beetje boven het gemiddelde. Inmiddels hoort het, met een score van net iets boven de tien procent, bij de betere huizen.

Ze zijn een beetje decubitusgek, verklaren Neyens en Schols. Vijf jaar geleden waren ze in De Riethorst al aardig op weg. Er was een decubituscommissie, er lagen behandelprotocollen. Patiënten werden uit bed gehaald zo gauw dat kon, en er werd gelet op voeding. Landelijk is één op de drie verpleeghuispatiënten ondervoed; een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van doorligwonden. De afgelopen jaren is de wondbehandeling verder verbeterd. Ook heeft De Riethorst wekelijkse 'wondrondes' ingevoerd.

Van de jaarlijkse meting wordt elke keer weer een evenement gemaakt. Iedereen doet mee: de zeven artsen, de fysio- en ergotherapeuten, de verpleegkundigen en verzorgenden. Om zeven uur 's ochtends beginnen ze, om tien uur zijn ze klaar, en dan is het wachten op de resultaten. Die zijn voor de eigen instelling al de volgende dag bekend. In Maastricht worden de landelijke gegevens verzameld, geanalyseerd en verspreid, wat een paar maanden in beslag neemt. Dan blijkt hoe De Riethorst er voorstaat vergeleken met andere verpleeghuizen. De deelnemende instellingen kennen alleen hun eigen plaats in de rangorde -van meet af aan is deelname aan het project anoniem geweest.

Voor directeur Schols zegt de uitslag niet alleen iets over doorligwonden: „Het is een maatstaf voor de kwaliteit van het hele verpleeghuis." Dat wordt ook wel in de medische literatuur genoemd, weet onderzoekster Gerrie Bours: als preventie en behandeling van decubitus niet goed is, deugt er wel meer niet. Of dat zo is? Zelf aarzelt Bours. Haar collega-

onderzoeker Ruud Halfens is stelliger. Hij maakt zich sterk dat in de slecht scorende verpleeghuizen ook het nodige te verbeteren valt aan voeding, en bijvoorbeeld de omgang met incontinentie.

„Onzin”, vinden de decubitus-consulente en een verpleeghuisarts in een verpleeghuis in het zuiden des lands -nee, geen namen in de krant. In hun instelling zijn er ook dingen die prima gaan. Ouderen worden met respect bejegend. Iemand die vijf mensen tegelijk te eten geeft, zul je hier niet zien. Maar decubitus, nee, dat gaat niet goed. De eerste keer dat dit verpleeghuis meedeed viel het nog wel mee. De score was destijds maar een klein beetje slechter dan gemiddeld. De tweede keer, in 2001, ging het een stuk slechter en de derde keer, vorig jaar, was het er alleen maar erger op geworden. Een royale 23 procent van de patiënten had toen open doorligplekken.

En dat terwijl ze de afgelopen drie jaar keihard hebben gewerkt. Op alle afdelingen werken nu verzorgenden die extra scholing in doorliggen hebben gekregen. Zij kunnen voor moeilijke wonden een beroep doen op de decubitus-consulente of op één van de verpleeghuisartsen. Er is een voorlichtingsboekje voor patiënten gemaakt en een prachtig, geplastificeerd decubitus-protocol.

„Wat ik zo erg vind, is dat we van onze medewerkers zo weinig reactie krijgen op onze slechte resultaten”, zegt de decubitus-consulente. „Verzorgenden zeggen bijvoorbeeld dat die wonden in het ziekenhuis zijn ontstaan. Dat is gewoon niet zo, de meeste wonden ontstaan hier. Ik zeg altijd tegen de gespecialiseerde verzorgenden: jullie moeten alle risicopatiënten kennen en bij rode vlekken direct maatregelen treffen. Schakel collega's in om 's avonds nog even naar een plek te kijken. Dat gebeurt gewoon niet genoeg. Het wrijven met zalfjes is volkomen achterhaald, maar het valt er bijna niet uit te krijgen.”

„Decubitus lééft niet echt in de instelling”, vult de verpleeghuisarts aan. „Toen we voor de eerste keer aan het onderzoek meededen, hadden we al van alles: een decubituscommissie, protocollen. Maar of die protocollen werden nageleefd, daar was geen toezicht op. Eigenlijk is dat nog steeds zo. En decubitus-verzorgenden stappen heel weinig op me af voor advies.” Het kan anders, ervaart ze: „Ik werk ook in een verzorgingshuis. Als daar iemand bedlegerig raakt, krijgt hij gelijk een anti-doorligmatras en ligt er een schema voor wisselganging klaar.” Het gaat hen er niet om de 'slechte' instellingen aan de schandpaal te nagelen, benadrukken de Maastrichtse onderzoekers. Halfens: „We hebben vanaf het begin gezegd dat we geen waardeoordeel geven, alleen de cijfers. We proberen voortdurend te voorkómen dat instellingen zich in een hoek gedrukt voelen. We hebben liever dat ze zelf gaan nadenken, dan dat ze in de verdediging schieten.” Wat Halfens en Bours betreft, moet hun onderzoek ook in de toekomst anoniem blijven. Worden de verpleeghuizen gedwongen deze cijfers prijs te geven, dan geven de onderzoekers geen cent meer voor de betrouwbaarheid ervan. De verpleeghuizen gaan dan de gegevens manipuleren, of zich uitsluitend op decubitus richten voor een goede beoordeling.

Van verpleeghuisarts Schols hoeft die geheimzinnigheid niet. Wat hem betreft mag de Inspectie voor de Gezondheidszorg de decubituscijfers hebben en berispingen uitdelen bij een slechte score. En als De Riethorst in een soort Michelinids komt, mét het percentage doorligwonden: prima. Daar moeten dan ook andere gegevens bij komen, zoals de ligging -in de stad of op het platteland-, één- of meerpersoonskamers en het aantal verzorgenden en verpleegkundigen per afdeling. „We moeten onderzoeken aan welke gegevens patiënten behoefte hebben voor de keuze van een verpleeghuis”, zegt Schols. „Maar decubitus is een duidelijke parameter voor de kwaliteit van de verpleeghuizen. Neem dat maar gewoon in zo'n gids op.”