

WOENSDAG 18 NOVEMBER 2009

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

09.30- 10.30	Bloopers in de decubituszorg?!	J. van Boekel, decubitus- en wondverpleegkundige regio Tilburg M. Warbout, verpleegkundig specialist somatiek, Reinier van Arkelgroep, 's-Hertogenbosch
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	10 jaar landelijk prevalentie onderzoek decubitus	Prof. dr. R. Halfens, projectleider Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen, Dept. of Health Care and Nursing Science, Universiteit Maastricht, Maastricht
11.30 – 12.00	EPUAP decubitusrichtlijn 2009	Prof. dr. T. Defloor, RN PhD, Verplegingswetenschap Universiteit Gent, Gent België
12.00 – 12.30	De kosten van decubitus; de resultaten van een Nederlands onderzoek	Dr. L. Schoonhoven, docent afdeling verplegingswetenschappen Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 15.30	Transmurale decubituszorg, een waterdichte oplossing	A. van Dam, decubitus- en wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam W. Zeedijk, decubitus- en wondconsulent Thuiszorg Rotterdam, Rotterdam
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30 – 10.30 Bloopers in de decubituszorg?!

J. van Boekel, decubitus- en wondverpleegkundige

Er zijn verschillende richtlijnen: voor de diabetische voet, ulcus cruris, decubitus, chirurgische wond enz. Wij (wijk)verpleegkundigen werken volgens deze richtlijnen. We zijn geschoold in de onderliggende pathologie, de wondgenezingsprocessen, het gebruik van de verschillende wondbedekkers, de rapportage enz.. We hebben vaardigheidstraining gehad om de handelingen uit te voeren op het gebied van de preventie en behandeling van alle afzonderlijke patiëntengroepen. Dus wat kan er eigenlijk mis gaan in de praktijk???

Over dit laatste zullen we het gaan hebben. Wat zien wij, wondverpleegkundigen, in de dagelijkse praktijk binnen de wondbehandeling. Aan de hand van foto's gemaakt in deze dagelijkse praktijk kijken we gezamenlijk naar de zaken die aandacht behoeven en die laten zien wat we massaal moeilijk vinden in de wondbehandeling, zoals;

- Gebruiken we de richtlijnen goed of doet toch iedereen maar wat hij zelf denkt wat goed is voor deze wond?
- Waarom heeft deze patiënt op die plaats een wond? Is die oorzaak wel goed weggenomen?
- Weten we wel allemaal zo goed hoe we de verschillende wondbedekkers moeten gebruiken?
- Hoe ziet de rapportage er uit in de dagelijkse praktijk?
- Weet de patiënt wel waar wij professionals mee bezig zijn, is de voorlichting goed geweest?

In 60 minuten zullen we aan de hand van casuïstieken een aantal bloopers uit de praktijk de revue laten passeren. Hierin geven we de noodzaak weer dat wondbehandeling volgens richtlijnen uitgevoerd dient te worden met verstand van de onderliggende pathologie, wondgenezingsprocessen en een holistische visie.

11.00 – 11.30 10 jaar landelijk prevalentie onderzoek decubitus

R. Halfens, projectleider Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen

In 1998 werd op initiatief van de Stuurgroep Decubitus de eerste meting van de prevalentie van decubitus gehouden

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

bij 98 instellingen. De resultaten waren schokkend, gemiddeld bleek 23 % van de cliënten decubitus te hebben. In verpleeghuizen bleek zelfs een op de drie patiënten decubitus te hebben. Vergelijking met de prevalentie van decubitus in Duitse verpleeghuizen maakte het alleen nog maar erger. In Nederlandse verpleeghuizen bleek de prevalentie zelfs vijfmaal hoger dan in Duitse verpleeghuizen.

Nu, 11 jaar later en 11 metingen verder, blijkt de prevalentie van decubitus aanzienlijk gedaald. De gemiddelde prevalentie is nu 9,9%, en in de chronische sector 10,4%.

Deze daling is niet vanzelf tot stand gekomen. De afgelopen jaren is er veel gebeurd. Veel decubitusverpleegkundigen en aandachtsvelders zijn aangesteld, decubituscommissies zijn nieuw leven ingeblazen, een nieuwe richtlijn is verschenen, en last but not least de minister heeft veel geld ter beschikking gesteld om daadwerkelijk de zorg voor decubitus te verbeteren met behulp van de projecten "zorg voor beter" en "sneller beter".

Het lijkt logisch de daling van de prevalentie aan de ingezette maatregelen toe te schrijven. Echter er zijn ook andere verklaringen. Wellicht de belangrijkste is de invoering van prestatie-indicatoren, die door de Inspectie per instelling openbaar gemaakt worden. Door deze openbaar te maken verwacht men dat instellingen hun kwaliteit van zorg verbeteren om te voorkomen dat er een negatief beeld van hen ontstaat. De invoering van de prestatie-indicatoren, en dan met name het openbaar maken ervan, kan echter ook een ander effect hebben, namelijk dat men minder decubituswonden opgeeft dan er feitelijk zijn. Met andere woorden zijn de verkregen gegevens wel betrouwbaar?

In deze presentatie zal op deze vraag worden ingegaan. Indien de gegevens betrouwbaar zijn, en er dus echt een daling heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren, dan zullen de preventieve maatregelen en de behandeling van decubitus ook verbeterd moeten zijn, mits de patiëntpopulatie vergelijkbaar is gebleven. Tijdens het congres zal aan de hand van de LPZ gegevens bekeken worden of de preventieve maatregelen en de behandeling inderdaad verbeterd zijn, en zo ja of dit de daling van de prevalentie verklaard.

Contactgegevens:

Prof.dr. R.J.G Halfens,
Dept. of Health Care and Nursing Science,
Universiteit Maastricht, Maastricht
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
r.halfens@zw.unimaas.nl
www.lpz-um.eu

11.30 – 12.00 EPUAP decubitusrichtlijn 2009

T. Defloor, RN PhD

Goede praktijk is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. Dit is ook zo voor decubituszorg. Om een overzicht te krijgen van de bestaande kennis werden de decubitusrichtlijnen ontwikkeld. Dit gebeurde zowel in Nederland als in België. Deze richtlijnen worden nog steeds frequent geconsulteerd en hebben een grote impact op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Beide richtlijnen zijn echter dringend aan actualisering toe. De wetenschap heeft niet stil gestaan. Heel wat nieuw decubitusonderzoek werd gepubliceerd en nieuwe inzichten werden ontwikkeld.

De EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) en de Amerikaanse NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) hebben de laatste jaren samengewerkt om nieuwe internationale preventie-richtlijnen en behandelingsrichtlijnen op te maken. Hiervoor werd de strenge NICE-methodologie gebruikt. In talrijke werkgroepen hebben tientallen wetenschappers alle literatuur, gepubliceerd sinds 1994, geselecteerd, doorgenomen, geanalyseerd, evidentie-tabellen opgemaakt en aanbevelingen voor de praktijk uitgewerkt. Dit alles werd gestuurd door een Amerikaanse stuurgroep voor de behandelingsrichtlijn en een Europese stuurgroep voor de preventierichtlijn. Deze stuurgroepen werkten nauw samen en bewaakten het volledige proces.

Om garant te staan voor de kwaliteit en de objectiviteit van de richtlijnen was het volledige proces openbaar en werd dit gevolgd door honderden stakeholders van over gans de wereld. Deze stakeholders waren gezondheidszorgwerkers

PARALLELSESSIE DECUBITUS

ZAAL 215

vanuit verschillende disciplines, maar ook decubitus- en wondorganisaties en beroepsorganisaties. Ze volgden elke fase van het proces en gaven hierop commentaar. De eindversie van de twee richtlijnen werd zowel door de EPUAP als door De NPUAP goedgekeurd.

In deze nieuwe richtlijnen, die op het EPUAP-congres in september 2009 voor het eerst worden vrijgegeven, zijn heel wat nieuwe en vernieuwde aanbevelingen terug te vinden. Ook het decubitus-classificatiesysteem werd gewijzigd.

Tijdens de lezing zal worden ingegaan op de inhoud van de nieuwe classificatie en van de nieuwe preventierichtlijn.

12.00 – 12.30 De kosten van decubitus; de resultaten van een Nederlands onderzoek

L. Schoonhoven, docent afdeling verplegingswetenschappen

Doel: bepalen van de kosten voor preventie en behandeling van decubitus vanuit een ziekenhuisperspectief en bepalen welke preventieve aanpak kosteneffectief is.

Opzet: kostenanalyse vanuit een ziekenhuisperspectief. Het onderzoek is uitgevoerd naast een prospectieve cohort studie naar de incidentie en risicofactoren voor decubitus.

Setting: twee grote opleidingsziekenhuizen in Nederland met gedeeltelijk afwijkende benaderingen van preventie; met name inzet van materiaal (de technologische aanpak) en met name inzet van mensen voor bijvoorbeeld wisselhouding (de menskrachtaanpak).

Deelnemers: patiënten die risico lopen op het ontwikkelen van decubitus (149 patiënten) en patiënten die behandeld werden voor decubitus (84 patiënten).

Belangrijkste uitkomstmaten: verbruik materiaal en tijd, kosten preventieve maatregelen en incidentie van decubitus (\geq graad 2) in beide ziekenhuizen.

Resultaten: de incidentie van decubitus was niet significant verschillend tussen beide benaderingen: 5,5% bij de technologische aanpak en 4,9% bij de menskrachtaanpak ($p > 0.15$). De technologische aanpak van preventie kost minder (€13 per dag per patiënt; 95% BI: €11 to €15) dan de menskrachtaanpak (€24 per dag per patiënt; 95% BI: €22 tot €26). Afhankelijk van de ernst van het decubitusletsel worden de kosten van behandeling geschat tussen de €32 en €123 per dag per patiënt. De totale kosten in Nederland voor preventie worden geschat tussen de €27,5 miljoen en €63,6 miljoen, en voor behandeling tussen de €174,5 miljoen en €178,8 miljoen.

Conclusie: de technologische aanpak van decubituspreventie resulteert in dezelfde incidentie van decubitus als preventie met de menskracht aanpak. De technologische aanpak is echter aanzienlijk goedkoper.

14.00 – 15.30 Transmurale decubituszorg, een waterdichte oplossing

A. van Dam, decubitus- en wondconsulent, W. Zeedijk, decubitus- en wondconsulent