

TWEEDE LANDELIJKE REGISTRATIE VAN DE PREVALENTIE VAN DECUBITUS

Gerrie JJW Bours en Ruud JG Halfens *

In deze presentatie zal ik de resultaten bespreken van de tweede landelijke registratie van decubitus, die op 20 april van dit jaar heeft plaatsgevonden. Dat decubitus veel vaker voorkomt dan werd gedacht, bleek uit de eerste landelijke registratie van decubitus in 1998. Uit deze meting bleek dat bijna 1 op de 4 patiënten die in een gezondheidszorginstelling verblijven één of meerdere decubitus wonden heeft. Dit cijfer was bijna twee maal zo hoog dan men gedacht had. Ook in de literatuur is een dergelijk hoog cijfer zelden aangetroffen. Uiteraard zijn wij naar verklaringen gaan zoeken. De meest voor de hand liggende verklaring is dat de kwaliteit van zorg in Nederland slechter is dan in andere landen. Dit is de minst prettige verklaring. Andere verklaringen hebben meer betrekking op de betrouwbaarheid van de metingen. Zo kan het hoge prevalentiecijfer veroorzaakt zijn door een overschatting van het aantal patiënten met decubitus. Bijvoorbeeld doordat met name stadium 1 verkeerd vastgesteld is. Ook kan het zijn dat in andere studies het voorkomen van decubitus onderschat is. Ik hoop dat ik door het presenteren van de resultaten van de laatste meting u meer inzicht kan geven in de betrouwbaarheid van de resultaten van onze landelijke meting. Als eerste zal ik iets vertellen over de achtergrond van de landelijke registratie. Vervolgens zal ik aandacht schenken aan de methode die wij gebruiken voor het meten. Daarna bespreek ik de resultaten en zal ik een vergelijking maken tussen de resultaten van de eerste en tweede landelijke meting en zal ik eindigen met de conclusies.

ACHTERGROND

Tot aan de eerste landelijke registratie van decubitus was er nauwelijks inzicht in hoe vaak decubitus nu eigenlijk voorkwam. Slechts enkele registraties van incidentie en prevalentie waren bekend. Deze metingen waren echter beperkt tot enkele instellingen en waren onderling moeilijk vergelijkbaar. Vandaar dat de Stuurgroep Decubitus zich onder meer tot doel stelde om een landelijke registratie van de prevalentie van decubitus op te zetten, zodat inzicht verkregen kon worden in het aantal en de aard van de decubitusgevallen. Daarnaast kan door uniform te meten inzicht verkregen worden in verschillen tussen instellingen, afdelingen en patiëntengroepen. Door jaarlijks deze metingen te herhalen kan tevens het effect geëvalueerd worden van ondernomen acties.

INSTRUMENT

Door middel van een literatuurstudie en een Delphi-panel bestaande uit 34 experts op het gebied van decubitus uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg is het registratieformulier ontwikkeld. Vervolgens is de methode van meten getest in drie verschillende gezondheidszorginstellingen, te weten een ziekenhuis, een verpleeghuis en een thuiszorgorganisatie. Het registratieformulier bestaat uit

zes onderdelen: 1) Profiel van de instelling, 2) profiel van de afdeling, 3) Patiëntgebonden inventarisatie, 4) De risicoscore, 5) Kenmerken van decubitus en de wondbedekkingen en als laatste 6) De preventieve maatregelen. Voor het vaststellen van decubitus wordt een stadiumindeling in vier categorieën die vergelijkbaar is met onze CBO-stadiumindelingen en vergelijkbaar is met de Amerikaanse en Engelse indeling.

PROCEDURE

Iedere instelling draagt zorg voor een coördinator die gedurende de periode waarin de registratie plaatsvindt, belast is met de coördinatie binnen de instelling en als contactpersoon fungeert naar de onderzoeksgroep. De coördinator stelt een team van deskundige verpleegkundigen samen en maakt een rooster van meten op zo'n manier dat iedere patiënt door twee verpleegkundigen bekeken wordt. De coördinator wordt door de onderzoeksgroep geïnstrueerd en traint zelf de verpleegkundigen die de metingen daadwerkelijk uitvoeren binnen de instelling. Het trainingsmateriaal wordt geleverd door de onderzoeksgroep. Belangrijk is om extra aandacht te geven aan de stadiumindeling en aan de Braden-schaal. Hiertoe zijn foto's van ieder stadium van decubitus beschikbaar

gesteld en casuïstiek om het vaststellen van de risicoscore te oefenen door de onderzoeksgroep.

In de intramurale instellingen zijn de metingen op een en dezelfde dag uitgevoerd, in de thuiszorginstellingen hebben de metingen gedurende vier dagen plaatsgevonden. Vanuit het oogpunt van betrouwbaarheid hebben wondverpleegkundigen iedere dag een willekeurige patiënt uitgekozen om extra te registreren.

Alleen patiënten die toestemming hebben gegeven zijn daadwerkelijk bekeken op decubitus. Instellingen kunnen zelf aangeven welke afdelingen meedoen aan de registratie. Echter wat zeer belangrijk is, is dat iedere patiënt die toestemming heeft gegeven ook daadwerkelijk bekeken wordt op de aanwezigheid van decubitus en niet alleen de patiënten met een verhoogd risico.

RESULTATEN

In totaal hebben dit jaar 78 verschillende instellingen deelgenomen aan de tweede landelijke registratie. In deze 78 instellingen zijn bijna 15.000 patiënten bekeken op decubitus. De grootste groep instellingen zijn de algemene ziekenhuizen. Slechts een instelling voor lichamelijk gehandicapten heeft deelgenomen. De resultaten van deze laatste zullen dan ook niet gepresenteerd worden.

De prevalentie van dit jaar blijkt wederom erg hoog en varieert van 12% in de verzorgingshuizen tot 29% in de verpleeghuizen. De prevalentie-cijfer in de instellingen is hoger naar mate het percentage risicopatiënten ook hoger is. Dit geldt eveneens voor de gemiddelde leeftijd, tenminste in de intramurale instellingen.

Wat opvalt is het hoge percentage stadium 1 ten opzichte van de overige stadia. Ook dit is identiek aan de resultaten van vorig jaar. Dit jaar hebben wij in een aparte studie extra aandacht gegeven aan de vaststelling van stadium 1. In een steekproef van 183 patiënten verdeeld over 5 ziekenhuizen en zes verpleeghuizen zijn alle stadium 1 wonden herhaald bekeken. De eerste extra meting vond plaats minstens na vier uur na de eerste meting. Uit deze studie bleek dat bij ongeveer de helft van de decubitus stadium 1 zoals de eerste keer vastgesteld werd, bij een volgende meting wederom stadium 1 gediagnosticeerd werd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er inderdaad een overschatting van stadium 1 heeft plaatsgevonden en dat eigenlijk een herhaalde meting van stadium 1 een veel nauwkeuriger beeld geeft van de prevalentie van dit stadium.

Als men kijkt naar de duur van de decubituswonden dan is het schrikbarend dat patiënten lang liggen met een of meerdere decubituswonden. Vooral in de verpleeghuizen en thuiszorginstellingen bestaan één op de vijf wonden langer dan zes maanden. In de verzorgingshuizen is dit zelfs één op de drie wonden. Dit kan veroorzaakt worden doordat in de verzorgingshuizen het opleidingsniveau over het algemeen toch een stuk lager is dan in de verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties, waardoor preventie en behandeling niet altijd effectief gebeurt. In ziekenhuizen verblijven patiënten minder lang, gemiddeld zo'n zeventien dagen in de onderzochte populatie, waardoor de duur van decubituswonden in ziekenhuizen ook niet zo lang kan zijn.

Ook dit jaar kwam in alle instellingen decubitus het meeste voor op de stuit en op de hielen. In de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties komt hierin wat meer variatie voor ten opzichte van de ziekenhuizen.

Dit wordt wellicht veroorzaakt doordat veel minder patiënten hier bedlegerig zijn. De meeste decubituswonden ontstaan op de eigen afdeling. Interessant is het om te kijken naar de wijze waarop men probeert decubitus te voorkomen. Er is dan ook geregistreerd bij welke patiëntengroepen anti-decubitus bedden of matrassen zijn ingezet. Om inzicht te krijgen op de efficiëntie hiervan is een onderscheid gemaakt naar patiënten met een verhoogd risico om decubitus te krijgen en patiënten met een laag risico. Volgens de CBO-richtlijnen dienen bij patiënten met een verhoogd risico, maatregelen genomen te worden om decubitus te voorkomen. Wat opvalt is dat dit lang niet overal gebeurt. Iets meer dan de helft van de risico patiënten in ziekenhuizen ligt op een anti-decubitusbed of matras, in de verpleeghuizen is dit percentage hoger, echter in de thuiszorg en in de verzorgingshuizen is dit percentage zelfs beduidend lager.

Hetzelfde beeld geeft het toepassen van wisselgigging, het voorkomen van voedings-en/of vochttekort en het geven van voorlichting aan patiënten om decubitus te voorkomen. Uit deze gegevens blijkt dat het gebruik van preventieve maatregelen nog sterk verbeterd kan worden.

Ik ben gestart met iets te zeggen over de betrouwbaarheid van de prevalentiegegevens, met name omdat in andere landen vaak hogere cijfers gevonden worden. Het feit dat we bij de tweede meting vergelijkbare gegevens vinden met de eerste meting, geeft aan dat er sprake is van een zekere mate van betrouwbaarheid. De resultaten uit de eerste meting zijn geen incident. Wel blijkt dat in sommige gevallen stadium 1 moeilijk betrouwbaar is vast te stellen, maar dit probleem hebben de studies uit andere landen natuurlijk ook.

De oorzaak zoeken wij met name in de methode van meten. Wat met name opvalt aan onze methode is dat wij bij alle patiënten daadwerkelijk gaan kijken of deze decubitus hebben. In veel andere studies gebeurt dit alleen bij de patiënten met een verhoogd risico of bij patiënten waarvan de verpleegkundige op de afdeling weet, dat deze decubitus heeft. Men veronderstelt in deze studies dat

de verpleegkundige op de hoogte is van alle decubitus patiënten op de afdeling. Dit lijkt ons echter onterecht. Dat blijkt ook uit onze studie. 37 % van alle patiënten met een of meerdere decubitus wonden had geen verhoogd risico om decubitus te krijgen volgens de Badenschaal (Braden-score ≤ 17). Het is redelijk om aan te nemen dat de stadium drie en vier wonden wel bekend zijn bij de verpleegkundigen. Dit is echter niet zo voor de stadium twee en drie wonden. Het blijkt nu zo te zijn dat bij 61% van de patiënten zonder verhoogd risico een stadium 1 wordt vastgesteld en bij 25% een stadium 2. Als we niet waren gaan kijken bij deze patiënten dan hadden wij deze decubitus gemist. Als je met deze cijfers de prevalentie berekent dan zou ons prevalentie cijfer dalen van 21% naar 14%. Dit cijfer lijkt dan ook veel meer op de cijfers zoals beschreven in de literatuur.

CONCLUSIE

Wat kunnen we concluderen uit deze resultaten?

Als eerste, deze resultaten bevestigen de resultaten van de meting van vorig jaar. De betrouwbaarheid van met name het vaststellen van stadium 1 zou nog verbeterd kunnen worden. Ten tweede, ook al is de kwaliteit van zorg mogelijk niet slechter dan in andere landen, de prevalentie van decubitus in ons land is natuurlijk veel te hoog, zeker als men zich realiseert dat decubitus vaak voorkomen kan worden.

Ten derde, de inzet van preventieve middelen en maatregelen is niet adequaat, wat blijkt uit het feit dat lang niet alle hoog risico patiënten op een anti-decubitus bed en/of matras liggen. Dit alles betekent dat er nog veel aandacht moet komen om de kwaliteit van zorg, met name voor hoog risico-patiënten te verbeteren. Het implementeren van de CBO-richtlijnen zou hierin een belangrijke zet zijn.

*** Gerrie JJW Bours en Ruud JG Halfens, Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap, Postbus 616 6200 MD Maastricht**

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres "Twee eeuwen verbinden" d.d. 2 november 1999 te Utrecht.