

Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus

Auteur: R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1999
Pagina: 6-7
Jaargang: 12
Nummer: 1
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: decubitus prevalentie onderzoek
Literatuur:

Ron van der Most in gesprek met Jacqueline van Boekel & Walter van Litsenburg. Eind oktober 1998 zijn de resultaten gepubliceerd van de eerste jaarlijkse meting van de prevalentie van decubitus. Nog nooit is op deze schaal het voorkomen van decubitus gemeten. Aan deze eerste meting hebben 88 instellingen meegedaan. Deze meting onderscheidt zich door het feit dat alle patiënten bekeken zijn op de aanwezigheid van decubitus en niet alleen de hoogrisico patiënten. Dit heeft tot verrassende resultaten geleid. De prevalentiecijfers blijken aanzienlijk hoger te zijn dan verwacht. Wanneer alleen de hoogrisico patiënten worden onderzocht, wordt eenderde van het aantal patiënten met decubitus gemist. Als bij deze meting alleen de hoogrisico patiënten waren onderzocht, dan zou de gevonden prevalentie te vergelijken zijn met eerdere onderzoeken en daarmee overeenkomen. De gegevens zijn op instellingsniveau gepresenteerd, waarbij een indeling is gemaakt in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, thuiszorgorganisaties en verzorgingshuizen. Ron van der Most sprak over dit rapport en de consequenties voor de praktijk met Jacqueline van Boekel en Walter van Litsenburg, decubitus verpleegkundigen in respectievelijk het Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg en het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven.

Wat was jullie eerste indruk van het rapport?

Jacqueline: "Toen ik enkele dagen na onze meting de uitslag van onze prevalentie kreeg, schrok ik van de slechte uitkomst, de hoogte van de prevalentie. Het was hoger dan ik had gedacht. Wij hebben al eerder onderzoek gedaan en daarbij was er sprake van een veel lager voorkomen van decubitus. Als je een paar jaar bezig bent je beleid te optimaliseren en dan blijkt dat de prevalentie bijna verdubbeld is, schrik je wel."

Walter: "Voor mij gold hetzelfde. De resultaten die je via het computerprogramma kon opvragen, vond ik hoog. Je kunt dan denken dat het een momentopname is en dat er goede en slechte dagen voorkomen. Wanneer blijkt dat het landelijk ook slecht uitvalt, een op de vier patiënten, dan schrik je. Het getal dat tot op heden aangenomen werd, gebaseerd op een eerder gedaan onderzoek van dr. Haalboom, was een stuk lager. Dit is overigens te verklaren omdat

in de eerdere onderzoeken de laagrisico patiënten niet waren betrokken. Een positief punt is dat erge vormen van decubitus nu minder voorkomen dan vroeger, dus minder stadium III en IV. Ik denk dat dit onderzoek een goede uitgangswaarde heeft om verder te gaan. Je kunt beter hoog zitten en laag eindigen dan laag zitten en hoog eindigen. Het is voor veel mensen een eye opener. Misschien zijn deze uitkomsten juist het middel om de mensen te stimuleren, te activeren en te motiveren verder te gaan met het preventieve werk."

Zijn er behalve de hoge prevalentie, nog andere zaken opgevallen?

Jacqueline: "Bij mij kwamen ook andere wonderlijke dingen naar boven 66% van de patiëntenpopulatie die meedeed in het onderzoek, behoort tot de hoogrisico patiënten en dat is veel hoger dan vorig jaar. Dat betekent dat je daar rekening mee moet houden bij de preventieve middelen die je inzet. Het is ook vreemd dat wij hier decubitus rapporteren op plekken die in andere ziekenhuizen niet voorkomen. Bij ons komt bijvoorbeeld veel decubitus op het zitbeen voor en niet voornamelijk op de stuit en de hielen. Een verklaring zou kunnen zijn dat wij gelkussens gebruiken. Uit het onderzoek van Tom de Floor kwam naar voren dat die gelkussens een slechte drukverdeling hebben. Wij gaan dan ook andere zitondersteuning aanschaffen. Het zou ook kunnen dat wij de patiënten te lang in de stoel laten zitten. Ook bleken er meerdere patiënten te zijn waarvan niet bekend was dat zij decubitus hadden, al moet je daarbij rekening houden met het feit dat met name stadium I soms moeilijk is te onderkennen."

Walter: "Het is de eerste keer dat dit onderzoek in Nederland en wereldwijd in deze opzet uitgevoerd wordt: dat je alle patiënten na laat kijken. Een van de leerdoelen is hoe je het onderzoek kunt verbeteren. Voor de volgende meting moeten we bijvoorbeeld op één lijn zitten voor wat betreft het diagnosticeren van een stadium I decubitus. Het onderzoek zelf is nog in ontwikkeling. Je kunt de uitslag echter niet bagatelliseren. Met deze uitkomsten kun je nu al adequaat reageren. Jacqueline heeft dat met de zitkussens. Ik heb het met de informatievoorziening naar de patiënten. Landelijk wordt bij 22% van de hoogrisico patiënten wisselgeving gegeven. Ondersteuning van voeding en vocht en het geven van informatie lag landelijk ook rond de 20%. Bij ons werd meer aan wisselgeving gedaan, in 30% van de gevallen, minder aan eten en drinken (7%) en de informatievoorziening was zelfs afwezig (0%). Daar kun je in de toekomst dus iets aan doen. Met meer informatie kun je op langere termijn een betere preventie door de patiënt zelf bewerkstelligen. Het onderzoek is belangrijk, de uitslag is belangrijk, maar het onderzoek is ook iets dat nog in ontwikkeling is."

Is het zo moeilijk om vast te stellen of er sprake is van een decubitus stadium I?

Jacqueline: "Ik moet nog vaak aan verpleegkundigen vertellen dat de rode vlek die zij zien meestal geen decubitus stadium I is, maar een wegdrubbare roodheid. Ik denk dat het voor de mensen die tijdens de dag van het onderzoek een stadium I decubitus moesten beoordelen, het vaak heel moeilijk was."

Walter: "Daarom is een van de doelen voor het komende jaar, dat je duidelijke afspraken

maakt over het stadium I.

Misschien moet men wel met een objectglasje werken om te kijken of een roodheid wegdrukbaar is. Helemaal waterdicht zal het echter niet worden.

Ook al kun je discussiëren over hoe iets moet worden gezien, je moet in ieder geval wat er gezien is serieus nemen en daar iets mee doen. Met het onderzoek willen wij de verpleegkundige motiveren tot een betere werkwijze met betrekking tot preventie en behandeling van decubitus. Wat er tot nog toe aan schort ligt bij de basis, namelijk het signaleren, rapporteren en zorgen voor continuïteit in zorg. Mijns inziens is de individuele zorgverlener, die bij de patiënt komt, nog steeds de zwakste schakel in de preventieve zorg. Ziet hij het wel of ziet hij het niet en vervolgens, doet hij er wel iets aan of doet hij er niets aan. Het is heel belangrijk dat er serieus met decubitus wordt omgegaan. Bij ons zie je ook dat decubitus een monodisciplinair gebeuren is en het moet juist een multidisciplinair gebeuren worden. Er wordt veel over de decubitus van patiënten gesproken, maar vervolgens wordt er weinig gedaan aan de continuïteit van de zorg. Er wordt te weinig vastgelegd in de dossiers, te weinig overgedragen etc. Decubitus verdwijnt als het ware tussen de wal en het schip."

Jacqueline: "Het 'missen' van decubitus komt omdat de verpleegkundige niet consequent kijkt naar de aanwezigheid van decubitus, bijvoorbeeld bij een patiënt die niet gewassen hoeft te worden. Bij de preventie van stadium I geldt dat je moet interveniëren op momenten dat er nog geen problemen zijn. Op onze intensive care is de decubitus gedaald, omdat wij hebben afgesproken dat iedere patiënt die geen wisselgigging kan krijgen, op een speciale matras wordt gelegd. Standaard wordt daar dus een aantal interventies gestart. Bij het grootste gedeelte van de populatie in het ziekenhuis gebeurt dat niet standaard en zeker niet bij laagrisico patiënten."

In veel ziekenhuizen zijn commissies geformeerd en protocollen opgesteld. Het is vreemd dat decubitus ondanks dat voor velen een abstractie blijft.

Walter: "Ik zeg altijd dat het mijn doel is om mijn eigen functie overbodig te maken. Maar dat zal voorlopig niet gebeuren. Het is natuurlijk raar dat ik keer op keer verpleegkundigen en andere disciplines moet motiveren en activeren om gewoon hun werk te doen. Decubituszorg is basiszorg. Er zijn redenen te bedenken waardoor dit komt. Landelijk blijkt 56% van de patiënten in algemene ziekenhuizen een verhoogd risico op decubitus te hebben. Dat vraagt meer zorg van de verpleegkundige, want de hoogrisico patiënt is vaak minder mobiel en vraagt sowieso al meer zorg. Dan komt de oude klacht van de verpleging naar boven: minder handen aan het bed en zwaardere zorg. Waarom is de prevalentie in academische ziekenhuizen 13% en in algemene ziekenhuizen 23%? In het academisch ziekenhuis wordt iedere hoogrisico patiënt op een speciaal bed gelegd, dat zou een verklaring kunnen zijn. Budgettair heeft dat natuurlijk wel consequenties. Daarnaast worden in de academische ziekenhuizen mensen vrijgemaakt om protocollen te toetsen etc. Met de uitkomsten van het onderzoek gaan wij kijken waarom het in de academische ziekenhuizen beter gaat dan bij ons. Hoe kunnen wij hun niveau halen met betrekking tot decubituspreventie. In dit rapport gaat het nog om een algemeen ziekenhuisgetal. In de toekomst zal een vergelijk tussen dezelfde afdelingen in verschillende ziekenhuizen mogelijk zijn. Dan kun je ook per afdeling ervaringen uitwisselen. Uiteindelijk is het onderzoek een beleidsinstrument om te kijken hoe het preventieve beleid beter kan worden aangepakt. Dat daarbij de motivatie en het activeren van de verpleegkundige een rol speelt, is duidelijk. Het begint echter bij de organisatie die

decubitus hoog in het vaandel moet hebben staan. Is er een commissie, is er een protocol etc.? Vervolgens wordt er naar de afdeling gekeken en naar de patiënten. Daarna neem je adequate maatregelen, zoals bijvoorbeeld iemand vrijstellen en de tools geven om ermee aan de gang te gaan."

Bij de behandeling blijkt er in stadium III en IV nog steeds veel gebruik te worden gemaakt van droge methoden.

Jacqueline: "Binnen de chirurgie komt decubitus relatief veel voor. Daar wordt vaak een droge wondbehandeling gegeven. Naar aanleiding van dit onderzoek ga ik samen met de betreffende afdeling kijken hoe dit komt. De reden kan zijn dat de decubitus, vergeleken met de grote chirurgische wonden, een relatief klein probleem wordt gevonden. Door de chirurg en daardoor ook door de verpleegkundige. Decubitus wordt op een aantal afdelingen als van ondergeschikt belang gezien."

Walter: "Het verbaast mij niet dat er nog zoveel droog behandeld wordt. Zeker als je praat over decubitus van de hielen of de stuit, bijvoorbeeld een diffuus ontvelde stadium IIB. Deze is moeilijk te plakken en te fixeren. Men neigt er dan toe om de wond te laten drogen. Daarnaast kiezen de artsen bijna nooit voor een vochtige wondbehandeling. In veel gevallen wordt voor een droge behandeling of voor fysiologisch zout gekozen. De meer geavanceerde verbanden die een vochtig wondmilieu handhaven worden niet veel gebruikt. De verpleegkundige heeft op zo'n moment te weinig theoretische kennis om de arts te kunnen overtuigen."

Jacqueline: "De verpleegkundigen bij ons weten dat zij het protocol moeten gebruiken. Op het moment dat zij zien en weten dat er sprake is van een decubitus stadium IIB of IIIA en zij vinden dat van belang, dan pakken zij het protocol en starten met de behandeling. Op dat moment zal er niet meer droog behandeld worden. Maar wanneer de verpleegkundige denkt dat het wel goed komt, zal het protocol niet worden geraadpleegd en zal de decubitus niet adequaat worden behandeld."

Alginateen blijken in de thuiszorg relatief hoog te scoren en in de ziekenhuizen laag. Is daar een verklaring voor te geven?

Walter: "Op zich verwondert dat mij niet zo. Er is een logische verklaring voor. In algemene en academische ziekenhuizen is de opnameduur relatief kort. Zelf wil ik tijdens de opname de wond vaker zien om het verloop te volgen. Als de wond eenmaal een genezende tendens vertoont, dan hoef ik hem niet zo vaak meer te zien. In de thuissituatie zul je kiezen voor een methode die minder arbeidsintensief is."

Jacqueline: "Ik denk ook dat in het ziekenhuis de invloed van de specialisten op de wondbehandeling veel groter is dan in de thuissituatie. Specialisten neigen niet zo snel over te gaan op occlusieve behandelingen. In de thuissituatie is men veel vooruitstrevender. Men moet dat wel zijn omdat er onvoldoende personeel is om drie keer op een dag een wond te behandelen."

Kunnen jullie samenvatten wat jullie met dit rapport in de praktijk gaan doen.

Jacqueline: "20 April komt er een nieuw onderzoek en dan kijken we of de resultaten uit het vorige onderzoek worden bevestigd. We willen de verpleegkundigen bewust maken van de dingen die zij doen en mee laten denken over de problemen die binnen de afdeling liggen. Ook zullen wij veel meer preventieve middelen moeten aanschaffen."

Walter: "Wij hebben onze resultaten vergeleken met de landelijke cijfers. We hebben dat gerelativeerd en onszelf niet rijk gerekend. Je kijkt of je op detailniveau al wat kunt verbeteren, zoals bij ons de informatievoorziening en zitondersteuning bij Jacqueline in haar instelling. Je kijkt vooral naar de kwaliteitsindicatoren. De academische ziekenhuizen scoren beter op instellingsindicatoren. Wij kijken dan of wij op instellingsniveau verbeteringen kunnen doorvoeren. Wij zullen dit bijvoorbeeld doen met klinische lessen, een informatiefolder, het ontwikkelen van kwaliteitseisen en het controleren van de protocollen. Je probeert dit alles zo snel mogelijk te implementeren, want het volgende onderzoek komt er al weer aan. Je kijkt of je op die manier het onderzoeksgetal in april lager kunt krijgen. Je moet de uitslagen wel relativeren ten opzichte van het landelijk beeld en niet in zak en as zitten als het onderzoeksgetal in het volgende onderzoek hoger is of juichen als het lager is."

Het is belangrijk dat zoveel mogelijk instellingen deelnemen aan het onderzoek. Dit zal de instellingen niet alleen waardevolle informatie verschaffen, maar ook de statistische waarde van de landelijke waarden verhogen. Instellingen die willen deelnemen aan de landelijke registratie van decubitus of meer informatie willen over deze registratie, kunnen zich wenden tot:

Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap, onderzoeksgroep Registratie Decubitus
Postbus 616
6200 MD Maastricht
Tel. 043-3881559/1570
E-mail: G.Bours@VW.Unimaas.NL

Ron van der Most