

DE KENNIS EN INZET VAN PREVENTIEVE MAATREGELEN BIJ DECUBITUS DOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN, 1991-2003

M.A. Hulsenboom, G.J.J.W. Bours, R.J.G. Halfens*

Door middel van een dwarsdoorsnede onderzoek is inzicht verkregen in de kennis en het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden over preventieve maatregelen bij decubitus, zoals weergegeven in de CBO-richtlijn decubitus 2002. Tevens werd onderzocht welke preventieve maatregelen zij volgens eigen zeggen zouden willen toepassen bij patiënten met een risico op decubitus. Geanalyseerd is of er verschil is tussen verpleegkundigen die in 1991 en in 2003 werkzaam waren in een ziekenhuis, wat betreft de kennis en het praktijkgebruik van preventieve maatregelen. De belangrijkste bevinding is dat de kennis en het praktijkgebruik niet conform de CBO-richtlijn is. De richtlijn is matig verspreid. De kennis, het gewenst gebruik en het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden blijkt niet beter te zijn geworden in vergelijking tot 1991. De pogingen van de overheid en van de vakbladen om decubituspreventie en -behandeling onder de aandacht te brengen zijn klaarblijkelijk niet volledig geslaagd. Meer effectieve interventies zijn noodzakelijk om de decubitusrichtlijnen en preventieve maatregelen te verspreiden zodat zorgvragers de preventieve decubituszorg ontvangen die noodzakelijk is.

INLEIDING

RICHTLIJNONTWIKKELING

Decubitus is een veelvoorkomend probleem dat al jaren bestaat. Er wordt veel geld besteed aan behandeling alhoewel de laatste jaren de aandacht steeds meer uitgaat naar preventie (1). Door deze verschuiving is er in de verpleegkundige praktijk een toename aan preventieve maatregelen ontstaan die vaak niet gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. In 1985 en in 1992 zijn om deze ontwikkeling tegen te gaan richtlijnen met betrekking tot behandeling en preventie ontwikkeld. Deze waren echter niet evidence-based en versterkten daardoor de discussie over wat een goede maatregel is en wat niet. In de verschillende sectoren bleek steeds meer de behoefte te ontstaan aan een decubitusrichtlijn die meer evidence-based was. In 2002 is door het CBO een nieuwe meer evidence based algemene richtlijn gepubliceerd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen en het NVVA voor de verpleeghuissector hebben eveneens decubitusrichtlijnen (2-5) gepubliceerd en er is een samenwerkingsrichtlijn ontwikkeld (6).

THEORIE PRAKTIJK KLOOF

Diverse studies laten zien dat kennis van verpleegkundigen niet overeenkomt met het handelen in de praktijk. Er wordt ook wel gesproken van

een theorie praktijk kloof (7-11).

Kennis van verpleegkundigen kan gebaseerd zijn op verschillende factoren zoals intuïtie, ervaring, gewoonte, trial and error en wetenschappelijk onderzoek. Het nauwgezet gebruik van de best beschikbare wetenschappelijke kennis in combinatie met de klinische expertise, afgestemd op de individuele situatie van de patiënt wordt ook wel evidence-based practice (EBP) genoemd (12).

Ondanks dat de afgelopen 30 jaar al meerdere malen in de literatuur het belang van evidence-based richtlijnen is aangeduid, blijkt uit onderzoek dat deze richtlijnen in de praktijk nog steeds niet altijd toegepast worden en er gehandeld wordt op basis van bijvoorbeeld intuïtie, ervaring of gewoonte (13-14).

Eggink (15-16) heeft in 1991 onderzoek gedaan naar de theorie-praktijk kloof op het gebied van preventieve maatregelen bij decubitus.

Resultaten lieten zien dat de preventieve maatregelen afkomstig uit de CBO-decubitusrichtlijn van 1985 maar matig verspreid waren onder verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuizen. Het bleek dat de kennis over zinvolle preventieve maatregelen binnen deze groep niet actueel is en dat zij niet altijd werken volgens de CBO-richtlijn. Zo werden maatregelen toegepast die volgens de wetenschap als niet zinvol

worden aangeduid en werden patiënten interventies onthouden die wel zinvol zouden zijn om decubitus te voorkomen.

In Nederland is de aandacht voor decubitus de laatste jaren toegenomen door onder andere activiteiten vanuit de overheid om richtlijnen beter te laten doorklinken in de praktijk, de jaarlijkse prevalentie-metingen, publicaties in tijdschriften en een toename van decubitusconsulenten in instellingen. Doelstelling van dit onderzoek was dan ook te onderzoeken of de meest recente decubitusrichtlijn bekend is bij verpleegkundigen en verzorgenden en of men ook daadwerkelijk in de praktijk hiermee werkt of zou willen werken. Tevens had de studie tot doel te analyseren of de kennis en het handelen beter is geworden in vergelijking tot 1991.

METHODE

DESIGN

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is met behulp van een schriftelijke vragenlijst een dwarsdoorsnede onderzoek verricht onder verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in Nederland.

ONDERZOEKSPOPULATIE

In totaal hebben 2536 in Nederland werkzame gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden de vragenlijst ontvangen. Deze populatie is

afkomstig uit 2 deelpopulaties. Een populatie is gevormd uit een steekproef onder geabonneerden van het Vakblad Verpleegkunde Nieuws (VPN), 976 verpleegkundigen en verzorgenden uit deze populatie ontvingen de vragenlijst. De tweede populatie bestaat uit 1560 verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in een van de 105 instellingen die in 2003 deelnamen aan het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus (LPOD) en bereid waren deel te nemen aan dit onderzoek. Voor beide groepen respondenten gold dat zij moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

1. respondent is gediplomeerd verpleegkundige of verzorgende
2. respondent is werkzaam in een ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis
3. de respondent uit de groep VPN-geabonneerden is niet werkzaam in een aan het LPOD participerende instelling
4. de respondent is direct betrokken bij de patiëntenzorg.

Om de respons te verhogen is 6 weken na verzending een herinneringsbrief verstuurd naar de VPN-geabonneerden en is er telefonisch contact geweest met de instellingscoördinatoren van de deelnemende instellingen. De totale respons betrof 12 weken na verzending van de vragenlijsten 1332 verpleegkundigen en verzorgenden (52,5%).

Niet alle respondenten bleken, zoals voorzien, tot de vooraf gestelde populatie te behoren. Zij waren gestopt met werken, werkten in een soort instelling die niet aan het inclusie-criterium voldeed, of waren niet (meer) betrokken bij de directe patiëntenzorg. Tot de populatie zoals oorspronkelijk bedoeld, behoorden 1140 (85,6%) van de 1332 verpleegkundigen en verzorgenden die de vragenlijst al dan niet ingevuld gerecentreerd hadden. Van deze 1140 respondenten vulden 74 respondenten de vragenlijst niet of maar gedeeltelijk in. Er konden derhalve van 1066 (80,6%) respondenten bruikbare gegevens worden geanalyseerd.

TABEL 1
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN RESPONDENTEN

	N	%
Geslacht		
Man	118	11,8
Vrouw	918	88,6
Leeftijd (jaren)		
20-25	192	18,0
25-30	187	17,6
30-35	130	12,2
35-40	142	13,3
40-45	153	14,4
45-50	124	11,7
50-55	106	10,0
55-60	28	2,6
60-65	2	0,2
Opleiding		
Zv-opleiding	309	24,6
A-opleiding	382	30,4
B-opleiding	25	2,0
Z-opleiding	20	1,6
MDGO-vp	38	3,0
MDGO-vz	85	6,8
MBO-V	106	8,4
HBO-V	174	13,9
Anders	117	9,3
Werkzaam in		
Academisch Ziekenhuis	76	7,1
Algemeen Ziekenhuis	472	44,3
Categoriaal Ziekenhuis	5	0,5
Verpleeghuis	362	34,0
Verzorgingshuis	137	12,9
Overig	14	1,3
Werkervaring (jaren)		
< 2	30	2,8
2-5	244	22,9
5-10	183	17,2
10-15	180	16,9
15-20	139	13,1
20-25	124	11,7
> 25	164	15,4
Dienstverband		
Fulltime	425	40,2
Parttime	633	59,8

MEETINSTRUMENT

Een schriftelijke enquête is gehanteerd voor het verzamelen van gegevens. De vragenlijst is vergelijkbaar met het meetinstrument dat in 1991 door Eggink gebruikt is, maar is aangepast aan de CBO-richtlijn van 2002. De aangevulde CBO-richtlijn beschrijft juiste en onjuiste preventieve maatregelen bij decubitus die door verpleegkundigen en verzorgenden toegepast worden in de praktijk. Om de kennis, het gewenst gebruik en daadwerkelijk gebruik van preventieve maatregelen te kunnen onderzoeken werden 30 preventieve maatregelen in 3 categorieën ingedeeld: 16 zinvolle, 2 soms zinvolle en 12 niet zinvolle maatregelen. Het daadwerkelijk gebruik werd onderzocht door de respondent te vragen per maatregel aan te geven of men deze altijd, alleen in individuele gevallen (soms) of niet toepast ter preventie. Om het gewenst gebruik te analyseren werd gevraagd aan te geven of men afgezien van tijd of geld de betreffende maatregel in zou willen zetten ter preventie van decubitus. Bij deze twee vragen kon men kiezen uit de antwoordcategorieën 'altijd', 'soms' of 'nooit'. Om een beeld te krijgen van de kennis werd de respondenten gevraagd bij iedere maatregel aan te geven of men denkt dat het volgens de huidige stand van kennis een zinvolle, soms zinvolle (alleen in individuele gevallen) of niet zinvolle preventieve maatregel is bij een patiënt met risico op decubitus. Tevens bestond de mogelijkheid de antwoordcategorie 'weet niet' in te vullen.

ANALYSE

De verspreiding van de mate van zinvolheid van de preventieve maatregelen is vast te stellen door met behulp van beschrijvende statistiek te kijken naar frequenties van antwoorden.

Bij de analyse van de zinvolle maatregelen werd er van uitgegaan dat verpleegkundigen en verzorgenden de zinvolle handeling in principe altijd toe dienen te passen bij een patiënt met risico op decubitus. Bij de analyse van de soms zinvolle maatregelen werd er van uitgegaan dat verpleegkundigen en verzorgen-

den de handeling alleen in sommige situaties toe dienen te passen. De maatregelen zijn dus niet voor algemene toepassing aan te raden, maar enkel in individuele gevallen. Voor de niet zinvolle maatregelen geldt dat vanuit gegaan is dat verpleegkundigen en verzorgenden de handelingen nooit of vrijwel bij geen enkele patiënt met kans op decubitus toe dienen te passen, dat zij hiervan overtuigd zijn en de maatregel ook als niet zinvol typeren.

Om de resultaten van 1991 en 2003 met elkaar te vergelijken is gebruik gemaakt van de data van het onderzoek van Eggink (15) en gegevens uit het artikel van Halfens en Eggink (16). Om te kunnen analyseren of er verschil is in de kennis en praktijkgebruik van verpleegkundigen uit 1991 en 2003 over de categorieën maatregelen, zijn de zinvolle, soms zinvolle en niet zinvolle preventieve maatregelen uit het onderzoek van Eggink (1991) gehanteerd. Van de categorie soms zinvolle maatregelen zijn in de analyse de maatregelen uit 1991 weggelaten die niet overeenkwamen met de maatregelen uit 2003. Omdat Eggink (15) onderzoek heeft gedaan onder verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen, is voor de vergelijking in huidig onderzoek eveneens de deelpopulatie ziekenhuisverpleegkundigen gehanteerd ($n=553$). Met behulp van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven is per categorie het verschil gemeten tussen de kennis en het handelen van de onderzochte populatie met betrekking tot de maatregelen uit 1991.

RESULTATEN

VERSPREIDING MATE VAN ZINVOLHEID PREVENTIEVE MAATREGELN

Aan de hand van de antwoorden van de respondenten (zie tabel 2a-2c) kunnen conclusies getrokken worden over de kennis, het gewenst gebruik en het daadwerkelijk gebruik van preventieve maatregelen bij decubitus door verpleegkundigen en verzorgenden.

Kennis

Uit de tabel blijkt dat de kennis over de mate van zinvolheid matig is. Van de zinvolle maatregelen weet gemid-

deld 70,3% van de respondenten dat het ook daadwerkelijk door de huidige stand van kennis als zinvol wordt beschouwd. De zinvolheid is dan ook redelijk verspreid. De soms zinvolle maatregelen geven een variabel beeld weer. Bijna 75% van de respondenten weet dat de maatregel 'gebruik van een dekenboog' soms zinvol is. De maatregel inschakelen van paramedici ziet men echter eerder als een zinvolle maatregel, slechts 25% geeft aan deze maatregel te beschouwen zoals het ook aangegeven wordt in de richtlijnen. De kennis over de niet-zinvolle maatregelen is slecht. Gemiddeld genomen geeft slechts dertig procent van de respondenten aan dat zij de maatregel ook als niet zinvol beschouwen. Het merendeel van de respondenten (37,3%) geeft aan de maatregelen als soms zinvol te beschouwen en een vijfde ziet ze als zinvol.

Gewenst gebruik

Als men geen beperkende factoren ervaart, zoals tijd, beleid of geld, kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de respondenten over het algemeen de juiste maatregelen inzet. Men zou echter 2 maatregelen altijd toe willen passen die in de richtlijnen als soms zinvol of niet-zinvol beschouwd worden, respectievelijk: het inschakelen van paramedici en het insmeren van de huid om een doorbloedingsstoornis op te heffen. Daarnaast zou men de zinvolle maatregelen 'inzetten van visco-elastische matrassen en -kussens' en 'plaatsen van kussen onder de onderbenen' juist liever in individuele gevallen inzetten dan altijd.

Daadwerkelijk gebruik

Het daadwerkelijk gebruik van preventieve maatregelen bij decubitus laat te wensen over. Gemiddeld genomen past 60% van de respondenten de zinvolle maatregelen adequaat toe. Bij 7 van de 16 maatregelen blijkt echter dat het merendeel van de respondenten deze maatregelen niet adequaat toepast. Het gaat hierbij om de maatregelen positieverandering in 30° zijligging, patiënt laten liften of van houding laten veranderen, het gebruik van visco-elastische matrassen, huid

TABEL 2A OVERZICHT RESULTATEN KENNIS, GEWENST GEBRUIK EN HANDELEN T.A.V. ZINVOLLE PREVENTIEVE MAATREGELEN

Zinvolle maatregelen	Kennis				Gewenst gebruik			Praktijk		
	Wel zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet niet	Altijd	Soms	Nooit	Altijd	Soms	Nooit
Maceratie voorkomen	87,0%	11,0%	0,2%	1,9%	86,4%	12,9%	0,7%	49,5%	37,7%	12,7%
Schone, gladde, droge onderlaag	98,2%	1,7%	0,0%	0,1%	98,4%	1,4%	0,2%	95,6%	4,0%	0,4%
Positieverandering 30° zijligging	48,8%	41,2%	6,6%	2,5%	55,6%	42,7%	1,7%	30,0%	64,5%	5,5%
Dagelijkse palpatie en inspectie huid *	-	-	-	-	92,0%	7,3%	0,7%	75,5%	20,6%	4,0%
Pat. laten liften of houding veranderen	68,2%	28,3%	1,4%	2,1%	72,4%	26,2%	1,4%	36,7%	50,1%	13,2%
Patiënt betrekken (voorlichting)	67,9%	30,5%	1,2%	0,4%	82,3%	16,3%	1,4%	60,9%	34,2%	4,9%
Risicobepaling scorelijst en klinische blik	86,6%	11,2%	0,6%	1,6%	82,2%	14,7%	2,5%	53,0%	28,7%	18,3%
Luchtmatrassen en -kussens	68,0%	29,0%	1,5%	1,5%	65,0%	31,4%	3,7%	53,8%	41,3%	5,0%
Visco-elastische matrassen en -kussens	34,3%	35,4%	2,3%	28,0%	31,8%	52,3%	16,0%	19,4%	41,1%	39,5%
Insmeren om uitdroging te voorkomen	50,9%	36,0%	8,5%	4,6%	51,4%	38,5%	10,1%	38,3%	51,9%	9,8%
Familie/mantelzorgers betrekken	61,5%	37,0%	0,6%	0,9%	68,9%	30,1%	1,0%	19,3%	62,8%	18,0%
Kussens onder onderbenen plaatsen	42,2%	44,4%	11,0%	2,3%	39,6%	50,2%	10,3%	28,4%	63,8%	7,8%
Schuifkrachten voorkomen	92,6%	6,5%	0,2%	0,7%	92,2%	7,5%	0,4%	61,3%	35,2%	3,4%
Insmeren bij incontinentie	59,6%	32,9%	4,7%	2,8%	69,1%	25,1%	5,7%	43,8%	47,3%	8,8%
Voedingstoestand beoordelen en deficiëntie bestrijden	90,5%	9,2%	0,1%	0,2%	92,2%	7,4%	0,4%	68,4%	30,1%	1,5%
Goede hygiëne waarborgen	98,8%	0,9%	0,3%	0,0%	99,9%	0,1%	0,0%	96,2%	3,5%	0,3%
Totaal incl. palpatie & inspectie	71,7%	22,6%	2,5%	3,2%	73,7%	22,8%	3,5%	51,9%	38,6%	9,6%
Totaal zonder palpatie & inspectie	70,3%	23,7%	2,6%	3,3%	-	-	-	-	-	-

* door een drukfout in de vragenlijst zijn bij de maatregel 'dagelijkse palpatie en inspectie' in de kolom 'op de hoogte' vertekende resultaten te zien en zijn derhalve niet opgenomen in de tabel.

TABEL 2B OVERZICHT RESULTATEN KENNIS, GEWENST GEBRUIK EN HANDELEN T.A.V. SOMS ZINVOLLE PREVENTIEVE MAATREGELEN

Soms zinvolle maatregelen	Kennis				Overtuigd van nut			Praktijk		
	Wel Zinvol	Soms Zinvol	Niet Zinvol	Weet Niet	Altijd	Soms	Nooit	Altijd	Soms	Nooit
Dekenboog gebruiken	15,0%	72,3%	10,1%	2,6%	11,2%	78,1%	10,7%	4,1%	69,0%	26,9%
Paramedici inschakelen	74,2%	25,1%	0,2%	0,6%	77,4%	22,3%	0,3%	53,2%	44,2%	2,6%
Totaal	44,6%	48,7%	5,2%	1,6%	44,3%	50,2%	5,5%	28,7%	56,6%	14,8%

insmeren om uitdroging te voorkomen, het betrekken van familie en mantelzorgers, het plaatsen van een kussen onder de onderbenen en het insmeren van de huid bij incontinentie. Opvallend is dat bij een aantal van deze maatregelen het merendeel van de respondenten aangeeft overtuigd te zijn van het nut en dat men het ook toe zou willen passen. Vervolgens doet men dit echter niet in de praktijk.

In totaal worden de soms zinvolle maatregelen door 56% van de

respondenten adequaat ingezet. De meerderheid van de respondenten past de soms zinvolle maatregel inschakelen van paramedici echter wel toe, terwijl dit volgens de richtlijnen niet noodzakelijk wordt geacht. Daarnaast geeft 70% van de respondenten aan soms een dekenboog in te zetten bij een patiënt met risico op decubitus. De meerderheid van de respondenten zet deze maatregel klaarblijkelijk adequaat in. Kijkend naar de niet-zinvolle maatregelen kan geconcludeerd worden

dat een kleine meerderheid (55,3%) de maatregelen nooit inzet. Een groot deel van de respondenten geeft echter aan deze maatregelen nog soms (34,9%) of altijd (9,7%) toe te passen. Geconcludeerd kan worden dat patiënten tekort gedaan worden. Een aantal adequate interventies wordt hen onthouden en men ondergaat soms interventies die niet geschikt zijn ter preventie. Er kan dan ook gesteld worden dat de preventieve zorg bij decubitus nog te wensen overlaat.

TABEL 2C OVERZICHT RESULTATEN KENNIS, GEWENST GEBRUIK EN HANDELEN T.A.V. NIET ZINVOLLE PREVENTIEVE MAATREGELEN

Niet zinvolle maatregelen	Kennis				Gewenst gebruik			Praktijk		
	Wel zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet niet	Altijd	Soms	Nooit	Altijd	Soms	Nooit
Hielen/ellebogen inpakken met vette watten en zwachtels	6,3%	43,3%	46,7%	12,6%	5,8%	35,5%	58,7%	3,9%	31,2%	65,0%
IJzen	0,8%	7,2%	68,8%	23,2%	0,6%	12,0%	87,5%	0,1%	2,9%	97,0%
Föhnen	1,8%	13,2%	75,8%	9,2%	2,1%	13,3%	84,6%	0,2%	7,3%	92,5%
Windring *	-	-	-	-	2,0%	33,3%	64,7%	0,8%	13,0%	86,3%
Masseren	29,1%	39,9%	25,9%	5,1%	33,6%	42,8%	23,6%	14,0%	46,2%	39,8%
Positieverandering 90° zijligging	48,8%	42,2%	6,6%	2,5%	44,3%	47,8%	7,9%	25,2%	62,6%	12,2%
Watermatrassen en -kussens	29,2%	42,0%	14,0%	14,7%	21,1%	44,3%	34,5%	4,2%	16,0%	79,8%
Gelmatrassen en -kussens	45,9%	43,4%	3,5%	7,2%	38,0%	53,4%	8,6%	21,4%	56,3%	22,3%
Catheter inbrengen	21,1%	64,5%	8,5%	5,9%	14,7%	70,5%	14,8%	7,9%	65,5%	26,5%
Insmeren om doorbloedingsstoornis op te heffen	36,0%	32,7%	24,1%	7,2%	47,4%	31,1%	21,5%	30,5%	43,8%	25,6%
Hielringen en met water gevulde handschoenen	9,1%	41,2%	36,0%	13,7%	11,4%	40,1%	48,5%	2,9%	36,5%	60,5%
Schapenvacht	7,7%	40,9%	48,1%	3,3%	7,9%	43,8%	48,3%	5,6%	37,9%	56,6%
Totaal incl. Windring	19,8%	36,6%	35,4%	9,0%	19,1%	39,0%	41,9%	9,7%	34,9%	55,3%
Totaal zonder Windring	21,4%	37,3%	32,6%	9,5%	-	-	-	-	-	-

* door een drukfout in de vragenlijst zijn bij de maatregel 'windring' in de kolom 'Op de hoogte' vertekende resultaten te zien en zijn derhalve niet in de tabel opgenomen.

VERSCHIL 1991 EN 2003

Het aantal zinvolle, soms zinvolle en niet zinvolle preventieve maatregelen bij decubitus verschilt tussen 1991 en 2003. Om te bestuderen of er verschil bestaat tussen het juist typeren en toepassen van preventieve maatregelen bij decubitus in 1991 en 2003 zijn per maatregel (zie tabel 3) en per categorie (zie tabellen 4a-6b) de resultaten van beide onderzoeken uiteengezet.

Gesteld kan worden dat over het geheel genomen nauwelijks verschil bestaat wanneer de gegevens van 1991 vergeleken worden met die van 2003. De maatregelen die in 1991 al als zinvol, soms zinvolle of niet zinvol beschouwd werden zijn onder het merendeel van de respondenten uit 2003 ook bekend. Men scoort er echter niet beter terwijl dit wel in de lijn der verwachting zou liggen gezien de activiteiten die onder andere vanuit de overheid zijn ondernomen op het gebied van decubitus.

Wat betreft het handelen kan gesteld

worden dat men significant meer zinvolle maatregelen adequaat toepast dan in 1991 ($p = < 0,01$). Deels kan dit verklaard worden doordat een aantal maatregelen over het algemeen, dus niet specifiek voor decubitus, meer aandacht hebben gekregen, zoals het waarborgen van een goede hygiëne en het zorgen voor een schone, gladde en droge onderlaag.

Kijkend naar de soms zinvolle en niet zinvolle maatregelen, kan geconcludeerd worden dat er geen significant verschil is in handelen van de respondenten uit 1991 en 2003. Men past in 2003 statistisch gezien even vaak de soms zinvolle en niet-zinvolle handelingen juist of onjuist toe als in 1991 het geval was.

Het geven van wisselgigging en verichten van risicobepaling zijn maatregelen die van essentieel belang zijn bij de preventie van decubitus. De maatregel risicobepaling wordt significant beter getypeerd en toegepast dan in 1991 het geval was. Voor wisselgigging geldt dit echter niet.

Mogelijk veroorzaken de begrippen 30° zijligging en 90° zijligging verwarring. Opmerkelijk is echter dat bij patiënten met risico op decubitus deze belangrijke maatregel minder toegepast wordt in vergelijking tot 1991.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis en het praktijkgebruik van verpleegkundigen en verzorgenden als het gaat om preventieve maatregelen bij decubitus niet optimaal is. De kennis over en het toepassen van deze maatregelen gebeurt niet volgens de CBO decubitusrichtlijn 2002. Met name de kennis over niet zinvolle maatregelen laat te wensen over. De kennis over soms zinvolle maatregelen en het praktijkgebruik van alle categorieën maatregelen is matig. Alleen de kennis over zinvolle maatregelen is over het algemeen voldoende.

Voor de praktijk betekent dit dat slechts iets meer dan de helft van de respondenten de maatregelen adequaat inzet. De andere helft van de

TABEL 3 KENNIS EN INZET PREVENTIEVE MAATREGELEN 1991-2003

	Juist getypeerd		Juist ingezet	
	1991	2003	1991	2003
Zinvolle maatregelen				
Maceratie voorkomen	88,8%	90,2%	59,9%	52,4%
Zorgen voor schone, gladde en droge onderlaag	99,5%	98,5%	97,8%	96,2%
Positieverandering *	69,9%	49,0%	40,2%	27,2%
Dagelijkse palpatie en inspectie van de huid	91,6%	-	82,2%	78,7%
Patiënt laten liften of houding veranderen	61,7%	74,0%	45,4%	41,7%
Patiënt betrekken bij preventie	56,9%	79,5%	52,2%	67,7%
Risicobepaling d.m.v. scorelijst en klinische blik	37,3%	92,4%	8,7%	65,6%
Voedingstoestand beoordelen en deficiëntie bestrijden	86,1%	94,0%	55,7%	67,5%
Goede hygiëne waarborgen	99,5%	98,2%	97,3%	96,2%
Soms zinvolle maatregelen				
Dekenboog gebruiken		71,5%		67,5%
Paramedici inschakelen		23,0%		45,3%
Niet zinvolle maatregelen				
Inpakken van hielen/ellebogen met vette watten en zwachtels	13,6%	54,3%	20,0%	71,0%
IJzen	52,9%	75,6%	85,9%	97,5%
Föhnen	44,4%	85,1%	70,7%	97,6%
Windring gebruiken	46,7%	-	69,3%	89,1%
Huid insmeren met lokale middelen om doorbloedingsstoornis op te heffen	3,6%	34,5%	12,5%	38,2%
Masseren van de huid	1,9%	34,9%	11,4%	49,8%
Inbrengen van een catheter om maceratie te voorkomen	4,3%	5,1%	15,4%	12,5%

* In de vragenlijst van 1991 werd positieverandering gedefinieerd zoals in de CBO-richtlijn van 1985 werd weergegeven (positieverandering minimaal 1 maal in 3 uur). In de huidige vragenlijst is positieverandering gedefinieerd zoals ook in de recente richtlijnen beschreven staat (positieverandering om de 4 uur in 30° zijligging). In 2003 werd eveneens gevraagd naar de mate van zinvolheid van positieverandering minimaal om de 4 uur in 90° zijligging (juist getypeerd 6,6%; juist toegepast 12,2%).

respondenten past klaarblijkelijk niet de preventieve maatregelen toe bij patiënten met risico op decubitus zoals de richtlijnen aanbevelen en laat patiënten maatregelen ondergaan die niet effectief zijn of zelfs schadelijk. Patiënten worden dan ook tekort gedaan als het gaat om preventie van decubitus. Meer effectieve interventies zijn noodzakelijk om de richtlijn en bijbehorende maatregelen te verspreiden. Indien

alle zinvolle preventieve maatregelen door alle verpleegkundigen en verzorgenden adequaat ingezet zouden worden, dan zouden mogelijk minder patiënten decubitus krijgen. Dit komt niet alleen ten goede van de kosten van decubitus, maar tevens ook voor de kwaliteit van leven van zorgvragers.

DISCUSSIE

In de discussie zullen de resultaten

geïnterpreteerd en bediscussieerd worden. Bij de verschillende onderdelen worden methodologische en inhoudelijke kanttekeningen geplaatst.

VRAGENLIJST

De vragenlijst die gehanteerd is kan mogelijk informatiebias veroorzaken waardoor de resultaten van het onderzoek beïnvloed worden. Mogelijk is dit het geval ten aanzien

TABEL 4A GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 347 RESPONDENTEN IN 1991

Zinvolle maatregelen (n=9)	Gem. aantal goed	Standaard-deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	5,37	1,71	5,20 – 5,56
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	6,89	1,52	6,73 – 7,05

TABEL 4B GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 553 RESPONDENTEN IN 2003

Zinvolle maatregelen (n=16) (kennis: n=15)	Gem. aantal goed	Standaard-deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	8,08	2,74	7,85 – 8,31
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	10,63	2,13	10,45 – 10,81

TABEL 5A GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE SOMS ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 347 RESPONDENTEN IN 1991

Soms zinvolle maatregelen (n=2)	Gem. aantal goed	Standaard-Deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	1,20	0,70	1,13-1,27
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	1,22	0,66	1,16-1,29

TABEL 5B GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE SOMS ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 553 RESPONDENTEN IN 2003

Soms zinvolle maatregelen (n=2)	Gem. aantal goed	Standaard-Deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	1,12	0,67	1,07-1,18
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	0,93	0,64	0,88-0,98

TABEL 6A GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE NIET ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 347 RESPONDENTEN IN 1991

Niet zinvolle maatregelen (n=7)	Gem. aantal goed	Standaard-deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	2,83	1,35	2,69-2,97
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	1,68	1,42	1,53-1,82

TABEL 6B GEMIDDELD AANTAL GOED TOEGEPASTE EN GETYPEERDE NIET ZINVOLLE MAATREGELEN DOOR 553 RESPONDENTEN IN 2003

Niet zinvolle maatregelen (n=12) (kennis: n=11)	Gem. aantal goed	Standaard-deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Altijd toegepast (praktijk)	7,24	1,82	7,09-7,39
Altijd zinvol getypeerd (kennis)	4,21	2,25	4,02-4,40

van het visco-elastisch matras en -kussen. Een deel van de respondenten heeft niets ingevuld bij deze variabele en wellicht hadden door een eenvoudiger naamgebruik voor het matras en kussen meer respondenten de vragen over deze maatregel volledig ingevuld en was vervolgens een andere antwoordverdeling te zien.

Tevens kan een kanttekening geplaatst worden bij het feit dat dit onderzoek geen observationeel onderzoek is. Door een vragenlijst te hanteren als meetinstrument in plaats van observaties is niet zeker dat wat men aangeeft ook daadwerkelijk zo is. Het is mogelijk dat respondenten sociaal wenselijk geantwoord hebben. Er is geen controle op en er wordt dan ook aangenomen dat wat men aangeeft, juist is. Deze aanname zou gevolgen kunnen hebben voor de geldigheid van de conclusies. Voor het onderdeel kennis geldt dit echter niet. Het lijkt weinig aannemelijk dat verpleegkundigen en verzorgenden bewust geprobeerd hebben een onjuist antwoord te geven.

OORZAAK VAN DECUBITUS

De vragenlijst die voor het onderzoek gehanteerd is, is gebaseerd op de CBO-richtlijn 2002. Het CBO gaat van de theorie uit dat druk-, schuif- en wrijfkrachten de oorzaak zijn van het ontstaan van decubitus (2). De indeling van de preventieve maatregelen in de categorieën zinvol en niet zinvol is hier op gebaseerd. Er zijn naast deze theorie echter ook andere theorieën zoals ook Bouten et al. (17) beschrijven. Bouten et al. (2003) geven een argument aan waardoor de resultaten van dit onderzoek mogelijk niet geldig meer zijn. Indien namelijk reperfusie de belangrijkste veroorzaker blijkt te zijn, dan zijn er een aantal preventieve maatregelen die in de praktijk toegepast worden twijfelachtig en niet zinvol. Gevolg is dat de indeling die gehanteerd wordt in de reeds aanwezige richtlijnen (zinvol/niet zinvol) dan niet juist meer is en de aanbevelingen van dit onderzoek zouden derhalve dan ook niet geheel juist zijn. Echter van verpleegkundigen en verzorgende mag verwacht worden dat men op de hoogte is van

hetgeen in de richtlijn wordt aanbevolen. Ook al zijn mogelijke zaken wellicht verouderd door nieuwe theorieën of onderzoek. De richtlijn behoort uitgangspunt van de kennis en handelen van verpleegkundigen te zijn.

KWALITEIT RICHTLIJNEN

Resultaten van het onderzoek laten zien dat er een discrepantie bestaat tussen theorie en praktijk. Mogelijk wordt deze kloof veroorzaakt door de kwaliteit van de richtlijnen. Het CBO geeft aan dat de richtlijn van 2002 op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming van deskundigen berust. Hoewel de CBO-richtlijn meer evidence-based is dan voorgaande decubitusrichtlijnen, blijkt dat slechts een klein deel van de preventieve maatregelen genoemd in de richtlijn op wetenschappelijk onderzoek van goede kwaliteit gebaseerd is (zie tabel 7). De indeling in zinvol of niet zinvol berust voor een groot deel van de maatregelen op meningen van deskundigen. Mogelijk beïnvloedt de kwaliteit van de richtlijn

TABEL 7 MATE VAN BEWIJSKRACHT AANGAANDE PREVENTIEVE MAATREGELN UIT DE CBO-RICHTLIJN 2002 *

Maatregel	A1	A2	B	C	D	1	2	3	4
Patiënt en mantelzorger informeren					X				X
Risicoscorelijsten en klinische blik		X			X			X	X
Wisselliging		X	X	X				X	
Schuifkrachten voorkomen					X				X
Hielen vrijleggen			X	X	X			X	
Dagelijkse palpatie en inspectie huid					X				X
Maceratie voorkomen					X				X
Droge, gladde en schone onderlaag					X				X
Huid insmeren om uitdroging te voorkomen					X				X
Voedingstoestand beoordelen en deficiëntie bestrijden			X				X		
Paramedici inschakelen					X				X
Dekenboog					X				X
Huid insmeren bij incontinentie van faeces					X				X
Vette watten en zwachtels					X				X
Met water gevulde handschoenen of hielring				X	X				X
IJzen en föhnen					X				X
Massage van de huid					X				X
Windring				X				X	
Schapenvacht				X				X	
Catheter bij incontinentie					X				X

* Maatregelen uit het onderzoek die niet afkomstig zijn uit de CBO-richtlijn en maatregelen waar geen afzonderlijk onderzoek naar is gedaan zijn niet opgenomen in de tabel.

de mate van verspreiding onder respondenten.

Een aantal argumenten zijn genoemd als mogelijke verklaringen voor de geringe verspreiding van de richtlijn. Hoewel deze in algemene zin weliswaar van invloed kunnen zijn op de verspreiding van een richtlijn, lijken deze hier minder op te gaan. Immers de richtlijn is samengesteld door landelijke experts, gebaseerd op de best beschikbare kennis op dit moment. Dit is de kennis waarvan logischerwijs verwacht mag worden dat de verpleegkundigen en verzorgenden op de hoogte zijn. Van eventuele discussies op expertniveau over de oorzaak en/of de kwaliteit van de richtlijn, mag niet verwacht worden dat men deze kent. Het lijkt aannemelijk dat er heel andere redenen aan ten grondslag ligt, waarom men niet echt op de hoogte is. Zoals algemeen bekend is en ook uit dit onderzoek blijkt, lezen verpleegkundigen en verzorgenden weinig vakliteratuur. Dit betekent dat men ook niet mag verwachten dat men "vanzelf" op de hoogte raakt van deze richtlijnen. Daarvoor zullen strategieën ontwikkeld moeten worden om deze kennis toch bij de verpleegkundigen en verzorgenden te brengen. Een van de mogelijkheden is verpleegkundigen en verzorgenden te scholen via een scholingsprogramma. In 2005 zal het LEVV een B-learningprogramma voor decubitus presenteren, welk met positief resultaat is getest in een aantal thuiszorginstellingen. Alleen scholing is echter niet voldoende. Er zal ook een bewust beleid gevoerd moeten worden om de kennis daadwerkelijk te implementeren. Zo beveelt Shell (18) naast verplichte scholing ook meer controle op het handelen aan.

SUMMARY

A cross sectional study was conducted to study the knowledge and acting of nurses and caregivers about preventive measures in case of pressure ulcers, as presented in the Dutch CBO pressure ulcer guideline 2002. Likewise, research was done to investigate which preventive measures they would like to apply in case

of a risk for pressure ulcers. Next to that, analyses were done to examine if there is a difference in knowledge and use of preventive measures between hospital nurses that filled in the questionnaire in 1991 and 2003. The most important conclusion is that the knowledge and practical use of preventive measures is not according to the CBO pressure ulcer guideline. The guideline is moderately disseminated among nurses and caregivers. The knowledge, the desired use and acting of nurses and caregivers did not improve in comparison to 1991. This indicates that the attempt of the government and trade journals to bring pressure ulcer prevention under attention is not successful. More effective interventions are necessary to disseminate the pressure ulcer guidelines and preventive measures so patients receive the preventive pressure ulcer care that is needed.

* **M.A. Hulsenboom MSc, RN**
Universiteit Maastricht,
Zorgwetenschappen, sectie
Verplegingswetenschap, onderzoeker.

G.J.J.W. Bours, PhD, RN
Universiteit Maastricht,
Zorgwetenschappen, sectie
Verplegingswetenschap, Universitair
Docent

R.J.G. Halfens, PhD, FEANS
Universiteit Maastricht,
Zorgwetenschappen, sectie
Verplegingswetenschap, Universitair
Hoofddocent.

Correspondentie:
Universiteit Maastricht
Zorgwetenschappen, sectie
Verplegingswetenschap
M. Hulsenboom
Postbus 616
6200 MD Maastricht
043-3884083

REFERENTIES

1. Severens, J.L., Habraken, J.M., Duivenvoorden, S., & Frederiks, C.M.A. (2002). The Cost of Illness of Pressure Ulcers in The Netherlands. *Advances in Skin & Wound Care*, 15, 72-77.

2. CBO (2002). *Richtlijn Decubitus*. Utrecht: CBO.
3. Chel, V.G.M., Germs, P.H., Van der Wal, J., Romeijnders, A.C.M., Kolnaar, B.G.M. (1999). NHG-standaard Decubitus. *Huisarts en Wetenschap*, 42, 165-172.
4. LVW (2004). *Wijkverpleegkundige Standaard Decubitus*. Utrecht: LVW.
5. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (2003). *Tripartiete Multidisciplinaire Richtlijn. Samenwerking en Logistiek rond Decubitus*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen.
6. Vriezen, J.A., De Bont, M., Kolnaar, B.G.M., Romeijnders, A.C.M., Engelsman, C., Germs, P.H., Schoonhoven, L., Flikweert, S. (2004). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Decubitus. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 652-654.
7. Bours, G.W.W.J., Halfens, R.J.G., Huijter Abu-Saad, H & Grol, R.T.P.M. (2002). Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Research in Nursing & Health*, 25, 99-110.
8. Halfens, R.J.G. & Piersma, J. (1997). Stuurgroep Heeft Grote Plannen. Landelijk Aanpak van Decubitus. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 107, 352-354.
9. Maylor, M.E. (1997). Knowledge Base and Use in the Management of Pressure Sores. A Review of the Literature on how Education of Nurses Might Affect Clinical Practice. *Journal of Woundcare*, 6, 244-247.
10. Nies, I. (2002). Beter Keren dan Smeren. *Nursing. Het Vakmagazine voor Verpleegkundigen*, 12, 53-57.
11. Rodgers, S.E. (2000). A Study of the Utilization of Research in Practice and the Influence of Education. *Nurse Education Today*, 20, 279-287.
12. Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W.M.C. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
13. Gerrish, B., Clayton, J., Nolan, M., Parker, K., & Morgan, L. (1999). Promoting Evidence-Based Practice: Managing Change in the Assessment of Pressure Damage Risk. *Journal of Nursing Management*, 7, 355-362.
14. Buss, I.C., Halfens, R.J.G., Huyter Abu-Saad, H., Kok, G. (2004). Pressure