



Uit:
CICERO
Nr. 20, december 1993

Blijven wrijven of leren innoveren?

De mens is een gewoontedier, en verpleegkundigen vormen op deze regel geen uitzondering. Als men sinds 1850 de plekken inwrijft waar de patiënt dreigt 'door te liggen', dan wrijft men anno 1993 verder, ook als inmiddels gebleken is dat wrijven echt niet helpt. Mythen en rituelen staan vaak noodzakelijke vernieuwingen in de weg. Een refereeravond over dit onderwerp maakte heel wat discussies los. Licht het probleem bij de verpleegkundige 'aan het bed', in de opleiding of in de organisatie van het AZL, waar bijvoorbeeld heel weinig aandacht wordt besteed aan verplegingswetenschappelijk onderzoek.

Voorafgaand aan de refereeravond 'Mythen en rituelen in de verpleging' op dinsdag 30 november, verrichtten de verpleegkundig innovatoren een klein onderzoekje onder 37 AZL-verpleegkundigen van de drie divisies waar patiëntenzorg plaatsvindt. Gevraagd werd onder meer, welke maatregelen getroffen werden om doorliggen (decubitus) te voorkomen. Meer dan driekwart van de ondervraagden noemde het wrijven met speciale crème of de zogenaamde lanette-was crème. Ook als de patiënt al beginnende decubitus had, werd in 76% van de gevallen gewreven. En dat terwijl al in 1985 in een landelijke consensusbijeenkomst is vastgesteld dat 'wrijven niet helpt'. Iets preciezer gezegd: het insmeren met crème heeft alleen zin in individuele gevallen waarin uitdroging van de huid dreigt. Masseren 'om de doorbloeding te bevorderen' lijkt logisch, maar blijkt niet zo te werken. Toch wordt er nog steeds flink gemasseerd op de meeste afdelingen van het Academisch Ziekenhuis Leiden. Jaarlijks worden in het AZL voor 20.000 opgenomen patiënten ruim 11.000 tubes lanettecrème en anti-decubituscrème besteed aan dit 'ritueel', dat in sommige gevallen zelfs schadelijk kan zijn. Als de patiënt sterk vermagerd is, kan een (te hardhandige) massage het onderhuids bindweefsel beschadigen, waardoor juist decubitus ontstaat.

Miljoenen

"Wij hoopten dat deze cijfers wat discussie zouden losmaken. En er kwam heel wat los. Voor de meeste mensen was het heel herkenbaar, maar niet iedereen was het erover eens wat de oorzaken waren. Volgens sommigen lag het aan de opleiding, waar je toch de basis van je kennis opdoet. Anderen vonden dat de organisatie het beter moet doen, duidelijk-

kere richtlijnen en protocollen moet uitgeven", aldus Ineke Koning, verpleegkundig innovator van divisie 2. Volgens haar is het ook niet eenvoudig om te moeten inzien dat handelingen die men jarenlang heeft uitgevoerd vanuit de gedachte dat het goed was voor de patiënt, ineens overbodig of zelfs slecht zouden zijn.

Volgens Koos van Rossum, verpleegkundig hoofd op de afdelingen Urologie en Heelkunde Kinderen speelt bij het 'wrijven' nog iets anders mee. "Wat mij namelijk opvalt is dat in diezelfde consensus van 1985 is vastgesteld dat het gebruik van ijs en föhnen niet helpt bij decubitus - en dat is inderdaad ook opgehouden. Vrijwel niemand wordt nog geföhnd of geijst. Maar wrijven met crème heeft meer functies; ten eerste moet je de patiënt op de andere zij leggen, en wissellegging is zowat het enige waarvan bewezen is dat het wel helpt tegen decubitus. Er zit ook iets in van de patiënt op zijn gemak stellen, zo comfortabel mogelijk maken. Dat is echt iets wat bij de verpleegkundige hoort. Iemand alleen op de andere zij draaien, de stuit inspecteren en even een praatje maken, dat is vreemd. Maar wrijven en onderwijl inspecteren en dat praatje maken, dat is veel gemakkelijker. Als verpleegkundige heb je nu eenmaal graag wat praktisch te doen". Waar het van Rossum vooral om gaat, is niet zozeer de omzet van lanettecrème in het AZL (al was hij het die bij de apotheek naar het aantal tubes geïnformeerd had), maar om de vraag of er wel voldoende wordt nagedacht bij diverse handelingen. Het voorkomen van decubitus is volgens hem echt belangrijk; doorligplekken zijn niet alleen pijnlijk en vervelend voor de patiënt, maar kosten de gemeenschap jaarlijks vele miljoenen.

De extra kosten worden veroorzaakt door extra ligdagen in het ziekenhuis, complicaties door infecties en soms zelfs operaties. "Decubitus zal altijd wel blijven bestaan. Maar er is nog steeds een enorme winst te boeken door goed op te letten welke patiënten risico's lopen en daar gericht maatregelen te nemen", aldus Van Rossum.

Ritueel

Het voorkómen van doorligplekken was gekozen als voorbeeld, omdat het een onderwerp is waar iedere verpleegkundige mee te maken maken heeft. Een patiënt die in bed ligt, loopt in principe het risico op decubitus, en elke patiënt heeft er recht op om zonder doorligplekken het ziekenhuis te verlaten. Het wrijven met crème is een voorbeeld van een ritueel. Het verhaal dat dit wrijven de doorbloeding zou verbeteren en dus doorligplekken helpt voorkomen, is een voorbeeld van een mythe. En ook al is bewezen dat er geen wetenschappelijke grondslag voor deze mythe is, hij klinkt zo overtuigend dat hij steeds weer herhaald wordt. Veel verpleegkundig handelen is gebaseerd op kennis die niet zo zeer uit wetenschappelijk onderzoek als wel uit ervaring, autoriteit en traditie afkomstig is. De laatste jaren komt hierin verandering.

Verplegingswetenschappelijk onderzoek (in Nederland onder meer uitgevoerd in Maastricht, Utrecht en Groningen) moet het behandelen van de verpleegkundige een vastere basis geven. Maar wetenschappelijke kennis leidt niet automatisch tot gedragsverandering.

De preventie van decubitus is zeker niet de enige handeling waarbij de praktijk achterloopt bij de inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Voor de verpleegkundig innovatoren een van de redenen om regelmatig refereeravonden te organiseren, waarop de verpleegkundige praktijk getoetst wordt aan recente inzichten uit de vakliteratuur. "De eerste stap is om er kennis van te nemen. Maar vervolgens zou er wat mee moeten gebeuren. En dat blijkt nog steeds heel lastig. Vandaar dat we nu het onderwerp mythen en rituelen aan de orde gesteld hebben", zegt Yvonne Zegers, verpleegkundig innovator van divisie 2 en discussie-voorzitter van de laatste refereeravond.

De traagheid in de invoering van wetenschappelijk verworven inzichten kwam ook naar voren in de voordracht van Stella Henquet, stafmedewerker van Bureau Opleidingen en Verpleegkundige Ontwikkelingen (BOVO). Zij citeerde een Amerikaanse studie waaruit bleek dat van 14 verpleegkundige handelingen die eigenlijk anders uitgevoerd moeten

worden, slechts één ook daadwerkelijk volgens de nieuwste inzichten werd uitgevoerd. "Amerika loopt misschien voor in sommige ontwikkelingen, maar ook daar staat de literatuur nog steeds vol over de kloof tussen het produceren van kennis en het gebruiken hiervan in de praktijk", aldus Henquet.

Zij sprak ook over de voordelen van rituelen, ofte wel de redenen waarom zij in stand gehouden worden. In haar voordracht begon zij over de meest alledaagse rituelen, zoals het vaste patroon van handelingen bij het wakker worden. Zo bleek dat zij katten heeft en dat die altijd eten krijgen voordat zij voor zichzelf koffie zet. En dat zij (heel logisch) haar tanden poetst na het ontbijt. In de verpleging wordt ook vaak gewerkt met zulke vaste patronen: de taken worden uitgevoerd in een volgorde en op een manier die sinds jaar en dag gebruikelijk is. Het voordeel van een dergelijk ritueel is duidelijk: men hoeft er niet bij na te denken. Het gaat op grond van routine waardoor de kans dat men iets vergeet of verkeerd doet kleiner wordt. Ook bespaart het ritueel soms tijd, en op een afdeling bestaat het voordeel dat men zeker weet wat men van de collega's kan verwachten. Ook in de communicatie met andere disciplines komen de rituelen van pas. Tweemaal per dag worden alle patiënten getemperatuurd – niet omdat de verpleging het niet zou merken als de patiënt tussentijds koorts krijgt, maar omdat het handig is voor de arts om op regelmatige tijden de temperatuur te kennen. De gewoonten en rituelen van de ene beroepsgroep in het ziekenhuis hebben dus ook te maken met die van de andere beroepsgroepen.

Hoewel de discussie rond het wrijven en de decubitus hoogstwaarschijnlijk op een aantal verpleegafdelingen de volgende dag bij de koffie nog eens dunnetjes over is gedaan, blijven de innovatoren zitten met de vraag hoe de vernieuwing beter bevorderd kan worden. Want er gaat nog steeds van alles niet zoals het hoort. Zo is een kleine twee jaar geleden in het gehele AZL de handalcohol ingevoerd voor het reinigen van de handen na elk contact met patiënten. Het valt echter ernstig te betwijfelen of verpleegkundigen en medici zich ook werkelijk aan de voorschriften van de infectiecommissie houden. Een ander voorbeeld is het scheren van patiënten voor een operatie, waarbij de huid ruim rond het operatiegebied van haar wordt ontdaan. Uit onderzoek is gebleken dat het veel beter is te ontharen met behulp van een crème (dus niet scheren) en dat dit het beste kort voor de operatie gedaan kan worden. Door de patiënt op de verpleegafdeling, enige tijd voor de operatie te

scheren, ontstaan kleine wondjes, waarin bacteriën zich vermenigvuldigen waardoor de kans op een wondinfectie alleen maar toeneemt. Toch zal het vermoedelijk nog jaren duren voordat het vervelende scheren van operatiepatiënten is afgelopen.

Protocollen

Een ander onderwerp dat tijdens de discussie naar voren kwam is de vraag, wie verantwoordelijk is voor vernieuwing van de verpleging. Men kan niet van elke verpleegkundige 'aan het bed' eisen dat hij of zij de complete vakliteratuur bijhoudt, variërend van algemeen-verpleegkundige onderwerpen tot specifieke kennis op het gebied van bijvoorbeeld de oncologie of de kindergeneeskunde. Maar ook de teamleider, het verpleegkundig hoofd en de verpleegkundig manager hebben vaak andere zorgen aan hun hoofd. Daar komt nog eens bij dat de wetenschappelijke studies vaak op een manier geformuleerd zijn die niet zo gemakkelijk te vertalen is in de praktische aanbevelingen voor de dagelijkse verpleegkundige praktijk. "Het is voorstelbaar dat er per afdeling een verpleegkundige komt die de 'vertaalslag' maakt", zegt Koning, "Zo'n functionaris zou dan door anderen geattendeerd kunnen worden op dingen die nieuw verschijnen, en met voorstellen komen hoe men het op de afdeling anders kan doen". Dit zijn voorlopig nog speculaties. Over één ding is men het echter eens: innovatie in de verpleging moet uiteindelijk breed gedragen worden, van de leerling verpleegkundige tot en met de Raad van Bestuur. En daarbij zou eigen onderzoek, uitgevoerd door verpleegkundigen uit het AZL zelf, zeker een hart onder de riem van de innovatie steken. Maar in de gehele AZL-organisatie is wetenschappelijk onderzoek in de verpleging nooit goed van de grond gekomen. Wel wordt momenteel hard gewerkt aan het ontwerpen van protocollen en richtlijnen voor het verpleegkundig handelen. Van het handen wassen tot en met het inbrengen van een urinewegcatheter of de voorbereidingen voor een operatie staat straks van elke handeling beschreven wat het doel is, wat er precies gedaan moet worden, hoe de handeling geëvalueerd wordt en welke personen voor die handeling bevoegd zijn. Er wordt optimaal gebruik gemaakt van de deskundigheid van de specialistische afdelingen die het AZL rijk is, de protocollen worden doorgenomen door een speciale 'commissie van bijstand' waarin het Verpleegkundig Convent, het Stafconvent en de Infectiecommissie vertegenwoordigd zijn – kortom: het worden mooie protocollen

volgens de nieuwste inzichten. Toch zijn er nu al twijfels of deze protocollen ooit in de praktijk uitgevoerd gaan worden. Het zal moeilijk zijn om bestaande gewoonten en rituelen te doorbreken. En mensen zijn sterk in het vinden van excuses. Zo werd op de refereeravond door een van de bezoekers als argument gebruikt dat diens afdeling 'bijzonder' was. Welke afdeling van het AZL is dat niet?

Helemaal hopeloos is de invoering van de protocollen natuurlijk niet. Er moet echter flink worden geïnvesteerd in de nascholing van verpleegkundigen, en in het steeds weer herhalen van het belang van de protocollen. Zo kunnen er gewoonten ontstaan die niet op 'mythen' maar op feiten gebaseerd zijn.