

ANTI-DECUBITUS MATERIALEN: EEN ENQUÊTE ONDER ERVARINGSDESKUNDIGEN.

Walter v. Litsenburg, Dr JRE Haalboom

De Stuurgroep Decubitus heeft in 1997 een actieplan gepresenteerd met vier hoofdpunten:

- 1- registratie van decubitus (de omvang van het probleem),
- 2- implementatie van nieuwe inzichten en kennis,
- 3- informatie aan patiënten en zorgverleners over decubitus en
- 4- de invoering van een keurmerk voor anti-decubitus materialen.

De eerste drie punten zijn direct aangepakt: er is een jaarlijkse prevalentie meting in een groot aantal instellingen als onderdeel van registratie, er is een cursus vanuit het NIGZ gestart waarmee decubitus specialisten worden opgeleid om een meer consultatieve taak te kunnen gaan uitvoeren en waarmee ook de communicatieve en management technieken worden getrained die daarbij noodzakelijk zijn, vervolgens is er een telefonische help-desk opgestart via het KITZ waar patiënten en zorgverleners vragen kunnen deponeren over decubitus.

De actualiteit van de invoering van een keurmerk blijkt ook uit het advies van de Gezondheidsraad aan de minister van VWS van 11 januari 2000, waarin deze introductie als zeer belangrijk wordt benoemd, naast de opmerking dat er geen voldoende wetenschappelijk onderzoek is verricht waaruit superioriteit van bepaalde materialen boven andere is aangetoond. Er wordt juist geconcludeerd dat de wetenschappelijke waarde van de onderzoeken tot nu toe zeer minimaal is.

In tegenstelling tot de eerste drie actiepunten is de procedure rond de invoering van een keurmerk trager verlopen. Bij de invoering van een keurmerk is het gebruikelijk om eerst een inventarisatie te maken van de materialen die op de markt voor handen zijn. Vervolgens wordt er aan het werkveld gevraagd aan welke voorwaarden en eisen het te onderzoeken materiaal zou moeten voldoen en daarna kan dan een selectie-procedure plaatsvinden, die uiteindelijk bepaalt welke materialen zullen worden getest. Het was natuurlijk het beste geweest als de fabrikanten mee wilden werken, maar dat bleek niet zo te zijn. Van 1997 af is er gewacht op een initiatief van de fabrikanten, die zich hebben verenigd in een Vereniging van Leveranciers van Anti-decubitus Materialen, de VLAM. Uiteindelijk heeft de Stuurgroep in mei 1999 besloten te laten zien dat een start van een keurmerktraject ook zonder de fabrikanten mogelijk was.

METHODE

Aan alle zorginstellingen in Nederland (meer dan 800) werd een vragenlijst toegestuurd, die door een functionaris diende te worden beantwoord, die specifiek met decubituszorg was belast. Binnen korte tijd werden 107 volledig ingevulde formulieren teruggestuurd. Dat lijkt weinig, maar is heel veel als men zich realiseert dat ook bejaardencentra, zwakzinnigencentra etc werden aangeschreven. Er waren uiteindelijk 51 ziekenhuizen, 42 verpleeghuizen,

8 thuiszorg organisaties, 2 revalidatiecentra, 2 instellingen voor lichamelijk gehandicapten en 1 psychiatrisch ziekenhuis. De resultaten waren vooral beschrijvend van aard; een statistische bewerking was niet mogelijk, zodat in de resultaten voornamelijk trends worden beschreven. Met name de opsomming van gebruikte materialen en de mate van tevredenheid daarmee was niet goed in tabelvorm weer te geven en is daarom dan ook niet in dit artikel opgenomen.

RESULTATEN

De opbouw van de antwoorden was een goede representatie van de gezondheidszorginstellingen van Nederland, maar ook een indicatie dat lang niet in alle instellingen een functionaris is belast met decubituszorg of -coördinatie. In tabel 1 is weergegeven wie in welk centrum de lijst invulde; in de ziekenhuizen waren dat vooral verpleegkundigen, in verpleeghuizen ook fysio- en ergotherapeuten. Uit de antwoorden blijkt dat in de meeste instellingen

TABEL 1

	zieken- huizen	verpleeg- huizen	thuis- zorg	revalidatie- centra	inst. lich. gehandicapten	psychiatrisch ziekenhuis
verpleegkundige	37	4	6		2	1
manager	11	10		2		
fysiotherapeut		9				
ergotherapeut		12				
arts	1	6				
staf medewerker	2	1	2	1		
TOTAAL	51	42	8	3	2	1

TABEL 2

technische/fysische aspecten	ja	ja/nee	nee
Hecht U belang aan het gewicht van de matras/bedsysteem	66	26	8
Vindt U brandwerendheid belangrijk	60	26	14
Vindt U trekvastheid belangrijk	57	31	12
Vindt U vochtopnemend vermogen belangrijk	66	16	17
Vindt U drukmetingen zoals opgegeven door de industrie belangrijk	35	42	23
Vindt u objectieve drukmetingen, dus niet door de industrie, belangrijk	62	21	17
Vindt U de afmetingen van matrassen/bedsystemen belangrijk	79	20	1
Vindt U een hoes om de matras heen belangrijk	90	8	2
Vindt U de karakteristieken van die hoes belangrijk	91	9	
Vindt U de samengestelde eigenschappen matras + hoes belangrijk	97	3	
Vindt U de levensverwachting van het materiaal belangrijk	87	11	2

TABEL 3

	ja	ja/nee	nee
Vindt U objectieve gegevens als drukmetingen van belang	61	18	
Moeten er handvatten aan de matras zijn bevestigd	64	23	12
Moet er een hoes om de matras zijn aangebracht	86	6	8
Vindt U de eigenschappen van de hoes belangrijk	96	2	2
Moet de matras uit een stuk bestaan	65	23	12
Moet de matras zijn verdeeld in blokken	16	40	35
Moet er een constant of wisselend verlaagde druk aanwezig zijn	38	32	30
Moet er drukvermindering over het hele lichaam zijn of alleen onder risicoplakken	78	19	3
Wilt U alleen een matras of een heel bedsysteem	92	5	3
Moet bij een motor deze vast aan het bed zijn bevestigd	75	23	
Of juist liever motor los van het bed	27	48	13

TABEL 4

	ziekenhuis	verpleeghuis
Bestendig tegen incontinentie wasbaar	6	13
Goed te reinigen	4	7
Glad	10	4
Soepel, geen hangmateffect	6	2
Niet zweten, kan ademen	10	2
	10	3

deze ervaringsdeskundigen verantwoordelijk zijn voor de huur of aanschaf van anti-decubitus materialen.

De vragenlijst was onderverdeeld in een aantal aandachtspunten, die afzonderlijk worden besproken. De lijst begon met vragen over technische en fysische aspecten van de materialen (met name matrassen en speciale bedden en bedsysteem). In tabel 2 zijn de vragen en antwoorden weergegeven (steeds als percentage van de beantwoorde lijsten).

Uit de tabel blijkt dat de ervaringsdeskundigen belang hechten aan afmeting, brandwerendheid, trekvastheid, levensduur en objectieve meetgegevens; de gegevens van de fabrikant worden minder belangrijk geacht. Het gewicht van de matras als ARBO-aspect is vooral van belang bij reinigen en draaien van de matrassen.

In de volgende groep werd gevraagd naar meer verpleegkundige aspecten; de vragen en antwoorden staan in de

volgende tabel 3.

Uit de antwoorden blijkt dat de ervaringsdeskundigen het van belang vinden dat een matras uit een geheel bestaat en dat deze het gehele lichaam ondersteunt. Er moet een hoes om de matras zijn bevestigd die aan de volgende eisen moet voldoen (tabel 4):

Hoewel het aantal beantwoorde vragen niet groot is kan worden geconcludeerd dat in verpleeghuizen de

TABEL 5

(prijzen in guldens)	ziekenhuizen	verpleeghuizen	
Maximale huurprijs per dag	Fl 73,50	Fl 37,20	
Maximale koopprijs voor matras	Fl 700	Fl 700	
Maximale koopprijs voor luchtmatras	Fl 9166	Fl 9666	
(percentages)	huur/lease	koop	weet niet
Heeft U een voorkeur voor huur of koop	39	39	21
	heel pakket	losse onderdelen	geen voorkeur
Wilt U van een firma een heel pakket of losse onderdelen	52	39	3
	ja	ja/nee	nee
Is kosten/effectiviteit door de industrie gegeven van invloed op Uw keuze	70	26	5

TABEL 6

	alleen produkt	ook extraatjes		
Wat verwacht U van de fabrikant	16	75		
	ja	enigszins	neen	
Beïnvloedt dit Uw keuze	32	40	18	
	<6 uur	6-12 uur	12-24 uur	
Hoeveel tijd mag er zitten tussen aanvraag en aflevering	23	23	45	
En hoeveel tijd bij noodzakelijke reparatie	39	25	30	
	ja	neen		
Verwacht U verpleegkundige hulp van de fabrikant	74	27	10	
	instructie	opleiding	metingen	niets
Kunt U dit specificeren	77	34	25	4
	ja	neen		
Verwacht U sponsoring van de fabrikant	55	47		
	ja	enigszins	neen	
En is dit van belang voor Uw keuze	5	26	68	

bestendigheid van de hoes tegen incontinentie samen met wasbaarheid van de hoes belangrijk is. In ziekenhuizen wordt meer waarde gehecht aan de samengestelde effecten van matras + hoes naast de wasbaarheid.

Voor wat betreft de low-air loss bedsystemen wordt er de voorkeur aan gegeven dat deze in de vorm van een oplegmatras worden geleverd, waarbij de motor aan het bed moet kun-

nen worden bevestigd; men wil liever geen losse onderdelen als de motor naast of om het bed.

Het volgende onderdeel had betrekking op kosten en economische aspecten (tabel 5).

De vragen hadden alleen een oriënterend karakter. Bij de vragen over de kosten van materialen werd gevraagd een bedrag in te vullen; er werden in de vragen geen keuzemo-

gelijkheden gegeven. De bedragen in de tabel zijn de rekenkundige gemiddelden van de opgegeven bedragen. Bij de overige vragen is weer het percentage weergegeven van de beantwoorde vragen.

Het is opvallend hoezeer de opgegeven maximum prijzen voor de ziekenhuizen en verpleeghuizen overeenkomen, met uitzondering van de huurprijs per dag. Zeer waarschijn-

lijk is de zeer beperkte financiering die de verpleeghuizen krijgen uit de AWBZ in vergelijking met de veel hogere dagprijzen voor de ziekenhuizen een verklaring hiervoor. Er is geen voorkeur voor huren of kopen van materialen. Er is een tendens naar het bij voorkeur werken met een enkele firma voor het gehele pakket van anti-decubitus materialen (matrassen tot en met air-fluidised systemen). Men hecht duidelijk aan kosten-effectiviteit, ook al is deze gegeven door de industrie.

De volgende vragen hadden betrekking op de relatie die men heeft of zich voorstelt met de fabrikanten. De vragen en antwoorden zijn weergegeven in **tabel 6**.

Het is duidelijk dat er door de meeste deskundigen wordt verwacht dat de fabrikant naast de gevraagde materialen ook extra zaken biedt. Als er vervolgens wordt gevraagd of deze extra's de keuze van het materiaal en de fabrikant beïnvloeden, dan wordt er minder duidelijk aangegeven of dit ook werkelijk zo is. Men wil sponsoring in de vorm van scholing, de beschikbaarheid van een verpleegkundige voor instructie, het (laten-) doen van prevalentie metingen. Opvallend is de laatste vraag waarin wordt gevraagd of het geheel van sponsoring van belang is voor de keuze en waarop slechts 5% "ja" zegt; verreweg de meeste beantwoorders ontkennen invloed van alle extra's. Tussen de sponsor-vragen door werd nog ingegaan op de tijd die zou mogen verlopen tussen aanvraag en levering van materiaal en de tijd die zou mogen verstrijken tussen een defectmelding van een meer high-tech materiaal (lucht- en air fluidised systemen) en reparatie. De grote meerderheid vindt een periode tussen 12 en 24 uur voldoende voor beide vragen.

De lijst werd afgesloten met detailvragen over de gebruikte systemen in de instellingen. Gevraagd werd naar het gebruikte type standaard anti-decubitus matras, het gebruikte lucht- en air-fluidised systeem. Verder werd gevraagd naar de prijs van het materiaal en de tevreden-

heid. Dit laatste was weer in de vorm van open antwoorden, zodat de gegevens niet goed in een tabel zijn samen te vatten. Gezien de grote impact van de oordelen en de moeilijke vergelijkbaarheid (immers niet in de vorm van cijfers) is door de auteurs besloten deze gegevens niet in dit artikel op te nemen.

Vergelijkingen tussen de verschillende materialen is dan ook –jammer genoeg– niet goed mogelijk. Het was opvallend dat gebruikers lang niet altijd wisten welke materialen van welke fabrikanten afkomstig waren. Zo werden dikwijls materialen die van een enkele fabrikant afkomstig waren, opgegeven als geleverd door twee of meer verschillende firma's. Wel van belang is het grote verschil in prijzen die worden opgegeven. Niet zelden bleek er een factor 2 tot zelfs 3 te zitten tussen de laagste en de hoogste prijs voor eenzelfde materiaal. Het is goed mogelijk dat de hoeveelheid geleverde materialen daaraan bijdraagt, maar een dusdanig groot prijsverschil blijft opvallend.

Onderhandelingen zijn kennelijk noodzakelijk.

BESLUIT

De invoering van een keurmerk voor anti-decubitus materialen is belangrijk. Dat blijkt niet alleen uit de actiepunten van de Stuurgroep Decubitus uit 1997 en uit de adviezen van de Gezondheidsraad aan de minister van VWS van januari 2000, maar ook uit de antwoorden van de ervaringsdeskundigen op de vragenlijst.

Als eerste stap naar een keurmerk is aan een groot aantal ervaringsdeskundigen op het gebied van decubitus naar aspecten van materialen gevraagd. Uit de antwoorden blijkt hoe belangrijk men objectieve productinformatie vindt. De ervaringsdeskundigen blijken vooral praktisch ingesteld te zijn. Uitgangspunt is de patient en zijn of haar zorgvraag. De ervaringsdeskundige wordt geleid bij de keuze van een anti-decubitus materiaal door

1. praktische ervaring.

De praktische inslag van de deskundige is van belang voor de uiteinde-

lijke succesvolle toepassing van het product in de praktijk.

2. objectieve tests uit de praktijk.

De meeste nu beschikbare onderzoeken naar materialen zijn beperkt in aantal patiënten, meestal bij een zeer specifieke patiëntenpopulatie en tijdens beperkte onderzoeken in tijd. Objectieve aspecten als hygiëne, ARBO, en drukmetingen komen doorgaans niet of summier aan de orde. De toepassing van dezelfde kwaliteitseisen als die aan geneesmiddelen worden gesteld ("randomised controlled trials") moet ook bij anti-decubitus materialen doorgang vinden.

3. productinformatie en extra service door de industrie.

Het is duidelijk dat de fabrikanten hun materialen zo gunstig als mogelijk voorstellen. Niet zelden wordt de mening van een ervaringsdeskundige hierbij naar voren gebracht. Zo wordt bijvoorbeeld aandacht gevestigd op de gladheid van een hoes, terwijl het voorkomen van een hangmat-effect voor de eigenschappen van een hoes waarschijnlijk van veel meer belang is. Een ander voorbeeld is het maximale gewicht van een patiënt. Wordt hiermee bedoeld het maximale gewicht waarbij de matras nog goed functioneert (dat wil zeggen het lichaam zo goed als mogelijk ondersteunt) of het gewicht waarbij de patient door de matras heen zit, het "bottoming-effect"? Tot nu toe is de productinformatie weinig objectief en ontbreken onafhankelijke testgegevens.

In dit kader moet ook worden genoemd de extra voorzieningen die door de fabrikanten worden geleverd. Het is wellicht niet laakbaar dat er scholing wordt geleverd en het meedoen of zelfs uitvoeren van prevalentie metingen. Probleem is zeker dat de inhoud van de scholing meestal door de fabrikant wordt bepaald en dat daardoor opnieuw de objectiviteit twijfelachtig is. Het is zeker tenminste twijfelachtig te noemen dat zoals uit de antwoorden blijkt niet zelden ook de ervaringsdeskundigen de inhoud en omvang van de extraatjes van de fabrikanten laten meebepalen voor welke mate-

rialen een keus wordt gemaakt. Voor het maken van een objectieve keuze zou sponsoring niet van doorslag gevende aard mogen zijn.

4. door de meningen van gezichts-bepalende instellingen of personen uit en rond het werkveld.

Voor de prevalentie metingen van de afgelopen jaren zijn hierbij belangrijk. In een academisch ziekenhuis met een lage prevalentie kan een bepaald type matras worden gebruikt. Al snel lijkt het dan dat deze matras verantwoordelijk is voor die lage prevalentie, terwijl het veel meer waarschijnlijk is dat het geheel van materiaal tezamen met een prodecubitus attitude van de verpleegkundigen en artsen voor het goede resultaat zorg draagt. Materiaal is waarschijnlijk van minder belang dan men op het eerste gezicht zou denken.

Een aantoonbaar belangrijke factor is het gebrek aan ervaring met de methoden waarmee kan worden beoordeeld of een onderzoek goed is verricht bij de functionaris die verantwoordelijk is voor de keuze tussen de grote hoeveelheid verschillende materialen en fabrikanten. Al eerder is gesteld dat de onderzoeken naar anti-decubitus materialen vrijwel steeds betrekking hebben op zeer specifieke patiënten groepen met kleine aantallen, die nauwelijks onderling zijn te vergelijken en niet voldoen aan elementaire statistische analyses. De verschillen tussen bijvoorbeeld foam matrassen zijn dusdanig klein, dat voor het aantonen van een verschil er niet tientallen-, maar honderden patiënten nodig zijn. Het zal duidelijk zijn dat de meestal vrij kleine industrieën (matrassen firma's zijn niet te vergelijken met farmaceutische industrieën, die vele miljoenen en minstens tien jaar van patiënten onderzoek nodig hebben om een nieuw geneesmiddel op de markt te krijgen) financieel niet in staat zijn om goede onderzoeken te verrichten. Dat is echter geen reden om als gebruiker dan maar met minder onderzoek akkoord te gaan. Veeleer lijkt het zinvol om de benodigde onderzoeken wel te doen, maar dan te denken aan meer internationale

studies. Daarbij kan worden gedacht aan coördinatie door de European Pressure Ulcer Advisory Panel, de samenwerking tussen de nationale Stuurgroepen uit Europa.

De industrie wilde niet meewerken. Dat is niet eens zo vreemd; het zou heel goed kunnen dat ze in de nabije toekomst moeten meewerken aan kwaliteitsonderzoeken van hun materialen en dat ze die onderzoeken ook moeten betalen. Dat is tenminste de gang van zaken bij de farmaceutische industrie. Er is geen enkele reden waarom een patiënt op een niet degelijk getest anti-decubitus materiaal zou moeten liggen. Goede industrieën behoeven zich geen zorg te maken, kwaliteit bewijst zichzelf uiteindelijk toch. Slechte materialen behoren niet bij mensen gebruikt te worden, matrassen en bedsystemen zijn daarin niet anders dan geneesmiddelen. De ervaringsdeskundigen geven aan dat ze "evidence based" willen werken. Het veelgehoorde "er zijn geen slechte materialen meer op de markt" is niet voldoende en bovendien vooralsnog niet waar, immers niet aangetoond. De ervaringsdeskundigen willen weten welke patiënt op welke anti-decubitus matras mag liggen en wat hij dan van deze matras kan verwachten. Dat is het uiteindelijke doel van het keurmerk.

Een keurmerk komt er zeker. Deze enquête was een eerste aanzet daartoe.

Inmiddels heeft het College voor Ziektekostenverzekeringen (vroeger de Ziekenfondsraad) aan TNO de opdracht gegeven met dit Keurmerktraject te beginnen.

Walter v. Litsenburg, decubitus verpleegkundige, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Dr JRE Haalboom, voorzitter Stuurgroep Decubitus, Internist Academisch Ziekenhuis Utrecht