

"VOEDING BIJ VERPLEEGHUISPATIËNTEN MET DECUBITUS"; WETEN IS NOG NIET DOEN!

Schols J.M.G.A., Kleijer, C.N.

Jaarlijks worden ca. 35.000 patiënten opgenomen in een verpleeghuis. De meeste patiënten verblijven na opname geruime tijd in het verpleeghuis; velen zelfs tot aan hun dood. Naast de meest voorkomende hoofddiagnosen CVA en dementie, is er veelal sprake van een aanzienlijke comorbiditeit en polyfarmacie. De hulpbehoefte is in het algemeen groot; de mobiliteit en lichamelijke conditie vaak slecht. Regelmatig wordt men in verpleeghuizen dan ook geconfronteerd met het probleem van een complicerende decubitus. Decubitus is overigens zelden de hoofdrede voor opname (1). Volgens de SIG zorginformatie (1) wordt ernstige decubitus bij opname in het verpleeghuis in ongeveer 0,4 % als hoofddiagnose geregistreerd en in ongeveer 2% als tweede of derde diagnose. Het verpleeghuisregistratiesysteem SIVIS legt echter alleen de ernstige stadia van decubitus (stadium 3 en 4) vast. Bovendien is het niet mogelijk alle comorbiditeit in de SIVIS-registratie vast te leggen (maximaal drie diagnosen) en is het afhankelijk van de arts of hij/zij decubitus als tweede of derde diagnose registreert.

Het landelijke Prevalentie Onderzoek Decubitus (waarbij sinds 1998 jaarlijks op een peildatum de decubitusprevalentie bepaald wordt in verschillende typen gezondheidszorginstellingen) toonde op de peildatum in 1998 een decubitusprevalentie van 32,4% in verpleeghuizen (stadium 1 t/m 4) (2). Bovendien bleek uit dit onderzoek dat ruim driekwart van de decubituswonden in het verpleeghuis zelf ontstond.

Veel verpleeghuizen hebben al jaren een eigen anti-decubituscommissie en hanteren ook een anti-decubitusprotocol. Uit ervaringsgegevens blijkt dat tot in het recente verleden in deze protocollen voornamelijk aandacht bestond voor de "uniforme" wondbehandeling van decubitus in relatie tot de verschillende stadia en dat de drijfveer voor deze protocollen vaak "uniformiteit ten dienste van de kostenbewaking" was. De wondbehandeling was in deze protocollen vaak veel gedetailleerder uitgewerkt, dan andere onderdelen van het beleid. Op het belang van preventie van decubitus werd meestal maar zijdelings gewezen en de preventieve acties waren meestal maar summier vermeld. Verder was er in deze richtlijnen nog maar bescheiden sprake van aandacht voor toetsing, evaluatie en registratie. Tegenwoordig is er in verpleeghuizen gelukkig meer en meer belangstelling om integrale aandacht te besteden aan de preventie en de behande-

ling van decubitus. Daarbij wordt ook de ondersteunende rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus meer en meer evident. Een extra stimulerende factor is daarbij geweest de in 1998 van overheidswege en gezondheidsinspectie gevraagde specifieke aandacht voor de voeding en vochtinname van verpleeghuispatiënten (3). Deze aandacht werd mede gevraagd vanwege een landelijke discussie die in 1997 gevoerd werd omtrent de medische besluitvorming over de toediening van voeding en vocht aan verpleeghuispatiënten in hun laatste levensfase. Deze discussie was ontstaan naar aanleiding van een verpleeghuispatiënt waarbij sprake was geweest van versterving.

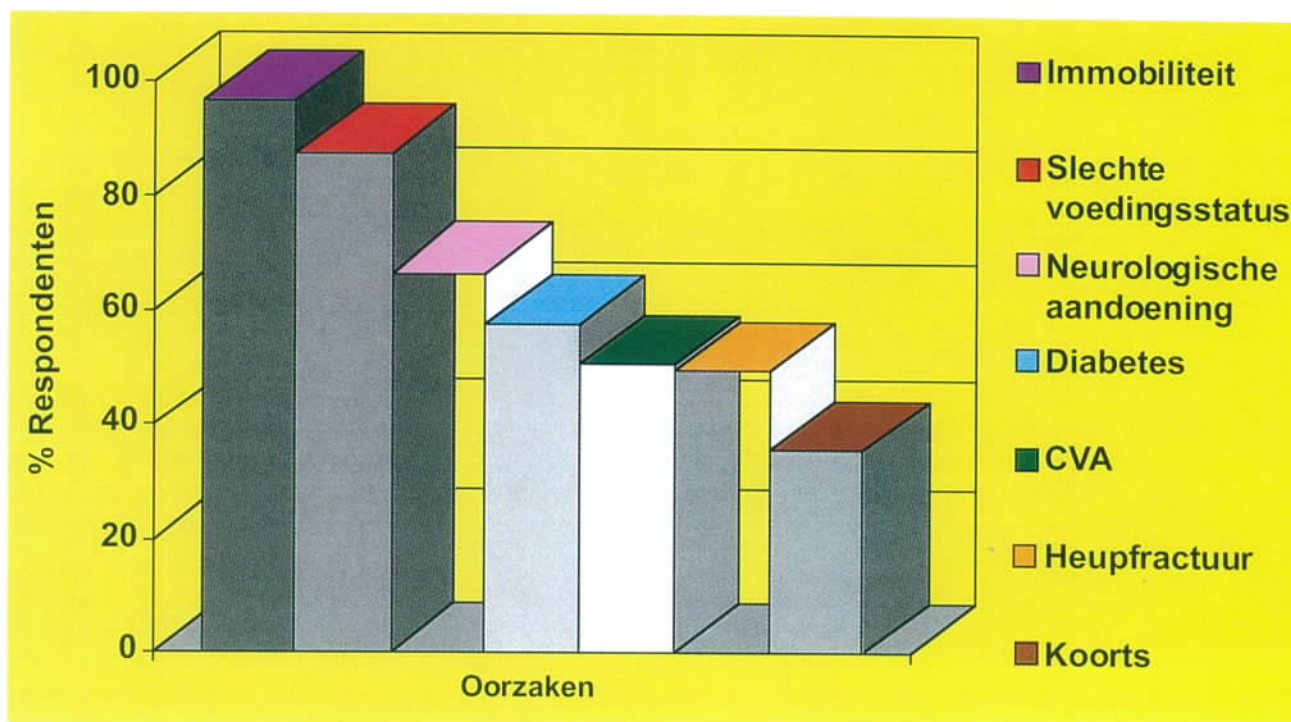
In veel verpleeghuizen wordt momenteel het voedingsbeleid herzien. Op deze wijze wil men ondermeer transparant aangeven hoe omgegaan dient te worden met slecht etende en drinkende patiënten. Decubituspatiënten zijn voorbeelden van patiënten die vaak slecht eten en drinken. Ze worden in het algemeen vaak gekenmerkt door een slechte lichamelijke conditie en door een gecompromitteerde voedingstoestand. Aangenomen mag worden dat voeding een essentiële rol speelt bij de preventie en behandeling van decubitus. Hoe beter immers de conditie en voedingstoestand van de patiënt, hoe kleiner het risico op decubitus (4, 5).

Om inzicht te krijgen in het voedingsbeleid bij verpleeghuispatiënten met decubitus verrichtten wij in het voorjaar van 1999 een landelijke enquête bij alle verpleeghuizen in Nederland. De vraagstelling voor dit onderzoek was: "Wat is op dit moment het voedingsbeleid bij patiënten met (een verhoogd risico op) decubitus in Nederlandse verpleeghuizen?"

METHODE

Het betrof een inventariserend onderzoek. Naar het hoofd medische dienst van elk verpleeghuis in Nederland (330) werd een gestructureerde vragenlijst gestuurd, die ook ingevuld mocht worden door een andere verpleeghuisarts of door de verpleeghuisdiëtist (indien aanwezig).

De enquête bestond uit drie delen: een algemeen deel (met vragen over de instelling, de diagnosestelling van decubitus, het wel of niet aanwezig zijn van een anti-decubituscommissie en over de wijze waarop de voedingstoestand van patiënten bepaald wordt), een preventiedeel (met vragen over het aanwezig zijn van een preventieprotocol, de gebruikte methode van decubitusrisicobepaling en de gehanteerde preventiemaatregelen) en een behandeldeel (met vragen over het aanwezig zijn van een behandelprotocol, de eventueel te nemen voedingsmaatregelen en de eventuele knelpunten m.b.t. het antidecubitusbeleid in de instelling).



Figuur 1. Hoofdoorzaken van decubitus volgens de respondenten

RESULTATEN

De totale respons op de enquête bedroeg 27% (89 verpleeghuizen). Veruit de meeste enquêtes waren ingevuld door een verpleeghuisarts (74%); slechts een bescheiden aantal door een diëtist (6%). In de verpleeghuizen die responderden verbleven 9161 psychogeriatrische patiënten en 6780 somatische patiënten; Van de laatste waren er 916 ter revalidatie en dus tijdelijk opgenomen.

De diagnose decubitus bleek door de meeste respondenten (63%) als een bijkomende complicerende diagnose gezien te worden. Figuur 1 toont de door de respondenten aangegeven hoofdoorzaken van decubitus in het verpleeghuis. De bij veel verpleeghuispatiënten aanwezige slechte mobiliteit speelt, met het oog op de pathogenese, uiteraard een hoofdrol. Opvallend is de belangrijke rol die aan een slechte voedingstoestand wordt toegekend. De overige oorzaken geven nog eens duidelijk de kwetsbaarheid van verpleeghuispatiënten aan.

Figuur 2 toont dat de bepaling van de voedingstoestand in de meeste verpleeghuizen gebeurt door bepaling van het gewicht (86%). In 47% van de responderende huizen wordt ook de diëtist ingeschakeld voor

vaststelling van de voedingstoestand. Slechts een beperkt aantal huizen hanteert aparte screeningslijsten, bijv. de MNA (Mini Nutritional Assessment Scale (6)). Zeventig procent van de respondenten gaf aan dat men in het verpleeghuis de voedingstoestand van de bewoners standaard bij opname bepaalt; in 4% zou dit wekelijks en in respectievelijk 27%, 6% en 10% maandelijks, per kwartaal of per halfjaar gebeuren. Meer dan de helft gaf aan dat de voedingstoestand (cq het gewicht) na opname alleen nog bepaald wordt wanneer er sprake is van intercurrente aandoeningen.

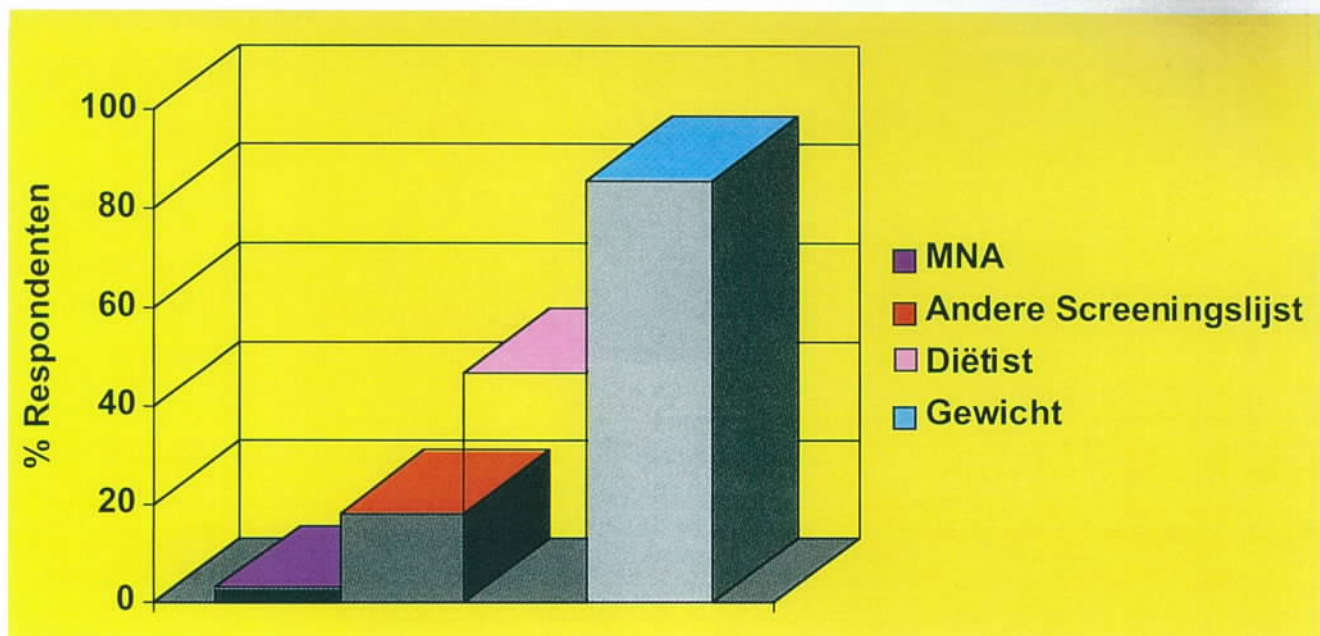
In 74% van de responderende verpleeghuizen was een antidecubituscommissie aanwezig. Antidecubituscommissies bleken meestal verantwoordelijk te zijn voor de opstelling van eigen verpleeghuisprotocollen voor de preventie en behandeling van decubitus. Verpleeghuisartsen (74%) en (decubitus) verpleegkundigen (71%) bleken in de meeste gevallen deel uit te maken van een dergelijke commissie, gevolgd door fysiotherapeuten (57%), ergotherapeuten (53%) en diëtisten (24%).

In 84% van de verpleeghuizen was een door de antidecubituscommissie

opgesteld protocol voor preventie van decubitus aanwezig, dat overigens veelal gekoppeld was aan een behandelprotocol. Deze protocollen bleken overigens niet in alle gevallen gebruikt te worden (in 13% niet en in 16% soms). Met name de disciplines die lid waren van de antidecubituscommissies en die derhalve betrokken waren bij de opstelling van het protocol bleken daadwerkelijk met het protocol te werken.

Inschatting van het risico op decubitus blijkt in de responderende verpleeghuizen in belangrijke mate plaats te vinden op basis van signalen van verpleegkundigen / verzorgenden (87%), die in de basiszorg in feite ook het meest continu bij de patiënten betrokken zijn. De klinische blik van de verpleeghuisarts zou eveneens een rol van betekenis spelen (58%). Bij het signaleren van decubitus speelden immobiliteit en een slechte voedingsinname een belangrijke rol. Daarnaast waren ook de huidinspectie (77%) en de bepaling van de fysieke conditie van de patiënt (65%) belangrijk.

Ten aanzien van de voedingsinname van verpleeghuispatiënten werd in de meerderheid van de gevallen aangegeven dat deze onvoldoende was (70%).



Figuur 2. Bepaling voedingstoestand

De belangrijkste maatregelen die in de responderende verpleeghuizen ter preventie en behandeling van decubitus werden genomen, zijn het aan de patiënt verschaffen van een speciale antidecubitusmatras (97%), het aandacht besteden aan een goede en regelmatig wisselende houding van de patiënt in bed (wisseling) en op de stoel (regelmatig verzitten, liften en gebruik van speciale zitkussens) (95%), en het nemen van maatregelen op het gebied van de voeding (88%). Bij de effectivering van de eerste twee maatregelen worden vaak de fysiotherapeut (t.b.v. houdingsadviezen) en ergotherapeut (m.b.t. te gebruiken zitkussens en/of preventieve rolstoelaanpassingen) ingeschakeld.

Ten aanzien van de maatregelen op het gebied van de voeding bleek er in de praktijk, bij slecht etende en drinkende patiënten veelal slechts sprake te zijn van ad hoc verschaffing van bijvoeding door middel van het verrijken van de voeding (bijv. met eiwitpoeders) of het verschaffen van aanvullende drinkvoeding. Op indicatie wordt aan een patiënt sondevoeding verstrekt. Als eenmaal besloten is tot voedingsinterventies t.b.v. patiënten met decubitus dan zijn daarbij veelal de diëtist (83%) en de op de verpleegafdelingen aanwezige verpleegkundigen / verzorgenden (56%) en voedingsassistenten (56%) betrokken. Echter

ook deze betrokkenheid treedt meestal maar ad hoc op. Voedingsmaatregelen blijken daarbij voornamelijk plaats te vinden bij patiënten met ernstige stadia van decubitus.

Ten aanzien van de uitvoering van een goed antidecubitusbeleid werden een aantal knelpunten aangegeven. Door 39% van de respondenten werd gewezen op het kostenaspect. De vaak in verpleeghuizen aanwezige budgettair beperkte ruimte zou het nemen van extra voedingsmaatregelen zoals het gebruik van extra drinkvoedingen etc. én het gebruik van nieuw ontwikkelde, en vaak duurdere wondbedekkers hinderen. Andere negatieve factoren die genoemd werden (58%) waren de werkdruk van het personeel, waardoor er vaak te weinig tijd is om goed aan het decubitusprobleem aandacht te besteden, het huidige actuele tekort aan verpleegkundig / verzorgend personeel, de onvoldoende alertheid op decubitus en het gebrek aan kennis bij verpleeghuisartsen en verpleegkundigen.

BESCHOUWING

Aan een onderzoek zoals dit zijn altijd beperkingen verbonden. Zo is het slechts inventariserend en niet verklarend van aard en noopt de mate van respons tot voorzichtigheid ten aanzien van het generaliseren van de resultaten. Tenslotte kan er

ook sprake zijn van responderbias doordat bijvoorbeeld alleen in het onderwerp geïnteresseerde respondenten hebben gereageerd. Desalniettemin sluiten onze bevindingen aan bij ander onderzoek.

Decubitus blijkt een belangrijke complicatie te zijn, die in verpleeghuizen regelmatig optreedt. Daarbij is het een aandoening die voor de patiënt gepaard gaat met veel ongemak. De kenmerken van de verpleeghuispatiënt maken deze extra kwetsbaar voor het optreden van decubitus (1). De in dit onderzoek door de respondenten aangegeven hoofdoorzaken van decubitus bevestigen dit beeld.

In de meeste verpleeghuizen zijn protocollen voor de preventie en behandeling van decubitus aanwezig die opgesteld zijn door de veelal aanwezige antidecubituscommissies. Dit onderstreept het belang dat in verpleeghuizen toegekend wordt aan deze problematiek. De door verpleeghuizen zo voorgestane multidisciplinariteit is in deze commissies en protocollen echter nog onvoldoende gerealiseerd. De diëtist bijvoorbeeld is in de meeste commissies niet vertegenwoordigd. Een en ander maakt het realiseren van een breed gedragen integraal antidecubitusbeleid vooralsnog moeilijk.

In verpleeghuizen is men er overi-

gens voldoende van overtuigd dat een slechte voedingstoestand ten grondslag kan liggen aan het ontstaan en onderhouden van decubitus. Desalniettemin komt de integrale aandacht voor de voeding bij patiënten met decubitus nog onvoldoende tot uiting in de protocollen en de praktijk. Bekend zijn met het belang van de voeding in relatie tot decubitus betekent dus nog niet dat er structureel wat mee gedaan wordt. Ook het landelijke prevalentie onderzoek vermeldt dat slechts in een zeer laag percentage van de decubitusgevallen in verpleeghuizen voedingsmaatregelen genomen worden (2). Met het oog op de belangrijke oorzakelijke plaats die aan een slechte voedingstoestand wordt toegekend, is het derhalve vreemd dat diëtisten procentueel slechts zo spaarzaam betrokken zijn bij het decubitusbeleid in verpleeghuizen (24%). Dit geldt des te meer omdat de meeste verpleeghuizen tegenwoordig toch een diëtist in dienst hebben! De voedingskennis van een diëtist zou dus eigenlijk standaard (eventueel consultatief) in elke anti-decubituscommissie vertegenwoordigd moeten zijn. Datzelfde geldt voor de (consultatieve) vertegenwoordiging van de diëtist in het multidisciplinaire zorgteam dat de decubituspatiënt begeleidt. Wellicht zou dat ook kunnen leiden tot een meer integrale en structurele insassing van een adequaat voedingsbeleid in het totale traject van de preventie en behandeling van decubitus. Andere aspecten die in verpleeghuizen aandacht behoeven, zijn ondermeer de frequentie en de kwaliteit van de bepaling van de voedingstoestand van de verpleeghuispatiënt, de wijze van risico-assessment t.a.v. decubitus, de integrale follow-up van de decubituspatiënt en de verbetering van de kennis omtrent decubitus. Het realiseren van kennisvergroting en van continue alertheid op decubitus vormen daarbij een uitdaging. In Nederland is hiermee inmiddels een landelijke Stuurgroep Preventie en Behandeling van Decubitus aan de gang gegaan (10).

In een verpleeghuis worden zorg en behandeling geboden door een mul-

tidisciplinair team, dat in dienst is van het verpleeghuis zelf. Een dergelijk team bestaat in de regel uit: verpleegkundigen / verzorgenden, één of meer fysiotherapeuten, een ergotherapeut en logopedist, een psycholoog, een maatschappelijk werkende en pastor, één of meer activiteitenbegeleiders én een verpleeghuisarts, die tevens inhoudelijk leiding geeft aan het team. Met name door deze aanwezigheid van een eigen multidisciplinair team onderscheidt het Nederlandse verpleeghuis zich van andere zorginstellingen in de wereld. Voor elke patiënt wordt een apart en specifiek integraal zorgplan gemaakt, waarin enerzijds aandacht besteed wordt aan de probleeminventarisatie op somatisch-, psychisch- en sociaal gebied en anderzijds aan de daaraan gekoppelde hulpverleningsdoelen en -interventies. Ook de rol van voeding zou dus tijdig en structureel in dit zorgplan moeten worden ingebed. Het zorgconcept van het verpleeghuis biedt daartoe immers een ideale uitgangssituatie. In afstemming tussen patiënt, familie en team (met daaraan toegevoegd vaste consultatiemogelijkheden van een diëtist) kan er bovendien regelmatig evaluatie en bijstelling plaats vinden. Het structureel incorporeren van het item voeding in dit zorgplan is dus in feite makkelijk en niet direct werkdrukverhogend. Toekomstig onderzoek zal daarbij uiteraard moeten uitwijzen wat het effect van een kwalitatief verantwoord integraal antidecubitusbeleid, met eveneens structurele aandacht voor de voeding, is op de incidentie en prevalentie van decubitus in verpleeghuizen. Ten aanzien van de kostenproblematiek zou de decubituszorg er overigens mee gebaat zijn als de mythe omtrent te dure voeding en/of te dure wondbehandeling snel zou verdwijnen. Een goede preventie en behandeling van patiënten met decubitus zullen er immers toe leiden dat het aantal decubitusgevallen zal verminderen en daardoor ook de totale kosten die gepaard gaan met de vaak noodzakelijke en evident langere institutionele verpleegduur van deze patiënten. In het verleden is hierop in de literatuur ook al door

anderen gewezen (7,8,9). Het tekort aan verpleegkundig personeel ten slotte alsmede de op het huidige personeel drukkende werklast zijn inmiddels een maatschappelijk probleem geworden, waarvan te hopen valt dat ook de overheid zich er nog meer van bewust wordt.

Schols J.M.G.A., Drs¹; Kleijer, C.N., Drs²
1 Directeur patiëntenzorg, Verpleeghuis De Riethorst, Geertruidenberg, en vakgroep verpleeghuisgeneeskunde, Universiteit Nijmegen;
2 Gezondheidswetenschapper / diëtist, Nutricia Nederland B.V.

LITERATUUR

1. SIG Jaarboek verpleeghuizen 1996. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1997.
2. Bours, G.J.J.W., Halfens, R.J.G., De Winter. Landelijk prevalentie onderzoek decubitus. Resultaten eerste jaarlijkse meting 1998 op instellingsniveau. Universiteit Maastricht: Vakgroep Verplegingswetenschap. Stuurgroep Decubitus, 1998.
3. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rapport: Zorg voor vocht, voeding en incontinentiebeleid in verpleeghuizen. Arnhem: Inspectie voor de gezondheidszorg, 1998.
4. Breslow, R. A. Nutritional status and dietary intake of patients with pressure ulcers: review of research literature 1943 to 1989. *Decubitus* 1991; 4: 16-21.
5. Breslow, R.A., Bergstrom, N. Nutritional prediction of pressure ulcers. *JADA* 1994; 94: 1301 - 4.
6. Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; Suppl 2: 15 - 59.
7. Haalboom, J.R.E. De behandeling van decubitus. *Pharmaceutisch Weekblad* 1991; 126: 82 - 7.
8. Haalboom, J.R.E. De kosten van decubitus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 606 - 10.
9. Haalboom, J.R.E. Decubitus: een te voorkomen aandoening. Het actieplan. *Medisch Contact* 1997; 52: 1325 - 6.
10. Actieplan Stuurgroep Decubitus. Decubitus kan beter voorkomen worden! Actieplan: preventie van decubitus. Stuurgroep decubitus, Woerden: NIGZ, 1997.