

TWEE JAAR LANDELIJK REGISTREREN VAN DECUBITUS WAT ZIJN DE VERANDERINGEN IN DE OMVANG, AARD, PREVENTIE EN BEHANDELING VAN DECUBITUS TUSSEN 1998 EN 1999?

Gerrie JJW Bours

Op 11 april 2000 vindt de derde landelijke registratie van decubitus plaats. Tijd om eens te kijken of er een verschuiving heeft plaatsgevonden tussen de eerste twee metingen ten aanzien van het voorkomen, de ernst en preventie van decubitus. De eerste twee landelijke registraties lieten zien dat decubitus nog veel te veel voorkomt in Nederland. Bijna 1 op de 4 patiënten die in een instelling voor gezondheidszorg verblijven lijdt aan een of andere vorm van decubitus (Bours & Halfens, 1999). Volgens de Gezondheidsraad kan er bij deze cijfers zowel sprake zijn van overschatting als van onderschatting. Overschatting doordat de instellingen die participeren decubitus als probleem zien en dus voortrekkers op dit gebied zijn. Onderschatting kan het gevolg zijn van dat instellingen hun eigen afdelingen kunnen selecteren en zich door de uitkomst van het prevalentieonderzoek in een gunstig daglicht willen stellen. De Gezondheidsraad gaat er vooralsnog vanuit dat beide afwijkingen elkaar compenseren en vatten de cijfers dan ook op als een adequate weerspiegeling van de werkelijkheid, grotendeels veroorzaakt doordat bestaande richtlijnen te weinig aandacht krijgen (Bours, Halfens & de Winter, 1998; Bours, Halfens & Joosten, 1999) (Gezondheidsraad, 1999). Instellingen hebben echter tijd nodig om beleid te maken of bij te stellen ten aanzien van decubitus preventie en behandeling. Dit blijkt ook uit een aanvullend onderzoek naar de activiteiten die instellingen in gang hebben gezet naar aanleiding van de eerste resultaten van het prevalentieonderzoek (Bronner, 1999). Veel instellingen zijn bezig allerlei activiteiten te ontwikkelen op het gebied van decubitus; de stap tot implementatie is echter nog niet overal in gang gezet. Door de cijfers van de twee landelijke prevalentieonderzoeken naast elkaar te leggen kan een beeld verkregen worden of de omvang en aard van de decubitus veranderd is en in hoeverre er een verschil is in de inzet van preventieve hulpmiddelen en maatregelen. De vraagstellingen zullen zich richten tot de ziekenhuizen daar dit de grootste groep instellingen is die heeft geparticipeerd aan het landelijk prevalentieonderzoek decubitus 1998 en 1999.

METHODE

Werkwijze

De databases van het landelijk prevalentieonderzoek uitgevoerd in 1998 en 1999 (Bours, Halfens, en de Winter, 1998; Bours, Halfens & Joosten, 1999) worden gebruikt voor aanvullende analyses. De data zijn verzameld met behulp van een speciaal voor dit doel ontwikkeld registratieformulier (Bours & Halfens, 1998; 2000). Dit formulier biedt de mogelijkheid om zes categorieën vragen te registreren, namelijk: 1) het profiel van de instelling, 2) het profiel van de afdeling, 3) patiëntgebonden inventarisatie (demografische kenmerken en opname-redenen), 4) risico-score op decubitus, aanwezigheid van decubitus met vermelding van stadium, locatie, duur, oorsprong en wondbedekkingen, en 6) de inzet van preventieve hulpmiddelen en maatregelen.

De data zijn verzameld op 26 mei 1998 en op 20 april 1999 door in ieder ziekenhuis een team van verpleegkundigen te trainen en te instrueren. Iedere patiënt is door twee verpleegkundigen bekeken op de

aanwezigheid van decubitus. Alleen patiënten die toestemming hebben gegeven zijn daadwerkelijk bekeken op decubitus. Ziekenhuizen konden zelf bepalen welke afdelingen meededen aan de registratie. Belangrijk was wel dat alle patiënten die geregistreerd werden ook daadwerkelijk bekeken werden op de aanwezigheid van decubitus en niet alleen de patiënten met een verhoogd risico op decubitus. Voor een uitgebreide beschrijving van de methode wordt verwezen naar eerdere publicaties (Bours, Buss & Halfens, 1997) (Bours & Halfens, 1999) (Bours e.a., 1999).

Data analyse

De data zijn geanalyseerd met het statistisch computerprogramma SPSS. Verschillen in cijfers worden weergegeven in gemiddelden en percentages waarbij aangegeven zal worden of het verschil significant is. Om dit te toetsen zal voor continue variabelen een t-test gebruikt worden en voor discrete variabelen een chi-kwadraat toets. Indien de p-waarde kleiner is dan 0,05 is er sprake van een significant verschil. Dit

wil zeggen dat er slechts 5% kans is dat het gevonden verschil toe te schrijven is aan toeval (Polit & Hungler, 1991).

RESULTATEN

Beschrijving van patiënten

In totaal hebben in 1998 en 1999 respectievelijk 43 ziekenhuizen geparticipeerd met 10.037 patiënten en 40 ziekenhuizen met in totaal 9.252 patiënten. Het waren voornamelijk dezelfde ziekenhuizen die zowel in 1998 als in 1999 meededen aan het landelijk prevalentieonderzoek decubitus.

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal patiënten dat in de ziekenhuizen geregistreerd is en hun kenmerken. De patiënten die geregistreerd zijn in 1998 hadden een gemiddelde leeftijd van 64,5 jaar, de patiënten die in 1999 geregistreerd zijn hadden een gemiddelde leeftijd van 63,8 jaar. De gemiddelde Bradenscore was voor de twee registratiejaren respectievelijk 18,9 en 19,1. De twee groepen verschilden significant van elkaar wat betreft leeftijd en Bradenscore. Geen significante ver-

TABEL 1: PATIËNTENKENMERKEN

	1998 (n= 10037)	1999 (n= 9252)
Leeftijd *	64,5	63,8
Bradenscore *	18,9	19,1
Opnameduur (dgn)	18,4	17,3
Geslacht man (%)	46,2%	45,8%
vrouw (%)	53,8%	54,2%
Risicopatiënten (%)	55,0%	54,0%

* p < 0,05

schillen zijn gevonden voor de opname-
duur (gemiddeld 18,4 versus 17,3
dagen), de verhouding mannen en
vrouwen (meer vrouwen dan man-
nen) en het percentage risicopatiën-
ten (55,0% versus 54%).

Decubitus

Tabel 2 geeft het voorkomen van
decubitus naar stadium in de betref-
fende ziekenhuizen voor de twee
meetjaren. De prevalentie is in dit
jaar gedaald van 21,6% naar 19,6%,
een verschil van 2% dat statistisch
significant is ($p < 0,05$). Dit verschil is
met name veroorzaakt door een
daling van het aantal patiënten met
stadium 1 en 2. Er is geen verschil
gevonden in het aantal patiënten met
een stadium 3 en 4 van decubitus.
Tabel 3 geeft decubitus weer naar
locatie voor de twee verschillende
registratiejaren. Beiden jaren geven
aan dat decubitus het meeste voor-

komt op de stuit en aan de hielen.
Toch blijkt er een verschuiving te
hebben plaatsgevonden. Decubitus
blijkt in 1999 minder vaak voor te
komen aan de oren en schouderblan-
den, echter meer aan de hielen en de
overige locaties (denk hierbij onder
andere aan decubitus aan de voeten,
kin, neus e.d.).

Preventieve hulpmiddelen

Tabel 4 geeft de inzet van preventie-
ve hulpmiddelen en maatregelen
weer over de twee prevalentie-
metingen. De tabel geeft de totale inzet
weer van anti-decubitus
bedden/matrassen met daarbij een
onderscheid in dynamische en stati-
sche drukverlagende bedden/matras-
sen. De totale inzet van anti-decubi-
tus bedden of matrassen is na de
eerste landelijke registratie gestegen
van 40,2% naar 44,7%, een verschil
dat statistisch significant is ($p < 0,05$).

TABEL 2: VERSCHIL IN PREVALENTIE 1998 - 1999

Stadium	Prevalentie 1998	Prevalentie 1999
1*	10,6%	9,6%
2*	6,9%	5,7%
3	3,2%	3,2%
4	1,0%	1,1%
Totaal*	21,6%	19,6%

*p < 0,05

Het zijn met name de statische
drukverlagende bedden/matrassen
die meer ingezet zijn. Wat betreft het
geven van wisselgigging, het voorko-
men van voedingstekorten en het
geven van patiëntenvoorlichting om
decubitus te voorkomen is te zien
dat de frequentie van deze drie pre-
ventieve maatregelen is afgenomen.
Alleen voor het voorkomen van
tekorten in de voeding is dit verschil
niet significant.

Wondbedekkingen

Tabel 5 geeft het percentage gebruikte
wondbedekkingen per decubitus
wond met daarbij de aanbevelingen
van het CBO, overgenomen uit het
rapport van de Gezondheidsraad
(Gezondheidsraad, 1999). Uit de
tabel kan afgelezen worden dat de
richtlijnen van het CBO wat betreft
wondbedekkingen slechts spaarzaam
gevolgd worden. Na de eerste lande-
lijke registratie is zowel voor stadi-
um 1 als voor stadium 2 het gebruik
van wondbedekkingen zoals voorge-
schreven door het CBO, toegenomen.
Voor stadium 1 betrof het een
toename van 12,2% en voor stadium
2 betrof het een toename van 5,2%.
Voor decubitus wonden stadium 3
en 4 echter is het percentage wond-
bedekkingen zoals voorgeschreven
door het CBO afgenomen met
respectievelijk 9,5% en 9,3%.

CONCLUSIE

In dit schrijven stond de vraag cen-
traal of er veranderingen zijn in de
omvang, aard, preventie en behande-
ling van decubitus na twee landelijke
registraties van decubitus. Het vóór-
komen van decubitus is significant
gedaald, waarbij met name een
daling is geconstateerd in stadium 1
en 2. De daling kan echter veroor-
zaakt zijn doordat in 1999 relatief
jongere patiënten geparticipeerd
hebben en patiënten met een hogere
Bradenscore. Beide factoren zijn
indicaties voor een lager risico om
decubitus te ontwikkelen. Duidelijk
is echter ook waargenomen dat de
inzet van anti-decubitus bedden
en/of matrassen behoorlijk is toege-
nomen, waardoor de daling van het
prevalentiecijfer ook verklaard kan
worden.

Verder werd er een toename gesigna-

TABEL 3 DECUBITUS NAAR LOCATIE

Locatie	1998 (3751)	1999 (3148)
Stuit	38,5% (1446)	37,8% (1191)
Hielen*	33,1% (1241)	35,3% (1112)
Enkel	5,9% (220)	6,1% (193)
Elleboog	8,6% (324)	8,2% (259)
Zitbeen	3,0% (114)	2,8% (87)
Heupbeen	3,1% (117)	2,7% (85)
Oren*	2,4% (91)	1,5% (47)
Knie	1,0% (36)	1,0% (33)
Schouderblad*	1,2% (46)	0,5% (17)
Overig*	3,1% (116)	3,9% (124)

* $p < 0,05$

leerd van decubitus op de hielen en overige locaties (kin, neus, voeten e.d.). Decubitus op de hielen lijkt moeilijk te voorkomen. Het is relatief eenvoudig om een patiënt op een anti-decubitus matras of bed te leggen ter preventie van decubitus aan de stuit, echter de druk op de hielen blijkt nauwelijks af te nemen door patiënten op een AD-matras te leggen (Sideranko e.a., 1992). Hielen hebben een klein oppervlak waardoor de druk verhoudingsgewijs erg

hoog is. Hierdoor zijn de hielen extra gevoelig om decubitus te ontwikkelen. Daarnaast worden de hielen niet alleen door druk bedreigd, maar vooral ook door schuif- en wrijfkraften (Peerless e.a., 1999). Hielen lijken dus extra aandacht nodig te hebben naast de inzet van speciale bedden of matrassen, door het gebruik van materiaal speciaal ontwikkeld voor de hielen, het aanpassen van de houding van de patiënt in bed zoals bijvoorbeeld de

30° zijligging (Preston, 1988; Tymec e.a., 1997). De toename van decubitus op overige locaties kan verklaard worden doordat patiënten vaker verpleegd worden in een andere houding zoals bijvoorbeeld buikligging, waardoor de risicoplacaten om decubitus te ontwikkelen verplaatst worden. Verpleegkundigen zullen dan ook meer alert moeten zijn op deze andere plaatsen (kin, neus) bij het verplegen van patiënten in een andere houding.

Wat betreft de wondbedekkingen is een toename van de behandeling conform de richtlijnen van het CBO voor de stadium 1 en 2 drukletsels te zien, maar een afname van de stadium 3 en 4 decubitus wonden conform CBO-richtlijnen.

De gevonden cijfers geven slechts een indicatie van de gebruikte wondbedekkingen. Met behulp van het registratieformulier is het moeilijk om de gebruikte wondbedekkingen uitgebreid te evalueren. Het formulier biedt namelijk geen ruimte voor een uitgebreide beschrijving van de wond. Conclusies ten aanzien van de wondbedekkingen dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid getrokken te worden.

Hoewel uit beide jaren duidelijk naar voren kwam dat de inzet van AD-matrassen bij met name hoog risicopatiënten nog veel te wensen overliet, is het toe te juichen dat er toch een toename is van de inzet van AD-matrassen. De overige preventieve handelingen zijn ten opzichte van het eerste meetjaar afgenomen. Met name het geven van wissellegging, of beter gezegd het niet geven van wissellegging, is betreurenswaardig. Het geven van wissellegging bij patiënten die immobiel zijn wordt aanbevolen door zowel de richtlijnen van het CBO als door de Europese en Amerikaanse richtlijnen (AH CPR, 1992; CBO 1992; EPUAP 1998). Wissellegging wordt echter over het algemeen als erg arbeidsintensief ervaren, wat wellicht een reden kan zijn om het niet in de praktijk te brengen. Daarnaast bestaat de mening dat patiënten die op een AD-bed of matras liggen geen wissellegging hoeven te krijgen. Het op een AD-bed of matras liggen is echter geen indicatie om geen

TABEL 4 INZET PREVENTIEVE HULPMIDDELEN EN MAATREGELEN

Preventieve hulpmiddelen/maatregelen	1998	1999
AD-bed/matras*	40,2%	44,7%
- Dynamisch AD-bed/matras	4,8%	4,6%
- Statisch AD-bed/matras	35,4%	40,1%
Wissellegging*	12,6%	11,5%
Voorkomen voedingstekorten	14,0%	13,8%
Patiëntenvoorlichting*	12,2%	9,4%

* $p < 0,05$

TABEL 5 WONDDEDEKKINGEN EN DE AANBEVELINGEN VAN HET CBO

Wondbedekking	Stadium 1		CBO	Stadium 2		CBO	Stadium 3		CBO	Stadium 4		CBO
	1998	1999		1998	1999		1998	1999		1998	1999	
Droog	30,9	25,1	-	33,3	22,2	+	23,7	18,2	+	20,2	11,6	-
Enzymatisch	0,3	0,0	-	0,9	0,6	-	3,9	5,0	+/-	6,2	10,1	-
Anti-bacterieel	1,0	1,2	-	8,5	5,0	-	14,5	12,9	-	28,7	17,1	+
Alginaat	0,1	0,0	-	0,5	1,4	-	3,9	5,7	-	10,9	16,3	-
Folie	0,9	2,5	+	3,0	4,6	-	0,7	1,2	+	0,8	0,8	+
Hydrocolloid	3,4	6,0	-	14,2	16,7	+	20,1	16,0	-	7,0	14,7	+/-
Hydrogel	0,0	0,0	-	0,1	0,3	-	0,7	1,2	-	2,3	1,6	-
Schuimverband	0,6	0,5	-	1,5	1,6	-	3,6	5,7	-	4,7	0,8	+/-
Vette gazen	0,5	0,3	-	3,1	1,9	+	4,4	3,8	+	5,4	3,9	+/-
Overig	15,7	7,1	-	18,2	13,9	-	13,6	11,5	-	10,1	13,2	-
Geen	46,7	57,3	+	16,7	31,7	+	10,9	18,7	-	3,9	10,1	-
Totaal conform CBO	47,6	59,8		67,3	72,5		32,7	23,2		46,6	37,3	

+ = Aanbevolen door richtlijnen van het CBO

- = Niet aanbevolen door richtlijnen van het CBO

wisselgeving te geven (CBO 1992). Het arbeidsintensieve karakter kan verlaagd worden door de patiënt niet de volledige 180 graden te draaien, maar slechts 20 tot 30 graden te draaien waarbij de patiënt ondersteund wordt door kussens. Deze bovengenoemde 30 graden houding is op effectiviteit onderzocht met goede resultaten (Defloor, 2000). Concluderend kunnen we zeggen dat, ondanks dat het tijdsbestek van een jaar weliswaar kort is om drastische veranderingen te kunnen bewerkstelligen, een daling van het nog steeds hoge prevalentiecijfer van decubitus in gang gezet is. Hoewel de inzet van preventieve bedden en matrassen is toegenomen, moeten we helaas constateren dat de aandacht voor de overige preventieve handelingen is afgenomen. Extra aandacht voor decubitus binnen de instellingen blijft dan ook belangrijk waarbij het handelen volgens de

richtlijnen van het CBO steeds centraal dient te staan.

Gerrie JJW Bours,
Verplegingswetenschapper.
Universiteit van Maastricht.

LITERATUUR

1. Agency for Health Care Policy and Research. (1992). Pressure ulcers in adults: Prediction and Prevention-Clinical Practice Guideline, number 3. (Clinical Practice Guideline 92-0047). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
2. Bours, G.J.J.W., Buss, I.C. & Halfens R.J.G. (1997). Terugdringen decubitus is mogelijk. Plan voor landelijke registratie is gereed. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 107: 463-465.
3. Bours, G.J.J.W. & Halfens, R.J.G. (1999). Decubitus komt nog veel te veel voor. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 20: 608-611.
4. Bours, G.J.J.W., Halfens, R.J.G. & Winter, A. (1998). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Uitgebreide resultaten eerste jaarlijkse meting 1998. Maastricht, Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap: 167.
5. Bours, G.J.J.W., Halfens, R.J.G. & Joosten, C.M.M. (1999). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Uitgebreide resultaten tweede jaarlijkse meting 1999. Maastricht., Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap.: 134.
6. Bours, G. J. J. W., Halfens, R. J. G., Lubbers, M. & Haalboom, J.R.E. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the

Netherlands. Ostomy/Wound management, 45: 28-40.

7. Bronner, C.M. Van onderzoeksresultaten naar innovaties. Een onderzoek naar de mate en aard van diffusie van de resultaten van de eerste meting van het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Universiteit Maastricht, vakgroep verplegingswetenschap, doctoraalscriptie, 1999.

CBO (1992). Herziening consensus decubitus. Utrecht, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.

8. Defloor, T. (2000). Drukreductie en wisselhouding in de preventie van decubitus. Gent, Universiteit Gent.
EPUAP (1998). A policy statement on the prevention of pressure ulcers from the European Pressure Ulcer Advisory Panel [practice guideline]. British Journal of Nursing, 7, 888-90.

9. Gezondheidsraad: Decubitus. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999 publicatie nr. 1999/23.

10. Peerless, J. R., Davies, A. Klein, D. & Yu, D. (1999). Skin complications in the intensive care unit. Clinics in Chest Medicine, 20: 453-467.

11. Preston, K.W. (1988). Positioning for comfort and pressure relief: the 30° degree alternative. Care Science and Practice, 6: 116-119.

12. Sideranko, S., Quinn, A., Burns, K. & Froman, R.D. (1992). Effects of position and mattress overlay on sacral and heel pressures in a clinical population. Research in Nursing and Health, 15: 245-251.

13. Tymec, A. C., Pieper, B. & Vollman, K. (1997). A comparison of two pressure-relieving devices on the prevention of heel pressure ulcers. Advances in wound care, 10: 39-44.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

DE WCS POSTER "CLASSIFICATIEMODEL"

NIEUWE VERSIE

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL
ZICHTBAAR OP UW AFDELING.

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts f 2,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendingskosten) en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELIJN: 0252-223392.

Ook in het verkeerde bed de goede oplossing...



De verkeerd-bed problematiek lijkt moeilijk oplosbaar. Decubitus kan echter worden vermeden, zowel in zieken- als in de verpleeghuizen en ook in de thuiszorg. ROHO[®], bekend van hoogwaardige kwaliteit anti-decubitus en positionerings zitkussens, staat daar garant voor. Het ROHO[®] anti-decubitusmatras is toepasbaar voor uw patiënt welke een hoog risico heeft voor het krijgen van decubitus, en is toepasbaar curatief tot en met stadium 4 decubitus. Door de modulaire opbouw van het matras en het ontbreken van een elektrische pomp is dit matras uitermate geschikt voor elke patiënt, ook wanneer deze in buikligging verpleegt wordt. Het ROHO[®] matras is éénvoudig te reinigen door gebruik te maken van een dampdoorlaatbare incontinentiehoes. De goede kwaliteit- prijsverhouding waarborgt een kostenreductie binnen uw organisatie. ROHO[®] biedt u tevens hoogwaardige druk- en schuifkracht reducerende producten op de operatietafel, kinderbedjes, couveuses en de hielen.

Is uw interesse gewekt?, maak een afspraak voor een vrijblijvende demonstratie.



Bolderweg 6, 1332 AT Almere • e-mail: rvs.ned@seenus.nl • telefoon 036-5320450 • fax 036-5321308

BON

Stuur snel informatie over Roho en de verkrijgingsmogelijkheden.

Opsturen in open enveloppe naar:
RvS, antwoord-nr. 304,
1300 VB Almere.
Postzegel is niet nodig.
Faxen kan ook.
Faxnummer 036-5321308.

Instelling _____

T.a.v. _____ m/v

Adres _____

Postcode/plaats _____

Telefoon _____ WCS 06-00