

STUURGROEP DECUBITUS PREVENTIE EN BEHANDELING

Dr JRE Haalboom

In 1995 werd door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) een Stuurgroep samengesteld met de opdracht om de incidentie en prevalentie van decubitus tenminste te halveren. Dat moest kunnen, aangezien een veldonderzoek had uitgewezen dat de in de CBO-consensus aanbevolen maatregelen amper waren doorgevoerd.

Het bleek iets ingewikkelder te zijn. Er was bijvoorbeeld niet helemaal rekening gehouden met de sterk toegenomen zorgzwaarte in de verschillende typen instellingen, niet met de steeds krappere financiële mogelijkheden, niet met de steeds duidelijker wordende tekorten aan geschoold personeel. In de Stuurgroep werden alle groepen vertegenwoordigd die iets met decubitus te maken hadden, ook de WCS en de Nederlandse Vereniging van Decubitus Consulents. Dat laatste was met duidelijk vooruitziende blik, omdat pas afgelopen jaar de leergang van start is gegaan die uiteindelijk tot deze verbijzonderlijking moet leiden. In 1997 werden actieplannen gestart die in grote lijnen 4 doelen hebben. In de eerste plaats moet bekend worden wat de omvang van het decubitus probleem is. Het betreft dan registratie van decubitus, prevalentie en - zo mogelijk - incidentie metingen en van daaruit de beoordeling van de effecten van implementatie en verbetertrajecten. Verder werd steeds meer duidelijk dat er een keurmerk of positieve lijst moet komen van anti-decubitus materialen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. In de derde plaats is het belangrijk dat de nieuwe inzichten en ervaringen worden doorspeeld naar de mensen aan het bed van de patiënt: implementatie en tenslotte dat deze gegevens ook beschikbaar komen voor de mensen die er direct mee te maken hebben: de patiënt zelf, gezinsleden, wijkverpleging: een helpdesk.

De afgelopen jaren zijn voor de Stuurgroep bijzonder succesvol geweest, zo succesvol dat het soms moeilijk was om de grote lijnen te

blijven volgen. In dit WCS-thema-nummer staan verslagen van enkele directe gevolgen van de werkzaamheden. De EPUAP was in korte tijd succesvol omdat direct kon worden ingehaakt op de ervaringen van de Stuurgroep met beïnvloeding van organisaties als subsidiegevers, ministeries, inspecties. Het eerste congres van de EPUAP buiten Engeland was niet voor niets in Amsterdam. Het werd geopend door de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, een blijk van de belangstelling vanuit het ministerie voor de werkzaamheden van de Stuurgroep. In Nederland zijn nu twee grote prevalentieonderzoeken gehouden, gecoördineerd vanuit de vakgroep Verplegingswetenschap in Maastricht, onderzoeken die internationaal grote aandacht hebben getrokken. De resultaten waren ook schrikbarend: 14% in academische ziekenhuizen via 23% in algemene ziekenhuizen naar meer dan 30% in verpleeghuizen. Was Nederland werkelijk zo slecht voor wat beschouwd werd als een indicator van zorgkwaliteit? Ja natuurlijk, de getallen spreken voor zich, maar ook helemaal niet, natuurlijk. Nergens in de wereld was zo objectief gekeken, waren ook alle decubitusstadia in de metingen betrokken. Niet minder dan 80% van de decubitusletsels was in de stadia 1 en 2, vervelend maar geen reden voor langere opnames bijvoorbeeld. In de publicaties uit het buitenland wordt meestal alleen van decubitus gesproken in stadia 2 en erger. Zo beschouwd doet Nederland het nog steeds goed (en het kan nog veel beter). De fabrikanten van matrassen zijn behoorlijk geschrokken. De -voor hen- dreiging van een Keurmerk wordt steeds

meer duidelijk. Waarom zou een hulpmiddel dat door patiënten moet worden gebruikt en door de middelen van de maatschappij -U en ik dus- moet worden betaald niet voldoen aan dezelfde eisen als worden gesteld aan geneesmiddelen? Daar is het gebruikelijk dat er eerst allerlei meer fysieke onderzoeken worden gedaan, vervolgens onderzoeken bij proefdieren en bij mensen die zich daarvoor beschikbaar hebben gesteld en dan pas, als slot, mag het middel worden gebruikt bij patiënten. In de decubitus-hulpmiddelen branche wordt direct bij patiënten uitgezet. De onderzoeken zijn vrijwel zonder uitzondering uiterst beperkt in patiënten aantallen en de interpretatie van de onderzoekgegevens laat niet zelden te wensen over. Een niet-significant verschil wil niet zeggen dat twee materialen hetzelfde zijn. De fabrikanten hebben zich verenigd in een eigen vereniging, waarvan sindsdien niet veel is vernomen. Om ze weer wat spreekstof te geven is een onderzoek bij meer dan 100 instellingen gedaan over wat ze aan hulpmiddelen gebruiken, waarom, hoeveel daarvoor betaald moet worden en of men er eigenlijk wel tevreden over was. Ook hiervan in dit themanummer een wat meer uitgebreide rapportage. Het NIGZ is bij uitstek ervaren in het opzetten van cursussen en andere onderwijsmethoden om een implementatie te bewerkstelligen. In september 1999 ging de eerste leergang van start die ertoe moet leiden dat er een officiële opleiding komt voor decubitusconsulents. Tot nu toe is die titel niet erkend en zijn er geen officiële voorwaarden. Dat zal veranderen op korte termijn. Tenslotte is er al een helpdesk in werking, waar mensen

vragen kunnen stellen over decubituspreventie en -behandeling. De methoden van informatieverstrekking zullen worden uitgebreid naar audiovisuele middelen en een internet-site.

In januari 2000 werd aan de minister van VWS een rapport over decubitus aangeboden door de Gezondheidsraad. In het rapport worden de activiteiten van de Stuurgroep uitvoerig vermeld en wordt de Stuurgroep aanbevolen als "kenniscentrum" van waaruit de maatregelen die preventie en behandeling van decubitus moeten optimaliseren kunnen worden gecoördineerd. Ook het opzetten van registratie systemen en van een Keurmerk worden in het rapport genoemd.

De Ziekenfondsraad heeft TNO opdracht gegeven om dit traject op te starten.

Succesvol dus, de Stuurgroep heeft grote invloed gehad. Nu de vraag hoe verder te gaan. Een Stuurgroep moet aangeven in welke richting een verandering moet gaan, en als dat loopt worden vervangen door een meer definitieve rechtsvorm. Wellicht is de oprichting van een structuur als bij KWF, astmafonds en dergelijke een mogelijkheid. Een Nederlandse Decubitus Stichting dus. Wie weet. Een landelijke decubitusdag compleet met collectebusronden rond het avonden zit er voorsnog niet in.

**Dr JRE Haalboom, Voorzitter
Landelijke Stuurgroep Decubitus.
Werkzaam als internist in het
U.M.C. Utrecht.**

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

WCS WONDENBOEK

Het standaardwerk op het gebied van de wondbehandeling. Vele onderwerpen, veel producten en uiteraard het classificatiemodel vindt u allemaal terug in dit boek.

Voor WCS leden: fl. 60,-
excl. verpakkings- en verzendkosten
Voor niet-WCS leden: fl. 70,-
excl. verpakkings- en verzendkosten

TE BESTELLEN VIA:

TEL. 0252-223392

FAX. 0252-223394

EMAIL: INFO@WCS-NEDERLAND.NL

Wondgenezing GV350®

De GV350 High Voltage Stimulator is bijzonder effectief gebleken bij wondgenezing, met name bij slecht helende wonden, decubitus en ulcus cruris.

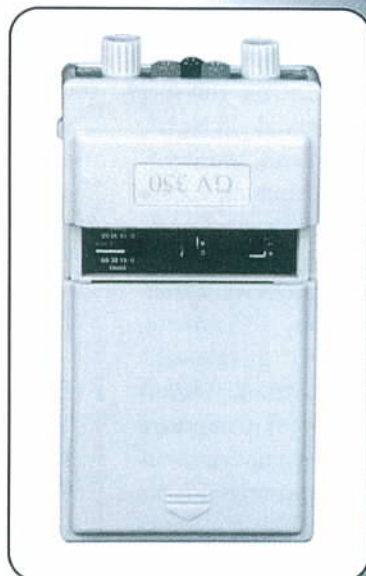
Dr. A. Bakker, arts, promoveerde in 1995 op een onderzoek naar de werkzaamheid van deze stroomvorm op slecht helende wonden.

De positieve bevindingen, het ontbreken van bijwerkingen en de relatief lage kosten hebben internationaal de laatste jaren veel aandacht gekregen. Zowel voor klinische, als voor niet klinische behandeling, is de compacte en draagbare GV350 gemakkelijk in gebruik gebleken.

Ook in Nederland zijn inmiddels zeer goede ervaringen opgegaan!

De GV350 is een 2-kanaals pulserende high voltage stimulator (HVPC), is uitgerust met een polariteitsschakelaar, met een timer en kan zowel continu als alternerend ingesteld worden. De amplitude is regelbaar van 0-350 volt; de frequentie van 0-100Hz. De GV350 wordt standaard geleverd met 4 alkaline batterijen; een adapter voor netspanning is optioneel leverbaar. HVPC wordt gekenmerkt door een monofasische 'twin'-puls. Literatuur is op aanvraag beschikbaar.

GV350®



ISO-9002
gecertificeerd

Dillenburg Medical

Info: Tel 072-567 20 90, fax: 072-567 20 91

e-mail: info@dillenburg.com, website: www.dillenburg.com