

ADVIES OVER DECUBITUSPROBLEMATIEK AAN DE MINISTER VAN VWS

HEW de Laat, CMA Frederiks, M. Vos-van der Have

Op 11 januari overhandigde prof. dr. Sixma, voorzitter van de Gezondheidsraad, het rapport "Decubitus" aan minister Borst. Het rapport is samengesteld door de commissie "Decubitus" van de Gezondheidsraad. Een werkgroep binnen deze commissie stond onder voorzitterschap van Carla Frederiks, hoogleraar verplegingswetenschap in het UMC St Radboud. Verder bestond de werkgroep naast een secretaris, een epidemioloog en 3 medisch specialisten uit nog twee verpleegkundigen (zie afbeelding 1). De werkgroep had als opdracht om de stand van zaken over de preventie en behandeling van decubitus (verder decubituszorg) in Nederland te beschrijven en adviezen ter verbetering aan te dragen. Het onderstaande is een samenvatting van de voorgeschiedenis, de vraagstelling en de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het rapport(2), waaraan de drie verpleegkundigen uit de werkgroep meewerkten.

VOORGESCHIEDENIS EN COMMISSIE

In 1993 bracht de Ziekenfondsraad (tegenwoordig: College van Zorgverzekeringen) een advies uit aan de Staatssecretaris van WVC (tegenwoordig VWS) met daarin een lijst met 126 onderwerpen waarvoor nadere evaluatie nodig is, omdat er sprake zou zijn van:

- vermoedelijk onvoldoende werkzaamheid
- te lage doelmatigheid
- 'niet-passend' gebruik terwijl daar, gezien de stand van wetenschap, eigenlijk geen reden voor is (1).

De minister van VWS verzocht de Gezondheidsraad deze lijst verder te beoordelen. In 1997 werd binnen de Gezondheidsraad de Kerncommissie MTA (medical technology assessment) geïnstalleerd, die de taak kreeg de onderwerpen te evalueren. Voor het onderwerp 'decubitus' werd in september 1998 een werkgroep van deskundigen ingesteld. De Kerncommissie MTA en de werkgroep decubitus samen fungeerden als de 'commissie decubitus'.

VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ADVIES

Er zijn in Nederland richtlijnen voor zowel de preventie als behandeling van decubitus. Desondanks bestaat de indruk dat decubitus onnodig vaak voorkomt en dat de kwaliteit van zorg verbetering behoeft. De vragen die de commissie zich stelde waren:

- Wat is de aard en omvang van de decubitusproblematiek?
- Komt decubitus onnodig vaak voor?
- Wat is bekend over de kwaliteit en de doelmatigheid van de decubituszorg in Nederland?
- Zijn er aangrijpingspunten voor verbetering van de zorg?

Om deze vragen te beantwoorden bestudeerden de leden van de werkgroep met name de Nederlands en Engelstalige vak- en wetenschappelijke literatuur op het gebied van de patho-fysiologie, de preventie en behandeling van decubitus, maar ook bijvoorbeeld over de kennis over decubitus onder de zorgverleners en de kosten van decubituszorg. Ook

werden de belangrijkste (inter)nationale richtlijnen voor decubituszorg bestudeerd en werden deskundigen geconsulteerd. Alle bevindingen werden uiteindelijk aan elkaar geschreven door de secretaris die de werkgroep ondersteunde.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De definitie van decubitus is iets bijgesteld. Decubitus is de verzamelnaam voor degeneratieve veranderingen in de huid en het onderliggende weefsel die veroorzaakt worden door druk, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze krachten. Het nieuwe aan deze definitie is het begrip 'wrijfkracht' en het benoemen van de 'combinatie' van de drie krachten die decubitus veroorzaken. Druk is de belangrijkste oorzakelijke factor voor het ontstaan van decubitus. Door een te hoge druk wordt de doorbloeding van de huid verstoord of zelfs geblokkeerd. Bij een goede lichamelijke toestand zouden ook veel hogere drukken geen problemen opleveren. Schuifkracht ontstaat als een

DE WERKGROEP "DECUBITUS"

afbeelding 1

*Prof. dr. CMA Frederiks, voorzitter, hoogleraar verplegingswetenschap, UMC St Radboud Nijmegen

*Dr. JRE Haalboom, internist; UMC Utrecht

*Dr. HJ Hulsebosch, dermatoloog; Academisch Medisch Centrum Amsterdam

*Drs. E. de Laat, verplegingswetenschapper; UMC St Radboud Nijmegen

*Dr. G. ter Riet, Epidemioloog; Universiteit Maastricht

*Dr. GL Schut, verpleeghuisarts, revalidatiearts; Talma Hof Emmeloord

*M. Vos-van der Have, decubitusconsulent; Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle

*Drs. S. Duivenvoorden, secretaris

zittende patiënt onderuit zakt en met zijn huid aan de onderlaag blijft plakken en de onderliggende structuren (fascie, spier, bot) naar beneden zakken. De huidcapillairen worden als ware dichtgetrokken en bij de geringste druk wordt de bloedtoevoer volledig geblokkeerd.

Wrijfkracht kan voorgesteld worden als het schuren van de hiel over een laken door een onrustige patiënt. Op deze plaats is er dan een verhoogde kans op decubitus als er ook druk of schuifkracht is. Of, en in welke graad decubitus ontstaat, is tevens afhankelijk van patiëntgebonden factoren. De belangrijkste zijn leeftijd, neurologische toestand, voedingsstatus, de doorbloeding en de vochtigheid van de huid. Deze factoren bepalen de weefseltolerantie voor druk en het herstelvermogen van het weefsel in geval van decubitus.

De indeling van decubitus in 4 categorieën van oplopende ernst blijft gehandhaafd, maar er wordt gesproken over 'graden' i.p.v. 'stadia' (afbeelding 2). Dit omdat decubitus bij verergering niet per definitie alle stadia doorloopt. Voor het diagnosticeren van graad I decubitus, de "niet wegdrubbare roodheid" zijn ook symptomen beschreven die van toepassing zijn bij patiënten met een donkere huidskleur.

Uit het Landelijke Prevalentie Onderzoek Decubitus (LPOD) in 1999 blijkt dat decubitus in academische ziekenhuizen bij 14 procent van de patiënten voorkomt, in algemene ziekenhuizen bij 20 procent, in verpleeghuizen bij 29 procent van de bewoners en in verzorgingshuizen

bij 12 procent. In de thuiszorg is de prevalentie 17 procent. Deze resultaten wijken niet veel af van die in 1998. De interpretatie van deze cijfers is moeilijk. Het gegeven dat een instelling vrijwillig meedoet betekent al dat 'decubitus' onderwerp van beleid is. Ook de verschillen tussen de zorginstellingen moet zorgvuldig in relatie met andere relevante kenmerken bekeken worden. Zo is de gemiddelde leeftijd van patiënten in algemene ziekenhuizen 12 jaar hoger dan die in academische ziekenhuizen. Een hogere leeftijd is een patiëntgebonden factor die de kans op decubitus verhoogt. Bewoners van verzorgingshuizen verkeren doorgaans in redelijke gezondheid. Bij langdurige of ernstige ziekte, waardoor de kans op decubitus toeneemt, worden zij overgeplaatst naar een andere zorgvorm, bijvoorbeeld een verpleeghuis. Tegen de achtergrond van vele "mitsen en maren" werd door de afdeling Medical Technology Assessment van het UMC St Radboud een schatting gemaakt van de kosten van decubitus in Nederland. Deze bedragen ten minste één miljard gulden. Dit is meer dan één procent van de totale kosten van de gezondheidszorg in 1998.

Decubitus wordt vaak als een uitgekauwd onderwerp beschouwd waar we alles al van weten en waar alles al aan onderzocht is. De commissie constateert echter dat de stand van de wetenschap op het gebied van decubitus mager is. Het gebrek aan uitkomsten van adequaat wetenschappelijk onderzoek geldt vooral

op het gebied van wondverzorging en antidecubitusmatrassen en -zittkussens. Ook de wetenschappelijke onderbouwing van de diverse risicoschalen is twijfelachtig en het is de vraag of het gebruik van deze schalen leidt tot passende decubituszorg. Het gebruik van deze schalen kan echter wel tot positief gevolg hebben dat zorgverleners meer aandacht hebben voor het risico op (verergering van) decubitus. Op basis van schaarse 'evidence', empirie en consensus zijn duidelijke richtlijnen opgesteld voor preventie en behandeling van decubitus. Voor Nederland zijn dit de CBO richtlijn (3) en de NHG-standaard (4) voor decubituszorg. Het blijkt dat deze richtlijnen nauwelijks zijn geïmplementeerd, terwijl uit onderzoek blijkt dat implementatie van soortgelijke richtlijnen in de VS effectief is. De commissie onderschrijft daarom nadrukkelijk deze richtlijnen en stelt dat veel gevallen van decubitus voorkomen zullen worden en dat wonden sneller genezen als de richtlijnen worden opgevolgd. Decubitus is niet altijd te voorkomen maar de prevalentiecijfers kunnen omlaag. Dit geldt vooral voor algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen. De commissie stelt drie oorzaken vast voor het feit dat bestaande richtlijnen niet altijd worden opgevolgd en doet aanbevelingen om deze situatie te verbeteren.

1) Er is een tekort aan kennis over decubitus bij (wijk)verpleegkundigen, huisartsen en specialisten. De commissie pleit voor drie parallel lopende opleidingstrajecten; het formeel opleiden van

DE CLASSIFICATIE VAN DECUBITUS

afbeelding 2

- * Graad 1. Niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken, vooral bij mensen met een donkere huid.
- * Graad 2. Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een schaafwond.
- * Graad 3. Huiddefect met schade of necrose van de huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies.
- * Graad 4. Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan de epidermis en dermis.

verpleegkundige decubitusconsulenten, meer aandacht voor decubitus in de basisopleidingen van verpleegkundigen en artsen en bij- en nascholing voor gediplomeerde zorgverleners.

- 2) In instellingen wordt decubitus te weinig als een groot probleem gezien. Het is veelal onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de decubituszorg; de kwaliteit van de zorg hangt vaak te zeer af van een individuele gemotiveerde zorgverlener. De commissie pleit voor het inzetten van formeel opgeleide verpleegkundige decubitusconsulenten.
- 3) Er zijn problemen rond onderzoek naar het effect van interventies. Er is een grote verscheidenheid in het meten van wondgenezing en de drukreducerende werking van matrassen en kussens. Hierdoor zijn onderzoeksresultaten moeilijk te vergelijken en te interpreteren. Er is behoefte aan goed opgezet patiëntengebonden onderzoek naar de effectiviteit van deze middelen. Hierbij is uniformiteit in meetmethoden, uitkomstmaten en de indeling in decubitusgraden van belang.

Voorts is een systeem nodig waarover in het veld al consensus bestaat - dat de beoordeling van kwaliteit en doelmatigheid van decubitusmaterialen mogelijk maakt; een kwaliteitskeurmerk antidecubitusmaterialen.

Om dit te bewerkstelligen is er behoefte aan een coördinatiepunt dat de spil vormt in een netwerk van kennis over decubitus. Hier wordt op landelijk niveau informatie uit de praktijk en uit wetenschappelijk onderzoek verzameld en geanalyseerd en met de opleidingen uitgewisseld. Hierbij kan aangesloten worden bij de initiatieven die de Landelijke Stuurgroep Decubitus samen met het NIGZ en het Netwerk voor Verpleegkundige Decubitus Consulenten hebben ontplooid. In samenwerking met dit coördinatiepunt kunnen decubitusconsulenten de verspreiding en implementatie van kennis en decubituszorg op instellingsniveau coördineren. Met dit pakket van maatregelen hoopt de commissie dat het decubitusprobleem in Nederland sterk in omvang zal afnemen.

Het bovenstaande is een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit het rapport. Wie dieper op één van deze aspecten wil ingaan kan het rapport 'Decubitus' bestellen bij de Gezondheidsraad met vermelding van het publicatienummer (2).

Laat de HEW(1), Frederiks CMA (1), Vos- van der Have M.(2)
1 UMC St Radboud, Nijmegen
2 Isala klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle

LITERATUUR

1. Ziekenfondsraad. Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1993.
2. Gezondheidsraad: Decubitus, Den Haag: Gezondheidsraad, 1999; publicatie nr 1999/23 (telefoon 070 3407520).
3. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (tegenwoordig: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). Herziening consensus decubitus. Utrecht, juni 1992.
4. Nederlands huisartsen genootschap. NHG-standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap 1999; 42: 165-172.

REPOSE

Een revolutionair concept in de strijd tegen decubitus

- ✓ effectieve drukvermindering
- ✓ comfortabel voor de patiënt
- ✓ low tech / low cost
- ✓ eenvoudig en snel te installeren
- ✓ geen elektriciteit nodig
- ✓ minimale opslagruimte
- ✓ geschikt voor ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis en thuiszorg



AQUARIUS *Zorg voor Zorg*

Uw professionele partner bij decubitus preventie en behandeling

Molenvliet 17, 3961 MT Wijk bij Duurstede, Tel. 0343 - 59 54 75 Fax 0343 - 59 54 76