

DALENDE DECUBITUSCIJFERS TONEN SUCCES VAN GERICHT BELEID

F. van Wijck*

Het is een goede zet geweest om van de prevalentie van decubitus een prestatie-indicator te maken. Dat blijkt wel uit de lage decubituscijfers die steeds meer ziekenhuizen laten zien in de jaarlijkse AD top honderd. Maar dan nog doen sommige ziekenhuizen het wel erg goed. Onze vraag aan hen: hoe doen jullie dat?

Decubituszorg is voor de ziekenhuizen jarenlang een weerbarstig onderwerp geweest. Op welke manier ze ook aandacht gaven aan het onderwerp, het decubituscijfer wilde maar niet omlaag. De laatste jaren is echter een enorme kentering merkbaar, zo zien we in de cijfers van decubitusprevalentie die het AD meeweegt in zijn lijstje van de beste ziekenhuizen. Antonius Ziekenhuis Sneek scoorde daar een decubitusprevalentie van 0,65 %. Atrium Medisch Centrum 0,56 %. Wilhelmina Ziekenhuis Assen deed het nog iets beter met 0,54 %. En Gemini Ziekenhuis en Maasziekenhuis Pantein wisten op een prevalentie van nul % uit te komen. Yda Buik heeft inmiddels veertig jaar ervaring als (wond)verpleegkundige en kent dus het klappen van de zweep. Maar over die score van nul % van Gemini was zelfs zij toch wel een beetje verbaasd. Ze vertelt: 'Decubitus krijgt de laatste jaren veel meer aandacht dan in alle jaren daarvoor, dat scheelt. Het heeft duidelijk gewerkt decubitus tot prestatie-indicator te maken, het is daardoor een speerpunt in het beleid van de ziekenhuizen geworden. Maar de jaarlijkse prevalentie meting blijft natuurlijk een momentopname en dat is die nul % dus ook. Een jaar eerder werd hier iemand opgenomen die in een vlakbij gelegen centrum voor geestelijk gehandicapten woonde. Zijn gezondheidstoestand was dermate slecht dat hij ernstige decubitus had. De afdeling waarop hij werd opgenomen scoorde toen op het moment van die meting dertig %. Daar doe je weinig aan, decubitus is gewoon bij sommige patiënten niet te voorkomen.'

AANDACHT VOOR DE OPNAME

Wat wel kan, is er gericht beleid op ontwikkelen zodat het prevalentiecijfer fors omlaag kan. En dat deed Gemini zeker. Buik: 'We hebben verbeterpunten in het beleid geïnventariseerd en doorgevoerd. En we geven het onderwerp al voorafgaand aan de opname van een patiënt aandacht. Pre-operatief vragen we of iemand de laatste tijd onbedoeld is afgevallen, ooit decubitus of sondevoeding heeft gehad, etcetera. Ook houden we rekening met de verwachte ligduur van de patiënt, en we schakelen zo nodig direct de diëtist in. Als we denken dat het nodig is, geven we de patiënt en diens familie voorlichting over decubitus en de mogelijkheden om dit te voorkomen, zodat ook zij erop kunnen letten. Hierbij valt te denken aan kleine, maar wel belangrijke dingen als het kopen van badstof sokken zonder naden, om de hielen te ontlasten. En we hebben speciale decubitusbedden op voorraad. Die hoeven we dus niet te bestellen als we iemand opnemen die tot de risicogroep behoort. Zo gaat geen tijd verloren.'

WEKELIJKSE METING

Ook Maasziekenhuis Pantein heeft beleid ontwikkeld. Laura Kuenen-Peeters van het wondteam vertelt: 'We hebben de protocollen herzien, waarbij we bijvoorbeeld de wisselgelingen extra aandacht hebben gegeven, en we hebben voor alle verpleegbedden traagschuimmatrassen gekocht. Verder hebben we de verpleegkundigen klinische lessen gegeven, om hun kennis over decubitus op een hoger peil te brengen. Maar we hebben ons ook gerealiseerd dat de jaarlijkse prevalentie meting

slechts een momentopname is en dat we er meer aan hebben als we ook tussentijds op de hoogte blijven van de prevalentie. Dus hebben we een ICT-systeem ontworpen waarmee we iedere dinsdag bij iedere opname screenen. Zo hebben we een continu overzicht en kunnen we dus veel sneller bijsturen als we problemen signaleren. Gelukkig zien we op basis daarvan dat we het door het hele jaar heen wel goed doen. Al houd je natuurlijk altijd patiënten wiens gezondheidstoestand zó slecht is dat je decubitus niet kunt voorkomen. Maar door actief beleid te voeren, kun je wel zorgen dat de problematiek ook bij deze patiënten zoveel mogelijk beperkt blijft. Het is vooral een kwestie van structureel aandacht geven aan het onderwerp. We hebben ook met hulp van de creativiteit van een verpleegkundige een klok ontworpen voor wisselgelingen van de patiënten die tot de risicogroep behoren. Vooral op neurologie blijkt die van meerwaarde, maar andere afdelingen maken er ook gebruik van.'

AANDACHTSVELDERS

Hannie Bouwman, wondconsulent in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen met aandachtsgebied decubitus, is zo eerlijk om toe te geven dat haar ziekenhuis in het verleden op het gebied van decubitus slecht scoorde. 'We hebben een commissie in het leven geroepen waarin iedereen vertegenwoordigd was die iets met het probleem te maken heeft', zegt ze. 'Inclusief de dermatologen en de chirurgen dus. We waren het erover eens dat we het beleid op de afdelingen wilden houden en om dat voor elkaar te krijgen, hebben we aandachtsvelders opgeleid. Niet één aan-

dachtvelder dus, maar meerdere aandachtsvelders voor iedere verpleegafdeling. Ook hebben we de scorelijst vereenvoudigd en gedigitaliseerd. De papieren versie werd slecht ingevuld. Nu gebeurt dit driemaal per week plus bij elke opname, en er wordt door de aandachtsvelders echt op gehamerd dat dit gebeurt. En dat werkt, want het is slechts een kwestie van aanvinken en dat is zo gebeurd. De gegevens van deze lijst bieden een gelegenheid om gericht preventiebeleid te voeren. Binnen een jaar gingen de decubituscijfers flink omlaag. En dus ook het gebruik van die dure huurmatrassen. De kern bleek kortom het probleem daar leggen waar het hoort: op de afdeling. We laten niet meteen speciale bedden aanrukken, maar laten de verpleegkundigen zelf nadenken en actie ondernemen. Dat maakt hun werk ook interessanter en uitdagender.'

GEDAALDE LIGDUUR

De geïnterviewden beseffen dat er de laatste jaren meer gebeurd is dan alleen het benoemen van de decubituscijfers tot prestatie-indicatoren. De gemiddelde ligduur van ziekenhuispatiënten is ook fors aan het dalen. Heeft dit invloed op de decubituscijfers in die zin dat de decubitus simpelweg niet meer in het ziekenhuis wordt opgemerkt, maar pas als de patiënt al naar het verpleeg- of verzorgingshuis is, of naar huis? Nee, zeggen alle drie beslist. Kuenen-Peeters: 'Roodheid zie je ook tijdens een kortere ligduur echt wel optreden. Ook daarop scoren we. En we werken nauw samen met de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. We hebben ook een gezamenlijk wondteam en we weten dat ook zij heel goed zitten met hun decubituscijfers.' De verkorte ligduur werkt juist positief, stelt Bouwman. 'Patiënten liggen minder kort en worden sneller gemobiliseerd', verduidelijkt ze. 'Als we al eens een patiënt binnen krijgen met decubitus stadium vier of vijf, dan is dat meestal uit een verpleeg- of verzorgingshuis. Maar dat zijn gelukkig incidenten. De maatregelen om decubitus te voorkomen zijn gewoon in de loop der jaren steeds beter

geworden.'

In de thuiszorg komt decubitus bijna niet voor, zegt Buik. 'Die heeft verpleegkundigen in dienst die daar specifiek op letten. En we hebben goed contact met elkaar. De zorg in Den Helder is kleinschalig, dat helpt ook.'

DECUBITUS EN SMET- PLEKKEN

Iets anders wat zich vrij recent heeft afgespeeld, is de discussie over het verschil tussen decubitus en smetplekken. 'Dat heeft geen invloed op het decubituscijfer', zegt Bouwman. 'De aandachtsvelders zijn er speciaal op getraind om het onderscheid tussen decubitus en smetplekken te kunnen zien.' Kuenen-Peeters: 'We hebben het hier wel met de Inspectie voor de Gezondheidszorg over gehad. Sinds 2011 nemen we incontinentieletsels mee in de meting van de decubitusprevalentie. Als ziekenhuis willen we wel het onderscheid tussen het een en het ander zien, maar in de meetcijfers wordt het samen genomen.'

En Buik vertelt: 'Dat wel degelijk naar de oorzaken van huidlaesies wordt gekeken, komt omdat dit de eerste stap is in het voorkomen ervan. Ook de verschillende vormen van incontinentie spelen hierbij een rol. Deze nemen we ook altijd mee in het prevalentie-onderzoek.'

ALERT BLIJVEN

Stemmen de goede cijfers iedereen tevreden? Op zich wel, stellen de drie. Maar Bouwman nuanceert: 'De toenemende vergrijzing en comorbiditeit zorgen ervoor dat we altijd alert moeten blijven. We voeren als aandachtsvelders dan ook viermaal per jaar overleg: Waar loop je tegenaan? Welke bijscholing heb je nodig? Je moet je kennis over het onderwerp altijd op peil houden, want opvattingen kunnen veranderen door voortschrijdend inzicht. De nieuwe richtlijn stelt bijvoorbeeld dat wrijving niet tot decubitus leidt, allen schuif- en drukkrachten doen dat. Ook stelt die richtlijn dat op alternerende matrassen geen wisselleggingen nodig zijn. Je moet dus je kennis up to date houden.'

***Frank van Wijck, freelance journalist.**