

(BIJNA) NOOIT MEER DOORLIGGEN

I. Bochardt, M. van der Vlugt*

Het is te betreuren als patiënten doorligwonden ontwikkelen tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis. Het doet pijn, belemmert herstel en leidt – ingeval van ernstige wonden - tot een langere opnameduur. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg en het beleid is er dan ook op gericht het zoveel als mogelijk te voorkomen. Het Diaconessenhuis Leiden ontwikkelde een tiental jaren geleden al een succesvolle aanpak.

Jaarlijks onderzoek van de Universiteit Maastricht naar de prevalentie¹ van decubitus toont aan dat doorligwonden (decubitus) relatief vaak voorkomen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het percentage patiënten in algemene ziekenhuizen dat bij de meting op 3 april 2007 last had van een min of meer ernstige vorm van decubitus bedraagt 11,8 procent. Met andere woorden, op die dag had 11,8 procent van de opgenomen patiënten doorligwonden, ontstaan tijdens de ziekenhuisopname.

Naast ongemak voor de patiënt levert decubitus ook extra kosten op, onder meer door de behandeling, het langere verblijf in de zorginstelling en het niet kunnen werken of op een andere manier deelnemen aan het maatschappelijk leven. De kosten van decubitus in Nederland worden geschat op 1,3 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg – dat komt neer op een half miljard euro. Daarmee behoort decubitus tot de eerste vier ziekten qua kosten (Gezondheidsraad, 1999). Het voorkomen van decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg; het kan door een goede preventie dikwijls voorkomen worden (De Laat, 2006). Dat is ook jaren geleden al vastgesteld (zie bijvoorbeeld Haalboom en Schoenmaker, 1997).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg signaleerde in 2004 dat de meeste instellingen preventieve decubitusrichtlijnen hebben, maar dat die niet goed nageleefd werden (IGZ, 2004). Volgens Koopman (2004) werd door dit rapport decubitus 'eindelijk op de kaart gezet'. De negatieve effecten op de kwaliteit

van leven en de hoge kosten zijn redenen geweest om decubitus op te nemen in Sneller Beter, het landelijke kwaliteitsverbeteringsprogramma voor de ziekenhuizen (zie kader).

DECUBITUS ALS BEST PRACTICE

Het Diaconessenhuis Leiden is een middelgroot, algemeen ziekenhuis, waarin vrijwel alle specialismen aanwezig zijn. Het ziekenhuis hecht aan kwaliteit en innovatie en al jarenlang zijn er steeds nieuwe projecten gestart om kwaliteitsverbeteringen en kostenbesparingen te realiseren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met de collega-instellingen in de regio. Het Diaconessenhuis is één van de 24 ziekenhuizen die meedoet in Sneller Beter en heeft dus ook een project dat als doel heeft decubitus te reduceren. Daarbij bleek al snel dat het percentage patiënten met doorligwonden ontstaan in het Diaconessenhuis één van de laagste van Nederland is, namelijk, in 2007 9,1 procent inclusief graad 1 en 3,3 procent exclusief graad 1. Het percentage patiënten met doorligwonden in het ziekenhuis ontstaan is 1,7 procent (exclusief graad 1). Het resultaat van het Diaconessenhuis is te danken aan het feit dat in 1998 al is gekozen voor een gestructureerde aanpak van decubitus. Deze aanpak is een goed voorbeeld van een aantoonbare verbetering (een 'best practice').

VAN BEHANDELING NAAR PREVENTIE

Het belang van het verminderen van doorligwonden werd in het Diaconessenhuis Leiden al vroeg onderkend. Eind jaren tachtig werd

een multidisciplinaire decubituscommissie ingesteld, waarin een dermatoloog, een afdelingshoofd en een afdelingsverpleegkundige zitting hadden. In 1998 werd gekozen voor het aanstellen van een verpleegkundig specialist decubitus. Zij begon in de 12 uur per week die tot haar beschikking stonden (inmiddels zijn dat er 16) met het doorlezen van de notulen van de decubituscommissie. Daaruit haalde zij meteen al een aantal verbeterpunten. Belangrijk uitgangspunt werd: 'van behandeling naar preventie'. Dit uitgangspunt werd onder meer gehanteerd omdat uit onderzoek blijkt dat de kosten van decubituszorg oplopen per decubitusgraad (Frantz e.a., 1995) en dat de kosten van preventie lager zijn dan de kosten van behandeling (Severens e.a., 2002).

Toen de verpleegkundig specialist met haar werk begon lag iedere patiënt standaard op een latex matras. In het jaar 2000 werden 300 nieuwe bedframes aangeschaft die in de zogenoemde semi-fowlerhouding (zie figuur 1) versteld konden worden. Die werden allemaal voorzien van antidecubitusmatrassen. Dat alleen al leidde tot een enorme daling van het aantal decubitusgevallen en verlaging van de kosten van huurbedden. Inmiddels zijn ook op de operatieafdeling twee antidecubitusmatrassen in gebruik. In het ziekenhuis wordt verder ook gebruik gemaakt van wisseldrukmatrassen, wigkussens om de hielen vrij te leggen en antidecubitus-zitkussens.

KENNISTEKORT

Een ander aandachtspunt was het kennistekort op de afdeling. Verpleegkundigen pasten weliswaar

SNELLER BETER

Sneller Beter is een landelijk kwaliteitsprogramma van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het heeft tot doel aanzienlijke en aansprekende verbeteringen tot stand te brengen op het gebied van patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie. De deelnemende ziekenhuizen worden ondersteund en begeleid door een samenwerkingsverband van Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de Orde van Medisch Specialisten. Deze ondersteuning is mogelijk gemaakt door ZonMw.

METHODIEK

Voor alle Sneller Beterprojecten wordt dezelfde aanpak gehanteerd. Het begint landelijk met een missiestatement waarin is verwoord welk probleem men wil oplossen en waarom. Een expertgroep verzamelt de bestaande kennis, stelt vast wat best practices zijn en formuleert verbeterideeën die worden aangeboden in het Startpakket. Vervolgens worden de deelnemende teams geïnstrueerd en gemotiveerd in een aantal werkconferenties. Tijdens deze conferenties worden doelen geformuleerd, interventies vastgesteld en meetgegevens en resultaten uitgewisseld.

In de instelling wordt gestart met het registreren van de relevante gegevens. Dit registreren vindt gedurende het gehele traject plaats. De eerste (nul)meting wordt na een bepaalde periode gevolgd door een tweede en daarna door een derde meting, zodat de resultaten van de uitgevoerde interventies zichtbaar worden. De stand van zaken wordt steeds gerapporteerd aan het coördinatieteam en het management van de instelling en aan de landelijke Sneller Beterleiding.

DOORBRAAKMETHODE

In Sneller Beter wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde Doorbraakmethode. Dit is een gefaseerd en methodisch verbetermodel om in relatief korte tijd concrete en aantoonbare verbeteringen te realiseren. Het model bestaat uit een set van drie vragen en de kwaliteitscirkel van Deming (zie illustratie). De drie hoofdvragen zijn:

1. Wat willen we bereiken? (wat is ons doel?)
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? (door te meten)
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering? (veranderen)

Na het beantwoorden van de drie hoofdvragen wordt voor elk verbeteridee de kwaliteitscirkel doorlopen.



wisselgigging toe, maar wisten onvoldoende van decubituspreventie.

Daarom werden er klinische lessen georganiseerd. Ook kwamen alle protocollen en andere belangrijke informatie via het intranet ter inzage voor de medewerkers. Elke nieuwe patiënt wordt nu gescreend op de Bradenschaal, een formulier waarmee de verpleegkundige het risico kan inschatten dat decubitus ontstaat. Heeft iemand een hoog risico, dan worden meteen de volgens het protocol van toepassing zijnde preventieve maatregelen genomen.

Zonodig wordt de verpleegkundig specialist gevraagd om aanvullend advies. Naast de Bradenschaal is de klinische blik van de verpleegkundigen van groot belang.

De verpleegkundig specialist heeft een belangrijke rol in het up to date houden van het protocol en het zorgen voor de naleving ervan. Dit laatste krijgt voortdurend aandacht; de verpleegkundig specialist komt tweemaal per week op alle afdelingen, kan zonodig geconsulteerd worden en houdt op die manier het thema levend.

Op de afdelingen is een netwerk van aandachtsvelders opgezet. Dit zijn speciaal geschoolde (senior-)verpleegkundigen die als vraagbaak dienen voor de collega's en die hen bewust maken van het belang van preventief handelen bij decubitus en van de noodzaak elkaar aan te spreken als de aandacht vermindert. Bovendien vormen zij een doorgeefluik voor de verpleegkundig specialist bij het implementeren van vernieuwingen op het gebied van decubitus.

Bij al deze maatregelen is het van wezenlijk belang dat het management het onderwerp geregeld bespreekt en stimuleert en faciliteert. Het feit dat decubitus een belangrijke prestatie-indicator is voor de kwaliteit van zorg (IGZ, 2006), helpt daarin zeker mee.

Dat deze aanpak succesvol is, is te zien in de gestage daling van het decubituspercentage, ontstaan in de instelling (zie tabel 1).

DEELNAME AAN SNELLER BETER

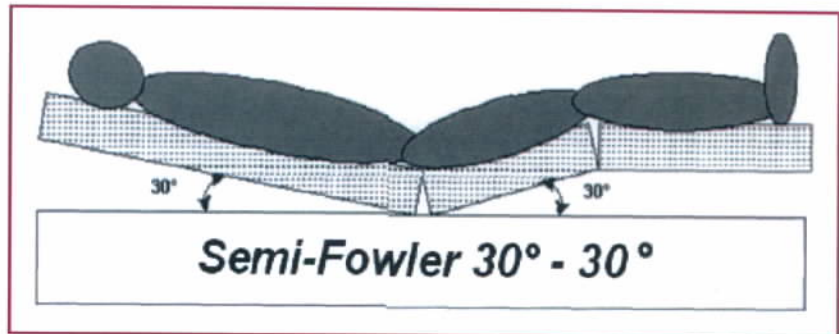
Ondanks dat decubitus relatief gezien weinig voorkomt in het ziekenhuis, vindt het management dat elke nieuwe decubituspatiënt er één te veel is. Dat was de reden om toch mee te doen aan het Sneller Beterproject en te proberen het percentage decubitus in het

Diaconessenhuis Leiden nog verder te doen dalen. Er werd een decubitus-team gevormd met onder meer afdelingsverpleegkundigen en de verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg.

De landelijke doelstelling voor decubitus in het Sneller Beterprogramma luidt als volgt: Door toepassing van de richtlijn Decubitus is de incidentie en prevalentie van decubitus bij klinische patiënten in het ziekenhuis gereduceerd tot minder dan 5 procent (graad 2-4) (CBO, 2005).

Kort na de eerste Sneller Beter werkconferentie werd de landelijke doelstelling vertaald naar een concrete doelstelling voor het

Diaconessenhuis. Het accent op de twee voor het project uitgekozen afdelingen - longziekten en neurologie - kwam te liggen op kennis van de verpleegkundigen over dit onderwerp en informatie voor de patiënt en zijn of haar familie. Nadrukkelijk werd aandacht besteed aan het belang van wisselgeving en de relatie met voeding. Als de voedingstoestand van de patiënt beter is, is immers de kans op een ernstige graad van decubitus kleiner. Ook werd opnieuw gekeken naar de middelen en kreeg elk bed voor een longpatiënt een papegaai waarmee de patiënt gemakkelijker van houding kan veranderen. Ook de kosten werden nog eens tegen het licht gehouden en het belang van het tijdig aan- en afmelden van huurbedden werd nadrukkelijker op de verpleegafdelingen naar voren gebracht. De beginsituatie op de twee afdelingen werd vastgesteld (nulmeting). Dit gebeurde aan de hand van voorgeschreven indicatoren: het percentage patiënten op de verpleegafdeling met decubitus (totaal); het percentage patiënten waarbij zich tijdens opname één of meer nieuwe decubitusletsels ontwikkelen (dit



Figuur 1

zegt iets over de preventie); het aantal graden decubitus op de verpleegafdeling (dit zegt iets over preventie en behandeling). De metingen werden driemaal per week uitgevoerd gedurende vier maanden. Aan bed werd een formulier ingevuld en deze formulieren werden daarna ingevoerd in de computer. Hiermee konden de gegevens eenvoudig worden weergegeven en vergeleken met andere ziekenhuizen. Het invullen en registreren bleek een nogal tijdrovend karwei te zijn.

De nulmeting liet zien dat de doelen al waren behaald. Dit motiveerde de verpleegkundigen niet om te blijven meten. De frequentie is daarom teruggebracht naar eenmaal per week en uiteindelijk is ervoor gekozen om eenmaal per jaar mee te blijven doen aan de landelijke meting van de Universiteit Maastricht en bij een eventuele stijging van de prevalentiecijfers op de betreffende afdelingen drie maanden lang te blijven meten om de oorzaak van de decubitusproblemen te onderzoeken en aan te pakken.

RESULTATEN

Het percentage patiënten op de verpleegafdelingen longziekten en neurologie met decubitus werd binnen een jaar teruggebracht naar 2 procent. Graad 3 en 4 decubitus ontstaan niet op deze afdelingen. Tijdens de Sneller Beter werkconferenties werden ervaringen en ideeën uitgewisseld met deskundigen en collega's uit andere ziekenhuizen. Ook daar bleek dat het Diaconessenhuis Leiden in vergelijking met andere ziekenhuizen in de afgelopen jaren al veel aandacht heeft besteed aan het voorkomen en reduceren van decubitus. Dit actieve

decubitusbeleid, waarbij stap voor stap verbeteringen worden ingevoerd, heeft zeer positieve resultaten opgeleverd.

In het kader van Sneller Beter is een kosten-/batenanalyse gemaakt. Hierbij was ietwat complicerend dat de meeste kosten al in de afgelopen jaren zijn gemaakt, toch is een poging gedaan om in kaart te brengen wat de kosten en baten zijn van de aanpak van decubitus (zie tabel 2). Er is een onderscheid gemaakt tussen harde en zachte euro's. En de kosten en baten zijn gezien vanuit verschillende invalshoeken.

DECUBITUSBELEID IS LONEND

Het mag duidelijk zijn dat een actief decubitusbeleid lonend is. Het brengt weliswaar kosten met zich mee (antidecubitusmaterialen, scholing, voorlichting en tijdsinvestering), maar het levert ook gezondheidswinst op, een positief gevoel bij patiënten, behandelaars en zorgverleners, en ruimte voor nieuwe patiënten, dus meer inkomsten.

* Inge Bochardt was programma-coördinator Sneller Beter in het Diaconessenhuis Leiden en is nu zelfstandig gevestigd als interimmanager en organisatieadviseur in de zorgsector.

Mieke van der Vlugt is verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg in het Diaconessenhuis Leiden.

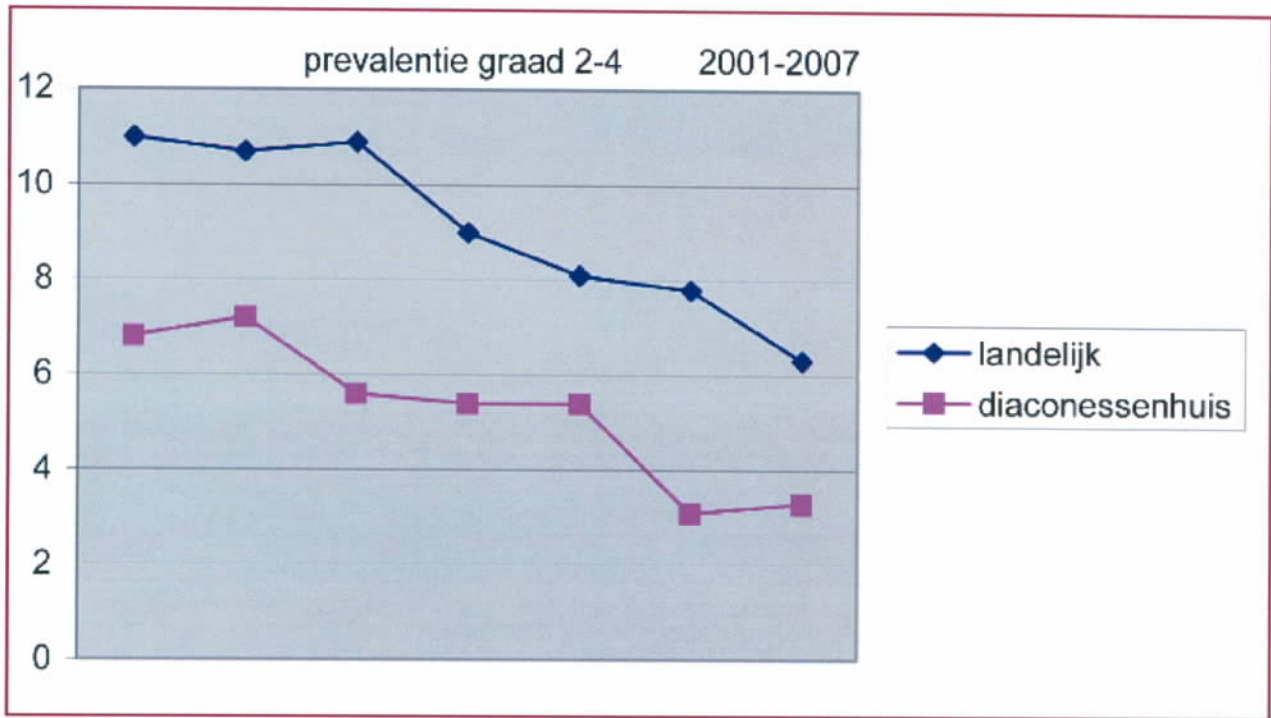
Correspondentieadres:

Mieke van der Vlugt-van Es

E-mail:

mvandervlugt@diaconessenhuis.nl

Noot ¹ Prevalentie: het aantal personen met een bepaalde aandoening op een bepaald tijdstip in een populatie.



Tabel 1.

LITERATUUR

- Frantz, R., Bergquist, S. & Specht, J. (1995). The cost of treating pressure ulcers following implementation of a research-based skin care protocol in a long-term care facility. *Advances in Skin & Wound Care* 1995 (8), 36-45.
- Gezondheidsraad (1999). *Decubitus*. Utrecht: Gezondheidsraad.
- Haalboom, J.R.E. & Schoenmaker, A. (1997). Decubitus, een te voorkomen aandoening: het actieplan. *Medisch Contact* 52 (42), 1325-1326.
- Halfens, R.J.G., Janssen, M.A.P. & Meijers, J.M.M. (2007). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2007*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast*. Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg IGZ (2006). *Het resultaat telt 2005. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. Den Haag: IGZ.
- Koopman, E. Decubitus eindelijk op de kaart!! – conclusies Inspectierapport alarmerend (2004). *WCS Nicuws* 20 (2), 3-4.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2002). *Richtlijn decubitus*.

- Tweede herziening*. Utrecht: CBO.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2005). *Wat is 'Sneller Beter pijler 3'?* [Internet] CBO [aangehaald op 27 november 2006]. Bereikbaar op http://www.cbo.nl/product/snellerbeter/default_view.
- Laat, H.E.W. de (2006). *Pressure ulcer care in critically ill patients and hospitalised patients at large*. Academisch Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Severens, J.L., Habraken, J.M., Duivenvoorden, S. & Frederiks, C. (2002). The cost of illness of pressure ulcers in the Netherlands. *Advances in Skin & Wound Care* 15 (2), 72-77.

WEBSITES

- www.decubitus-nederland.nl
www.snellerbeter.nl

Met toestemming overgenomen uit: TvZ, tijdschrift voor verpleegkundigen 2008;2:44-47

	ZACHTE EURO'S	HARDE EURO'S
Patiënt	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen onnodige pijn en ongemak • Sneller herstel en mobilisatie • Sneller ontslag, kortere ligduur * • Minder co-morbiditeit** 	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sneller weer aan het werk
Ziekenhuis	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbetering van het imago van het ziekenhuis. Decubituspercentage is een belangrijke prestatie-indicator voor de kwaliteit van zorg (IGZ) • Kans voor transmurale samenwerking: samen werken aan betere zorg 	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sneller ontslag biedt mogelijkheden om meer nieuwe patiënten op te nemen • Minder verbandmiddelen nodig • Minder onnodig leasen van bedden <p>Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decubitusverpleegkundige, 16 uur per week • 1 aandachtsvelder per team: 2 uur per week, totaal 10x2=20 uur • Afschrijving bedden, aanschaf luchtmatrassen, preventiemateriaal • Klinische lessen, instructiemateriaal, voorlichtingsbrochures
Medisch specialist	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbetering patiëntenzorg 	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doordat de patiënt niet onnodig lang hoeft te blijven, is er ruimte voor meer nieuwe patiënten
Verpleegkundige	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betere zorg motiveert personeel • Verbetering deskundigheidsniveau op gebied van decubitus (herkennen van graden) <p>Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer inspanning/aandacht/discipline 	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder wonden te verbinden <p>Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wisselliging en klinische lessen kosten tijd
Zorgverzekeraar	<p>Baten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contracteren van ziekenhuizen met goed imago leidt tot aantrekkingskracht voor cliënten • Heel goede score op de prestatie-indicator 	

Tabel 2. Kosten-/batenanalyse decubituszorg

* Lijden aan graad 4 decubitus betekent 14 dagen ligduurverlenging met alle maatschappelijke en sociale gevolgen van dien.

** Complicaties als gevolg van het in een bepaalde houding zitten of liggen.