

Enthousiasme is niet genoeg. Handleiding om decubitusprotocol succesvol in te voeren.

Auteur: A.J.E. Delville, P.C. Grijns

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 2001

Pagina: 16-17

Jaargang: 15

Nummer: 3

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: decubitus protocol preventie

Literatuur:

Instellingen kunnen er op verschillende manieren voor zorgen dat decubitus minder voorkomt. Het invoeren van een protocol voor decubituspreventie kan daar ook een bijdrage aan leveren. Maar hoe voer je zo'n protocol in?

Verpleegkundigen en verzorgenden besteden steeds meer aandacht aan het voorkomen van decubitus. Uit het landelijk prevalentie-onderzoek van de Universiteit van Maastricht blijkt dat instellingen decubitus kunnen voorkomen door diverse activiteiten te ondernemen en maatregelen te treffen. Het meerdere keren meedoen aan de prevalentie-meting heeft een gunstig effect op de daling van het aantal patiënten met decubitus. Maar ook het aanstellen van een verpleegkundige met het aandachtsgebied decubitus en/of wondverzorging, het organiseren van scholing, aandacht besteden aan een goede rapportage en aan de aanschaf van antidecubitus hulpmiddelen, zorgen ervoor dat decubitus minder voorkomt.

Het ontwikkelen van een (transmuraal) decubitusprotocol of het aanpassen van een bestaand protocol, kan het effect van deze maatregelen versterken.

Geen makkelijke klus

In de praktijk blijkt dat het ontwikkelen en invoeren van een nieuw decubitusprotocol geen makkelijke klus is. Het vraagt om deskundigheid, motivatie en doorzettingsvermogen van de initiatiefnemers. Tevens moet de organisatie bereid zijn te investeren in mensen en (hulp)middelen.

Uit de praktijk komt het volgende beeld naar voren: met vereende krachten bereidt een groep enthousiaste verpleegkundigen samen met de dermatoloog en de decubitusconsulent, een nieuw decubitusprotocol voor. Op basis van literatuuronderzoek formuleert de groep uitgangspunten en maakt afspraken voor preventie en behandeling van decubitus. Deze discussies vinden vaak plaats in schaarse uurtjes (vrije) tijd. Daarna presenteert deze groep het nieuwe protocol in het ziekenhuis of bij de thuiszorgorganisatie.

Alles is klaar voor gebruik en de verwachting is dat iedereen nu op de nieuwe afgesproken manier gaat werken. Dan is het heel teleurstellend voor de enthousiaste voorbereidingsgroep om te merken dat het personeel een jaar nadat het protocol geïntroduceerd is, de nieuwe werkwijze nauwelijks in praktijk brengt.

Bij navraag blijken er verschillende oorzaken te zijn waarom ze het nieuwe protocol niet gebruiken. Maar de belangrijkste reden is het ontbreken van een systematische aanpak om het protocol in te voeren. Men gaat er soms te snel van uit, dat een goed protocol zelf zijn weg wel vindt. Blijkbaar leidt een goed decubitusprotocol niet automatisch tot verandering van ieders werkwijze en daarmee tot het verbeteren van de decubituspreventie of -behandeling. Terwijl dat nu juist de bedoeling is!

Kritische noten

Het NIGZ en KITZ hebben een handleiding ontwikkeld die hulpverleners ondersteunt bij het formuleren van een nieuw protocol of het actualiseren van een bestaand protocol. De handleiding bevat daarnaast ook een model van zo'n preventieprotocol, een stappenplan en handige aanvullende informatie en adressen.

Tevens benadrukt de handleiding hoe belangrijk het is ervoor te zorgen dat het personeel met het nieuwe protocol wil werken. Want wat heb je aan een preventieprotocol als niemand het gebruikt? Hieronder lees je een aantal tips hoe je een protocol succesvol in kunt voeren.

1. Leg aan de mensen die met het nieuwe protocol moeten werken, een concept voor. Dan heb je de mogelijkheid om kritische noten nog te verwerken en kunnen de toekomstige gebruikers vast wennen aan een dergelijk protocol.
2. Het lijkt een open deur, maar inventariseer, voordat je het protocol invoert, of de voorraden verbandmiddelen overeenstemmen met wat in het protocol voorgeschreven staat. Dit betekent ook dat je mensen die niet direct betrokken zijn bij patiëntenzorg (zoals bijvoorbeeld apothekers, de afdeling inkoop en leidinggevenden) over het protocol moet informeren.
3. Check of alle hulpmiddelen aanwezig zijn (bedgalg, dekenboog, rolmat, gladde absorberende ventilerende onderlaag, matras volgens protocol).
4. Spreek af wie verantwoordelijk is voor de invoering en evaluatie van het protocol.
5. Biedt de gebruikers van het protocol de mogelijkheid van consultatie en/of intervisie aan.
6. Besteed voldoende aandacht aan scholing, bijvoorbeeld door een thematische klinische les te organiseren, te oefenen met wisseligheden en het doornemen van scorelijsten en rapportage.
7. De verpleegkundige adviesraad kan haar waardering laten blijken als het protocol goed gebruikt wordt, bijvoorbeeld door een prijsuitreiking.
8. Zorg ervoor dat er een documentatiemap voor patiënten en hulpverleners aanwezig is.
9. Denk ook eens aan andere manieren om aandacht aan decubitus te schenken, bijvoorbeeld door een 'decubitusdag' te organiseren, waarop je (vernieuwde) voorlichtingsmaterialen presenteert en waar verpleegkundigen extra aandacht schenken aan de houding van patiënten.

Al met al is het, zowel individueel als op instellingsniveau, een hele uitdaging om het decubitusprotocol in te voeren. Van buiten komt er echter ook meer druk op deze zaak. Het NIGZ en de Stuurgroep decubitus onderhandelen namelijk met de inspectie van

Volksgezondheid om decubitus in de toekomst als een kwaliteitsindicator van ziekenhuizen te laten gelden.

A.J.E. Delville is coördinator Informatie en Advies bij het KITZ. Drs. P.C. Grijns is senior adviseur Implementatie en Voorlichting bij het NIGZ.