

De specifieke zorgvisie van het Medisch spectrum TWENTE; DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE UITVOERING VAN HET DECUBITUSPROTOCOL LIGT BIJ DE VERPLEEGKUNDIGEN

Auteur:	R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	2001
Pagina:	8-9
Jaargang:	14
Nummer:	3
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	DECUBITUS PROTOCOL decubitus protocol
Literatuur:	

Ron van der Most in gesprek met revalidatiearts D. Wever en zorgdeskundigen Riet Krabbenbos en Marie Leerling, Medisch Spectrum Twente

Een protocol opstellen is een ding, een protocol in de praktijk laten werken is iets anders. Dat het wel kan blijkt uit de 10 jaar ervaring die revalidatiearts D. Wever en zorgdeskundigen Riet Krabbenbos en Marie Leerling hebben alle drie van meet af aan lid van de Decubitus Commissie Medisch Spectrum Twente. In een enthousiast gesprek wordt duidelijk dat een nooit aflatende ondersteuning de enige garantie is om de aandacht voor het probleem decubitus levend te houden. Maar er zijn meer aspecten die in de strijd tegen decubitus kunnen worden ingezet: een adequate registratie, goede voorlichting aan de patient en familie en een eenduidig protocol voor wondbehandeling. Het allerbelangrijkste is de duidelijke visie op de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het primaire zorgproces, waaronder naleving van het protocol: die verantwoordelijkheid ligt in het Medisch Spectrum Twente bij de verpleegkundigen en verzorgenden. Over al deze zaken praat ik met drie bevolgen mensen.

¥ De verpleegkundige is de coordinator van de totale zorg voor de patient. Daarin past ook het decubitusprotocol.

¥ Decubitusprevalentie is een barometer voor de kwaliteit van zorg.

¥ Een regionaal decubitusprotocol brengt zijn geld dubbel en dwars op.

¥ Het actief betrekken van de patient bij de preventie van decubitus is belangrijk.

¥ Met een beperkt aantal wondbedekkers is de kans groter dat er voldoende ervaring wordt opgedaan.

Historie

Revalidatiearts Wever: "In 1992 ben ik gevraagd om de Werkgroep Decubitus op te richten. Om onduidelijke redenen mocht het toen nog geen Decubitus Commissie heten, net zo min als de richtlijnen die wij destijds opstelden de naam protocol mochten dragen. Bijna alle mensen die in 1992 in de werkgroep zitting namen, zijn er nog steeds. Dat zijn bevlogen mensen die in de 10 jaar dat wij bestaan voortdurend richting hebben gegeven aan het decubitusbeleid en het steeds verder hebben uitgebouwd. We hebben de richtlijnen, later protocol, sinds het begin drie keer herschreven. In 1996 hebben wij de richtlijnen bijgesteld conform de herziene landelijke consensus en in 1998 en dat is belangrijk. We hebben wij het protocol zodanig vorm gegeven dat de uitvoering ervan bijna volledig (90%) bij de verpleegkundigen is komen te liggen. Uiteindelijk zijn de artsen verantwoordelijk, maar de directe verantwoordelijkheid voor de registratie, preventie en behandeling van decubitus ligt vooral bij de verpleegkundigen en verzorgenden: aan bed!"

Is dat wat nader te definiëren?

Zorgdeskundige Marie Leerling: "De verpleegkundige is de coordinator van de totale zorg voor de patient. Daarin past ook het decubitusprotocol. De verpleegkundige houdt systematisch allerlei formulieren bij die nodig zijn voor de zorg. Die formulieren moeten overzichtelijk en gestructureerd zijn en aansluiten op het verpleegkundig dossier. Dat is ook de reden waarom wij in 1998 de decubitusregistratie en de toelichting daarop hebben aangescherpt. Aangezien wij ook deelnemen aan de landelijke prevalentie metingen, konden wij de ideeën op grond waarvan die registratie was ontwikkeld, gebruiken voor aanpassingen van ons protocol."

Kwaliteit

Een prachtig protocol is een ding, de implementatie ervan een ander. Hoe effectief is het protocol hier?

Zorgdeskundige Marie Leerling: "Voor de commissie blijft het altijd een punt van aandacht. Je moet blijven sturen, je moet blijven hameren op de noodzaak van een systematische en protocollaire aanpak van decubitus. Ik denk dat in 80% van de gevallen het protocol wordt gehanteerd. Het registratieformulier is ook zodanig opgesteld dat je eenvoudigweg niet om het protocol heen kan. Wanneer er een patient is met een risico op decubitus, dan moet er worden geregistreerd. Het registratieformulier beperkt zich tot een blad. Alle noodzakelijke registratiegegevens zijn erop verwerkt, waarbij wij vooral hebben gekeken naar een aantrekkelijke en overzichtelijke lay-out. Op dat formulier kunnen ook de preventieve interventies en de interventies die nodig worden geacht bij het behandelen van decubitus, worden gescoord. Het geeft in principe een volledig beeld van het te voeren en gevoerde beleid."

Zorgdeskundige Riet Krabbenbos: "Belangrijk is ook de voorlichting aan de patient en zijn/haar familie. Er is daarvoor een speciale folder ontwikkeld, waarin adviezen worden gegeven die de kans op het ontstaan van decubitus kunnen verkleinen. Het gaat er daarbij

vooral om wat de patient zelf kan doen! Het actief betrekken van de patient bij de preventie kan mogelijk de kans op decubitus verminderen."

Revalidatiearts Wever: "In de jaarverslagen van onze Decubitus Commissie kun je zien dat wij voortdurend alert zijn op de kwaliteit van het decubitusbeleid. We hebben uiteraard nog geen 100% registratie, maar je ziet wel dat er in de loop van de tijd beter en vaker wordt geregistreerd. Het effect van ons decubitusbeleid vind je ook weer terug in de landelijke prevalentiecijfers. Wij zaten in 1998 al onder het landelijk gemiddelde met een totaal percentage van 16,5, maar in 2000 is dat nog eens gezakt tot 12% (vergelijk de prevalentiecijfers voor algemene ziekenhuizen: in 1998 was dat 23%, in 2000 werd het 18%; het prevalentiecijfer voor academische ziekenhuizen bedroeg in 2000 15,8%). Met een beetje overdrijving zou je kunnen zeggen: decubitusprevalentie is een barometer voor de kwaliteit van zorg."

Zorgdeskundige Riet Krabbenbos: "De kwaliteit van de zorg wat decubitus betreft is gebaseerd op twee aspecten. In de eerste plaats kun je niet volstaan met een eenmalige impuls, want dan dreigt de aandacht voor decubitus snel te verdwijnen. Je moet voortdurend blijven ondersteunen en input geven ten aanzien van materiaalkeuze, wondproducten, interventiemogelijkheden etc.

De maand oktober is hier de maand van decubitus, en dat betekent dat er weer extra aandacht wordt gegeven aan het beleid en instructie wordt aangeboden over alle relevante zaken die betrekking hebben op de preventie en behandeling van decubitus c.q. het protocol.

Op de tweede plaats vinden wij dat en dat is al eerder gezegd de aanpak van en de verantwoordelijkheid voor decubitus bij verpleegkundigen en verzorgenden ligt. De zorg aan bed voor het decubitusbeleid is de verpleegkundigen toevertrouwd. Wij als zorgdeskundigen kunnen adviseren, ondersteunen en instructie geven, maar wij nemen het werk niet over. We hebben ook geen decubitusconsulenten. Daar hebben wij bewust voor gekozen, omdat de kans dat het werk dan toch weer wordt overgenomen door deze specialistische verpleegkundigen levensgroot aanwezig is. Dat willen wij niet, want je loopt de kans dat aandacht en deskundigheid van de verpleegkundige op de afdeling snel verwateren."

Revalidatiearts Wever: "Het heeft ook een relatief nadeel. Bij het landelijk prevalentieonderzoek scoren wij op dit punt negatief.

Er wordt naar gevraagd, en als je met ja kunt antwoorden wordt het als positief aangemerkt. We hebben nu juist bewust niet gekozen voor decubitusconsulenten."

Zorgdeskundige Riet Krabbenbos: "Ik wil dit even iets nuanceren. Onze afdelingen Neurologie, waar van oudsher heel veel aandacht wordt besteed aan decubitus, konden in het begin moeilijk overtuigd worden van het nut van registreren. Toen zij uiteindelijk overstag zijn gegaan, kwamen zij er via de registratie achter dat er op hun afdelingen bijna alleen maar risicopatienten lagen. Die afdelingen hebben toen zelf het initiatief genomen om twee mensen de controle op naleving van het protocol en de deskundigheidsbevordering te laten uitvoeren. Dat is niet van boven af geregeld. Het is een voorbeeld van de kracht van zorgvisie van het Medisch Spectrum Twente: eigen verantwoordelijkheid staat primair."

Regionaal

Revalidatiearts Wever: "Het is duidelijk dat we met ons decubitusbeleid in ons ziekenhuis op de goede weg zijn. Onze zorgvisie wordt overgenomen en afdelingen nemen zelf initiatieven om het protocol nog beter tot zijn recht te laten komen. Toch zouden wij willen dat er meer

begrip is bij het management. Ze zouden beter moeten beseffen dat preventie van decubitus geld, maar vooral leed voor de patient bespaart. We zijn bezig een regionaal decubitusprotocol te ontwikkelen voor de regio Twente, waarin drie ziekenhuizen, de thuiszorg, het revalidatiecentrum en de verpleeghuizen en andere zorginstellingen gaan participeren. We zijn op dat idee gekomen omdat wij ons realiseerden dat er van hier patienten vertrokken met decubitus dan wel patienten werden opgenomen met decubitus. Het gaat er niet om dat ons protocol alleen zaligmakend is, maar wij vroegen ons wel af wat er in de eerste en derde lijn nu precies gebeurde op het gebied van decubitus. Het leek ons zinvol een decubitusprotocol te hebben dat ook werd toegepast in de thuissituatie, in het verpleeghuis of in het revalidatiecentrum en overige zorginstellingen. Wij zouden al eerder met dit project van start zijn gegaan, maar in overleg met dr. J. Haalboom hebben wij besloten om eerst het management van al die verschillende instellingen die moeten participeren, op een lijn te krijgen. Immers, wanneer het management niet volledig achter dit project staat, is het bij voorbaat gedoemd te mislukken. Daarom zijn wij van plan om aan het eind van het jaar een conferentie te organiseren voor/met de managers van de betrokken instellingen (eventueel aangevuld met stafmedewerkers). De Van Hoytema Stichting draagt zorg voor de organisatie van deze conferentie. Wanneer het ons lukt de managers te overtuigen van het belang van een eenduidig decubitusprotocol in de regio en dat daarmee ook daadwerkelijk iets valt te verdienen, dan slaagt het project. Het is een bewustwordingsproces van mensen die en daar kunnen zij niets aan doen, soms heel veraf staan van de problematiek aan het bed. De professionals zijn er allang van overtuigd dat het zo moet."

Wondbedekkers

In het protocol is ook de wondbehandeling van de verschillende stadia van decubitus opgenomen. Het is een compact en overzichtelijk schema met een beperkt aantal wondbedekkers, waaronder bijvoorbeeld DuoDERM Extra Thin en DuoDERM E Border, Aquacel en Kaltostat. Hoe zijn jullie tot deze keus gekomen?

Zorgdeskundige Riet Krabbenbos: "Er is zoveel op de markt van wondbedekkers, dat je door de bomen het bos niet meer ziet. Er komen steeds meer nieuwe verbanden bij, waarvan dan wordt gezegd dat zij beter zijn, terwijl daarvoor geen enkel bewijs bestaat. Nog afgezien daarvan hebben wij voor een beperkt aantal wondbedekkers gekozen, enerzijds omdat de ervaring heeft geleerd dat die producten voldoen bij de verschillende stadia, anderzijds omdat de mensen op de afdeling met die producten moeten leren werken. Wanneer je bijvoorbeeld steeds weer een ander verband aanbeveelt, dan loop je de kans dat de verpleegkundige niet meer weet waar en wanneer wondbedekkers moeten worden gebruikt. Wij hebben gestreefd naar eenduidigheid, duidelijkheid en herkenbaarheid. We hebben ook op alle afdelingen en poliklinieken instructiemateriaal van ConvaTec in de vorm van Wondwijzers met die producten die ook in het protocol worden genoemd, zodat de verpleegkundigen steeds in staat zijn de toepassing van die producten weer even te toetsen."

Revalidatiearts Wever: "We hebben een bijna klassiek arsenaal wondverbanden waarmee wij proberen uit te komen. Mocht er onverhoopt vertraging in de genezing optreden, dan kan men een alternatief overwegen. Het betekent dus ook dat wij geen behoefte hebben aan firma's die

allerlei nieuwe wondverbanden willen komen demonstreren. Daarvoor is overigens een aparte commissie: de Medische Materialen Commissie. Wij gaan in het decubitusprotocol voor continuïteit. Maar misschien is nog belangrijker het feit dat wij vooral aandacht voor het probleem decubitus hebben, dat wij voortdurend de koppen bij elkaar steken om te kijken wat er nodig is en te kijken waar we staan. Alleen op die manier denken wij dat wij niet alleen tot een doeltreffend beleid komen, maar dat we dit ook daadwerkelijk kunnen onderhouden."

Medisch Spectrum Twente beschikt over een enthousiaste groep mensen die in de strijd tegen decubitus een uitdaging zien (hoe kan het ook anders, revalidatiearts Wever loopt marathons en Marie Leerling schaatst marathons). Ze proberen op een originele manier (ambitieuw en een beetje eigenwijs) het probleem decubitus aan te pakken, waarbij zij zich evengoed volledig conformeren aan de landelijke inzichten over preventie en behandeling van decubitus. Wellicht dat hun aanpak anderen zal aanspreken. In ieder geval wilde de Wondkrant graag hun spreekbuis zijn.

Ron van der Most