

# DECUBITUSZORG IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK; DOOR STUREN STEEDS BETER

R. van Zelm\*

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Decubitus door sturen steeds beter' gehouden op het negende WCS congres op 4 en 5 november 2003.

## SAMENVATTING

Het doel van het hier beschreven project was tweeledig:

1. het verbeteren van de zorg voor patiënten met decubitus;
2. het ontwikkelen en testen van een registratie- en stuursysteem voor decubituszorg.

Het project is uitgevoerd in 9 instellingen. Elke deelnemende instelling heeft een verbeterteam samengesteld. Deze teams hebben eerst een nulmeting uitgevoerd aan de hand van de indicatoren. Op basis van deze nulmeting werden de verbeterpunten zichtbaar. In nagenoeg alle gevallen betrof dit de risico-inventarisatie en de preventie van decubitus. Na de nulmeting hebben de teams op basis van de CBO-richtlijn Decubitus verbeteringen ingevoerd. Tevens hebben de teams continu de decubituszorg geregistreerd om te zien of de veranderingen ook daadwerkelijk tot verbeteringen hebben geleid.

Resultaten doelstelling 1: In een aantal instellingen is de decubituszorg structureel verbeterd. De risico-inventarisatie wordt beter uitgevoerd en er worden meer en meer gerichte preventieve maatregelen genomen. In twee instellingen is de incidentie van decubitus (het ontstaan van nieuwe letsels) tot bijna 0% gedaald. Alle teams gaven aan dat het bewustzijn onder verpleegkundigen ten aanzien van decubitus is gestegen. Resultaten doelstelling 2: Het stuursysteem is getest en op onderdelen verbeterd. Het model stuursysteem is naar alle Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra gestuurd.

Geconcludeerd kan worden dat continue registratie van decubituszorg met behulp van indicatoren en bijsturen aan de hand van de richtlijn leidt tot verbetering van de

decubituszorg, zowel naar proces als uitkomst.

## AANLEIDING

Decubitus komt in alle velden van de gezondheidszorg voor, soms op grote schaal. De landelijke prevalentie onderzoeken van de sectie verpleegwetenschap van de Universiteit Maastricht laten dit goed zien (zie tabel 1).<sup>1</sup> De beschikbare kennis op het gebied van preventie en behandeling is samengevat in de CBO-richtlijn Decubitus.<sup>2</sup> Het volgen van de aanbevelingen in de richtlijn zou moeten leiden tot optimale zorg voor patiënten met decubitus.

Bekend is echter dat deze zorg nog altijd te wensen overlaat. De prevalentie is nog altijd hoog en er is gedurende de jaren slechts een kleine verbetering; slechts 52% van de patiënten die hiervoor geïndiceerd zijn liggen op een AD matras; in een derde van de gevallen wordt de juiste wondbehandeling gegeven.<sup>3</sup>

Om de kwaliteit van de decubituszorg te kunnen bewaken en bevorderen is, parallel aan de ontwikkeling van de richtlijn, een set van indicatoren ontwikkeld. Dit zijn meetpunten waarmee kan worden bepaald of het handelen in de praktijk afwijkt van de aanbevelingen in de richtlijn. In dit project werden deze indicatoren ingebed in een registratie- en stuursysteem. Hiermee kunnen verpleegkundigen en verzorgenden op de werkvloer direct inzicht krijgen in de kwaliteit van de decubituszorg en desgewenst hun handelen bijsturen. Het project werd uitgevoerd in het kader van het ZonMW programma Verpleegkundige en verzorgende beroepen: tussen weten en doen.

De doelstelling van dit project was de decubituszorg op verpleegafdelingen in 10 – 14 instellingen te verbeteren door het invoeren van (onder-

delen van) de tweede herziene CBO-richtlijn Decubitus. Hierbij worden met behulp van indicatoren de verbetering van zorg (uitkomstindicatoren) en de invoering en het gebruik van de richtlijn (procesindicatoren) gevolgd. De informatie die dit oplevert kan worden gebruikt om de zorg te sturen.

Het doel van het project was tweeledig:

1. het verbeteren van de zorg voor patiënten met decubitus;
2. het ontwikkelen en testen van een registratie- en stuursysteem voor decubituszorg.

## HET PROJECT

Het project liep van september 2002 tot en met maart 2003.

Deelnemende verpleegafdelingen en het CBO werkten samen aan het optimaliseren van de decubituszorg. Dit gebeurde door te meten wat de effecten zijn van het handelen van zorgverleners. Dezelfde zorgverleners kregen door middel van de gegevens uit deze metingen feedback op hun handelen rondom risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek en behandeling van decubitus. Het geven van feedback blijkt namelijk effectief te zijn in het verbeteren van de zorg.<sup>4</sup>

Om de juiste gegevens te verzamelen, werd gebruik gemaakt van de bij de richtlijn Decubitus ontwikkelde proces- en uitkomstindicatoren. Een indicator is 'een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van organisatie'.<sup>4</sup>

Op basis van de feedback werden aanbevelingen uit de richtlijn als verbeterinterventie ingezet door de deelnemende teams. Deze teams bestonden uit zorgverleners die direct bij de zorg voor patiënten met decubitus betrokken zijn.

Op de deelnemende afdelingen is



**TABEL 1: PREVALENTIE IN PROCENTEN VAN DECUBITUS, GRAAD 1-4**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Acad. ziekenhuis	13,2	14,4	15,8	18,4	16,5	14,7
Alg. ziekenhuis	23,3	20,3	20,9	22,3	22,3	22,2
Verpleeghuis	32,4	28,3	32,1	33,4	33,0	28,8
Thuiszorg	21,3	17,7	17,7	20,5	18,5	16,7
Verzorgingshuis	15,4	11,6	13,6	14,6	16,2	13,3

Bron: Universiteit Maastricht I

een systeem ingevoerd waarmee de decubituszorg kan worden geregistreerd en geanalyseerd. In de meeste gevallen werd gekozen voor het gebruik van vier indicatoren; deze omvatten de risico-inventarisatie en preventie van decubitus (zie ook tabel 2).

Om de benodigde gegevens te verzamelen werden de op de afdelingen gebruikte registratieformulieren t.b.v. decubitus aangepast. De gegevens werden vervolgens in lijngrafiek geplaatst om verandering in de tijd te kunnen weergeven. Met behulp van deze grafieken werd feedback gegeven naar de betrokken zorgverleners. De verbetersteams uit de instellingen vormden hierin de belangrijkste groep; dit waren de voortrekkers in de verandering. Zij zorgden voor terugkoppeling van informatie, kennisoverdracht (klinische lessen) en stimuleerden collega's om de decubituszorg te registreren.

### RESULTATEN, LESSEN EN CONCLUSIES VAN HET PROJECT

De belangrijkste uitkomstmaat ten aanzien van de preventie van decubitus is de incidentie; dit getal zegt iets over het ontstaan van decubitus op de eigen afdeling en over de effectiviteit van het preventief handelen. Op een aantal van de deelnemende afdelingen is de incidentie van decubitus gedaald. Daarnaast is op alle deelnemende afdelingen de risico-inventarisatie verbeterd. Dit blijkt uit respectievelijk de uitkomst- en -procesindicatoren. Op een van de deelnemende afdelingen is gedurende de zes maanden waarin continu werd geregistreerd en verbeterd, de incidentie gedaald naar 0%. Op meerdere afdelingen werd een grote stijging van het percentage uitgevoerde risico-inventarisaties gevonden. Verbeteringen van 0% tot 90% en hoger zijn bereikt. Een (constan-

te) score van 100% (de norm voor deze indicator) is echter niet bereikt. De belangrijke les is dat het begrip 'sturen' in de gezondheidszorg (nog) geen gemeengoed is. Het blijkt een lastig en moeilijk begrip. Met name het bijsturen (het aanpassen van het eigen gedrag naar aanleiding van de feedback) blijkt moeilijk.

Geprobeerd wordt dit probleem te ondervangen door betere uitleg en informatie te geven. Een van de doelstellingen van het project was het ontwikkelen van een registratie- en stuursysteem voor decubituszorg. Dit is vastgelegd in een model stuursysteem. Hierin is de nodige theoretische informatie opgenomen. Ook worden de in de praktijk geleerde lessen met betrekking tot implementatie hierin opgenomen.<sup>5</sup>

Een tweede les is dat ICT ondersteuning belangrijk is. In het project werd gebruik gemaakt van een spreadsheet om de gegevens te

**TABEL 2: DE INDICATOREN DECUBITUS**

#### Risico-inventarisatie

1. Het percentage patiënten waarbij een structurele risico-inventarisatie wordt uitgevoerd (procesindicator RIp).
2. Het percentage patiënten waarbij zich, ondanks de gestructureerde wijze van risico-inventarisatie, toch decubitus ontwikkelt (uitkomstindicator RIu).

#### Preventie

3. Het percentage patiënten waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen (procesindicator PRp).
4. Het percentage patiënten waarbij zich, ondanks de op de gestructureerde risico-inventarisatie geënte preventieve maatregelen, toch decubitus ontwikkelt (uitkomstindicator PRu).

#### Diagnostiek

5. Het percentage patiënten waarbij decubitus juist wordt gesignaleerd en gediagnosticeerd (procesindicator Dp1).
6. Het percentage patiënten waarbij de juiste graad van decubitus wordt gesignaleerd en gediagnosticeerd (procesindicator Dp2).
7. Het percentage letsels dat naar een hogere graad ontwikkelt (uitkomstindicator Du).

#### Behandeling

8. Het percentage letsels dat de bij de decubitusgraad passende behandeling krijgt (procesindicator Bp).
9. Het percentage decubitusletsels dat ondanks de juiste behandeling, een langer dan gemiddelde (in de instelling/landelijk) genezingstijd heeft (uitkomstindicator Bu).



analyseren en te presenteren. Echter, ook bij de registratie kan ICT een rol spelen. In het meest ideale scenario kan de zorgverlener de benodigde gegevens direct bij de patiënt in een geautomatiseerd systeem invoeren.

Dit zal de registratie, analyse en presentatie vereenvoudigen. Hierdoor kan sneller feedback worden gegeven; zonder feedback geen gedragsverandering. Het belang van ICT ondersteuning zal (op beleidsniveau) worden onderstreept.

Als belangrijke conclusie voor de deelnemende teams geldt dat 'sturen' een goede manier is om een 'lerende professional' te worden. Het doorlopen van de stuurcyclus (gegevens verzamelen, analyseren terugkoppelen en bijsturen) leidt tot een continue verbetering van decubituszorg. Geconcludeerd kan worden dat op de deelnemende afdelingen de zorg voor patiënten met decubitus verbeterd is. Het stuursysteem werkt; feedback van actuele informatie over het eigen handelen leidt er toe dat mensen hun gedrag veranderen. Continue registratie van decubitus is praktisch haalbaar en blijkt minder arbeidsintensief dan verwacht.

## SUMMARY

The objective of this project was twofold:

1. improvement of pressure ulcer (PU) care;
2. development and testing of a feedback and control system for PU care based on clinical indicators.

The project was carried out in 9 institutes. Each institute formed an improvement team. These teams performed a baseline measurement with the clinical indicators. Based on the results, the areas for improvement were identified. In the majority of the institutes the risk assessment and prevention of PU's were eligible for improvement. The improvement teams implemented intervention based on the evidence based guideline on PU. During the implementation, the PU care was continually registered to evaluate the improvement in PU care (feedback and control).

Results objective 1: In a number of institutes a structural improvement of PU care has been achieved. Risk

assessment has improved significantly and preventive measures are carried out more often and more directed. In two institutes the incidence of PU's has dropped to nearly 0%.

All teams reported an increased awareness on PU care.

Results objective 2: The feedback and control system has been tested and changed on several points. The system has been sent to all Dutch hospitals, nursing homes and rehabilitation clinics.

The conclusion is that continuous registration of PU care based on clinical indicators and improvement based on the evidence based PU guideline, results in improvement of PU care, both in process as in outcome.

\* Ruben van Zelm

Correspondentie:  
Kwaliteitsinstituut voor de  
Gezondheidszorg CBO

T.a.v. drs. R.T. van Zelm, adviseur

Postbus 20064

3502 LB Utrecht

t. 030-2843970

f. 030-2943644

e. r.vanzelm@cbo.nl

## LITERATUUR

1. Bours GJJW, Halfens RJG, Wansink SW. (2003) Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Resultaten zesde jaarlijkse meting 2003. Universiteit Maastricht, sectie verplegingswetenschap
2. Decubitus – tweede herziening. (2002) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Utrecht.
3. Bours GJJW. (2003) Pressure ulcers. Prevalence measurements as a tool for improving care (proefschrift). Universiteit Maastricht
4. Colsen PJA Casparie AE. Indicatorregistratie. Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. Medisch Contact 1995;50:297-9.
5. Model stuursysteem Decubituszorg. (2003) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Utrecht.

## FOUTJE IN DE CONGRES-REGISTRATIE

Helaas hebben we een fout bemerkt in de congressaanmelding via onze site. Heb je je aangemeld via de site, dan verzoeken wij je dit nogmaals te doen want de registratie heeft niet goed gewerkt. Sorry voor het ongemak.

Het WCS Bestuur.

## WCS /S/E/R/V/I/C/E/

### HET WCS CLASSIFICATIE KAARTJE

#### ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL OP ZAK.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts € 0,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

**DE WCS BESTELLIJN: 0252-230026.**