

STATISCHE LUCHT: HET NUT EN DE WENSELIJKHEID ERVAN

R. van der Most*

Tegen de achtergrond van de huidige ontwikkelingen op het gebied van de strijd tegen decubitus, wordt nagegaan in welk opzicht het toepassen van statische lucht de prevalentie voor decubitus gunstig zou kunnen beïnvloeden. Dit artikel is vooral opgetekend met behulp van ervaringen uit de praktijk en heeft tot doel de mogelijkheden van statische lucht bij preventie van decubitus te belichten. Een en ander kwam tot stand in samenspraak met verpleeghuisarts M.W.F. van Leen, werkzaam in Verpleeghuis De Naaldhorst in Naaldwijk en Huub Brull, projectmanager, Atrium Medisch Centrum Heerlen, tevens voorzitter van de decubituscommissie aldaar en bestuurslid van Decubitus Stichting Oostelijk Zuid-Limburg.

DROOM OF DENKBAAR

Stel dat een patiënt of de familie van de patiënt verhaal komt halen bij de afdeling of de behandelend arts over het feit dat hij/zij tijdens het verblijf in ziekenhuis of instelling decubitus heeft ontwikkeld? Stel dat die patiënt zo mondig is dat hij/zij het ziekenhuis of instelling voor de decubitus verantwoordelijk stelt voor een kenmerkende nalatigheid. De patiënt weet immers dat de decubitus voorkomen had kunnen worden, wanneer er een adequaat antidecubitusbeleid was gevoerd. Stel dat die patiënt zelfs juridische stappen wil ondernemen (er is altijd wel een advocaat te vinden die een gat ziet in decubitus): de patiënt heeft veel langer moeten blijven, heeft pijn gehad en zich beroerd gevoeld, is achterop geraakt en heeft pas veel later aan revalidatie kunnen beginnen.... Een boze droom of een denkbare situatie?

HET VOORKOMEN VAN DECUBITUS IS EEN KWESTIE VAN ZORG EN ZEGT BOVENDIEN IETS OVER DE KWALITEIT VAN DIE ZORG.

Niemand moet er aan denken dat de toch al hoge kosten als gevolg van decubitus nog eens verhoogd zouden worden met het smartengeld van mondige patiënten.

En toch is bovenstaande stelling niet eens zo ondenkbaar. Het voorkomen van decubitus is een kwestie van zorg en zegt bovendien iets over de kwaliteit van die zorg. Het feit dat ziekenhuizen op dit moment worden beoordeeld op kwaliteit en de resultaten van dat kwaliteitsonderzoek openbaar worden gemaakt, noopt de

directie te speuren naar gebieden waarop kwaliteit kan worden verbeterd. Sterker nog, plotseling hebben ziekenhuisdirecties ontdekt dat er 'decubitus' bestaat en dat het hebben van een hoog percentage decubitus een smet werpt op het blazoen van het desbetreffende ziekenhuis en de waardering voor de zorg naar beneden haalt. En omdat het hier om kwaliteit van de zorg gaat, is het niet ondenkbaar dat een patiënt die voor een heupoperatie is opgenomen en met een decubitus naar huis gaat, de vraag stelt of hij wel optimaal is verzorgd. Intussen is decubitus nu net een gebied waar winst valt te halen.

ONLOSMAKELIJK DEEL VAN DE ZORG

Over decubitus, het voorkomen ervan, de aandacht ervoor, het investeren erin, het onderzoek ernaar, het praten erover... zijn al hele boekenkasten vol geschreven.

Desondanks moeten de kosten ten gevolge van decubitus nog altijd zeer hoog worden ingeschat – de ramingen lopen van 0,6 tot 3 miljard Euro per jaar – en wordt uit de cijfers van het jaarlijkse Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus een tendens zichtbaar van een slechts langzaam dalende prevalentie. Een winstpunt is dat er meer aandacht voor wisselgeving is gekomen. Maar toch, na zes jaar zou men op het gebied van kosten en prevalentie iets meer hebben mogen verwachten. Erger nog, er bestaat nog steeds geen landelijk antidecubitusbeleid en het heeft er alle schijn van dat in veel instellingen antidecubitusmaterialen nog altijd ad hoc worden aangeschaft en

ingezet. Bovendien lijkt er een zekere 'vermoeidheid' op te treden ten aanzien van het registreren van decubitus (immers, het kost allemaal veel tijd en geld, terwijl de resultaten vooralsnog niet spectaculair zijn) en er blijkt een discrepantie te bestaan tussen registreren enerzijds en beleid voeren anderzijds.

EEN ANTIDECUBITUSBELEID GAAT VERDER DAN EEN PROTOCOL, HET MOET WORDEN GEVOED, GETOETST EN VOORTDUREND WORDEN BIJGESTUURD.

Een antidecubitusbeleid gaat verder dan een protocol (hoe transmuraal en regionaal ook opgezet). Het moet worden gevoed, getoetst en voortdurend worden bijgestuurd. Hoe nuttig een decubitusconsulent ook is, hij/zij moet persé niet worden 'gebruikt' als een superverpleegkundige aan wie de rest van de afdeling de patiënten met decubitus graag overlaat, maar als een expert die het beleid ondersteunt door onderzoek, toetsing en continue overdracht van expertise. Immers, de strijd tegen decubitus hoort op de werkvloer thuis, aan het bed. Het is een onlosmakelijk onderdeel van de dagelijkse zorg, of het nu om care of om cure gaat.

INVESTEREN

Er zijn natuurlijk nog andere redenen te noemen die een remmende rol spelen in de de strijd tegen decubitus. Een even grote doodoener als realiteit is het beschikbare budget. Dure systemen slokken het budget in geen tijd op, terwijl het weinig efficiënt omgaan met (de vaak dure)

systemen steeds weer onvoldoende rendement oplevert.

Verschuilen achter een te krap budget is het paard achter de wagen spannen. Zeker nu de minister weer vorstelijk wenst te beknibbelen, is er inventiviteit en moed nodig om in decubituspreventie te investeren. Dat investeren in decubituspreventie loont, leert het onderzoek van verpleegwetenschapper Erik de Laat in het UMC St. Radboud in Nijmegen. De kosten (€ 50.000,=) voor het aanstellen van een decubitusconsulent en het scholen van verpleegkundigen voor wie decubitus(preventie) het aandachtsveld werd, wogen niet op tegen de besparing (€ 680.000,= op de totale kosten voor de decubituszorg), die werd behaald doordat de prevalentie voor decubitus aanzienlijk daalde: winst € 630.000,=! Decubituspreventie valt en staat met het zo tijdig mogelijk inzetten van goed materiaal in elke situatie waarin een patiënt risico loopt.

Zo is het dus bijvoorbeeld uiterst zinvol om behandel- en operatietafels uit te rusten met antidecubitus matrassen. Immers, de stelling dat een chirurg de patiënt aan de voorkant geneest, maar aan de achterkant ongewild gaten laat vallen, is algemeen bekend en helaas waar. Een hieldecubitus die makkelijk kan ontstaan bij open hartoperaties, is eenvoudig te voorkomen door het gebruik van polyurethaan hielbeschermers gevuld met statische lucht (Repose®). Engels onderzoek laat zien dat door het preventief gebruik van deze hielbeschermers tijdens de operatie, de prevalentie van hieldecubitus van 17 tot 0 daalde. Dat is een spectaculair resultaat behaald met in verhouding tot andere materialen zeer kostenefficiënt gereedschap.

HET JUISTE MOMENT

Voor een goede decubituspreventie zijn nodig een vaardig beleid, dat wordt ondersteund door kennis en kunde van experts, investeren in scholing en de juiste materialen (dure materialen zijn niet altijd de

beste!), het besef dat er door een eenduidige aanpak decubitus wordt voorkomen en een multidisciplinair enthousiasme om de prevalentie voor decubitus omlaag te krijgen en te houden. Wanneer aan die voorwaarden zijn voldaan, blijft er één criterium over dat zeer cruciaal is voor het welslagen van de strijd tegen decubitus. Op welk moment wordt er met preventie begonnen? Immers, decubitus kan binnen een paar uur ontstaan. Hierbij is en blijft herkennen van decubitus stadium I een heikel punt.

Wat is rood, wat is wegdrukbaar en wanneer wordt die roodheid voor het eerst opgemerkt. Bovendien geldt hier 'Ik zie, ik zie, wat jij niet ziet' ofwel verschil in interpretatie, ervaring en kunde. Maar wat vandaag nog nauwelijks als roodheid kan worden gekenmerkt, kan morgen al decubitus stadium II zijn. De risicoscores geven een bepaald inzicht in de mate van risico die een patiënt loopt, maar lijken alleen in evidente gevallen betrouwbaar. Bovendien is de vraag in welk tijdsbestek de score is afgenomen. Huub Brull zou het liefst zien dat de risicofactoren 'aan de poort' worden bepaald om meteen passende maatregelen te kunnen nemen. "Je moet daar liberaal in zijn: Hebben mensen bij binnenkomst een verhoogd risico op decubitus, dan moet het bed bij wijze van spreken al zijn uitgerust met de juiste materialen voordat zij erin stappen."



"BIJ ELKE ROODHEID - OF DIE NU WEGDRUKBAAR IS OF NIET EN OF ER NU WEL OF GEEN HOOG RISICO BESTAAT - LEGGEN WIJ ONZE MENSEN 'VEILIG'."
M.W.F. VAN LEEN

Verpleeghuisarts Van Leen is nog radicaler: "Bij elke roodheid - of die nu wegdrukbaar is of niet en of er nu wel of geen hoog risico bestaat - leggen wij onze mensen 'veilig'. Dat wil zeggen, we leggen hen in eerste instantie op statische lucht. Waarom doen we dat? Omdat wij door de jaren heen door onderzoek geconstateerd hebben dat op dit moment een luchtmatras zeer effectief is bij de preventie van decubitus. Een voor-

deel is dat die matrassjes zo goedkoop zijn dat ze bewijzen van spreken zelfs van de exploitatierekening kunnen worden aangeschaft. Voor het geld hoeft niemand het dus te laten. En als ik nu vertel dat wij hier een prevalentie voor decubitus van 6,3% scoren - wij meten hier continue -, dan is dat lage cijfer niet alleen gekoppeld aan het inzetten van het juiste materiaal op het juiste moment, maar ook aan onze voortdurende zoektocht naar een optimaal beleid. Voordat wij zijn gestart met statische lucht bedroeg de prevalentie voor decubitus 31%!

Wij zijn in de gelukkige omstandigheid dat we permanent onderzoek kunnen doen en een team hebben dat tweemaal per jaar wordt bijgeschoold over dit onderwerp. Bovendien hebben de afdelingen een bepaalde ziekenverzorgende 'verantwoordelijk' gesteld voor het decubitusbeleid. Dat is door die mensen als een uitdaging opgepakt waardoor er als het ware een gezonde concurrentiestrijd is ontstaan: Ik zorg ervoor dat op mijn afdeling decubitus het minste voorkomt!" De mogelijkheden tot aanpak verschillen van instelling tot instelling. In het ziekenhuis zijn er een aantal factoren die het vaak moeilijk maken om een eenduidig beleid te voeren. "Wij hebben per jaar 28.000 opnames", vertelt Huub Brull, 'Ofschoon de patiënten hier over het algemeen kort verblijven, zijn er bepaalde momenten waarop zelfs ongeacht een verhoogde risicoscore, decubitus toch kan ontstaan. Het is niet voor niets dat wij alle operatietafels en brancard hebben uitgerust met speciale matrassen en dat afdelingen zoals orthopedie en neurochirurgie, waar patiënten extra risico kunnen lopen, voortdurend een beroep kunnen doen op allerlei materialen die noodzakelijk zijn om de patiënt tegen het ontstaan van decubitus te beschermen. Ik heb in ons ziekenhuis een 'Verpleegkundig depot' kunnen opzetten. Dat depot beschikt over alle materialen die door het ziekenhuis worden gebruikt - van infuuspompen tot fietspompen - . Wanneer er op een afdeling iets nodig is voor

een patiënt dan kan dat op naam van die patiënt bij ons worden afgehaald. Is de patiënt uitgeschreven dan komt het materiaal automatisch weer bij ons terug. Het heeft het grote voordeel dat altijd alles voorradig is en dat er niets meer zoek raakt. In termen van preventie van decubitus betekent het dat bij het eerste alarmsignaal de afdeling meteen over het juiste materiaal kan beschikken. Het is immers bekend dat decubitus binnen enkele uren kan ontstaan en het is dus noodzakelijk om de patiënt zo vlug mogelijk op een geschikt antidecubitus matras te leggen. Luchtmatrassen zijn in dat geval snel in te zetten en geven meteen een effectieve bescherming. Bovendien liggen ze heel comfortabel. Al met al hebben wij in ons ziekenhuis een prevalentie voor decubitus van 6,8% exclusief decubitus stadium I."

BELEID

"Nee, ik doe niet mee aan het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus," geeft verpleeghuisarts Van Leen toe. "Niet omdat ik dat niet nuttig zou vinden, maar omdat wij hier permanent zelf onderzoek doen. Bovendien kan ik het geld gebruiken om 'extra handen' aan bed te krijgen. Het voordeel van het Prevalentie Onderzoek is dat het probleem decubitus op de kaart is gezet; een nadeel is dat het een moment-opname is en het verloop is dus niet dynamisch te volgen." Het Atrium Medisch Centrum Heerlen doet wel mee aan deze jaarlijkse meting. Huub Brull vindt het een nuttige zaak, hoewel ook hij een tendens van een langzaam dalende prevalentie ziet. "Dat komt omdat in veel gevallen wel beleid wordt gemaakt, maar niet werkelijk ten uitvoer wordt gebracht.

Wanneer je op grond van de cijfers vindt dat er aan de decubitus in jouw ziekenhuis wat moet worden gedaan, dan moet je niet alleen een beleid uitstippelen - inclusief een prachtig protocol -, maar zorgen dat het beleid daadwerkelijk aan het bed van patiënt wordt uitgevoerd. Daar komt nog bij dat, omdat er in feite

geen landelijk antidecubitus beleid bestaat, iedereen maar steeds weer zelf het wiel moet uitvinden. Dat werkt niet alleen remmend, maar kost ook 'extra' geld."

STATISCHE LUCHT

Het nut en de wenselijkheid om statische lucht in te zetten bij de preventie van decubitus is wellicht niet altijd even sterk 'evidence based', maar lijkt in de praktijk wel bewezen.

"AL LEG JE ER MAAR OPBLAASBAAR STRANDMATRASJE ONDER, DAT IS ALTIJD NOG BETER DAN NIETS DOEN!"

J.R.E. HAALBOOM

Dr.

J.R.E. Haalboom heeft eens gezegd: "Al leg je er maar opblaasbaar strandmatrasje onder, dat is altijd nog beter dan niets doen!" Zowel verpleeghuisarts Van Leen als Huub Brull zijn ervan overtuigd dat toepassing van luchtmatrassen op grote schaal zowel in verpleeg- en verzorgtehuizen als in de thuiszorg de prevalentie voor decubitus sterk zal doen dalen. Huub Brull spreekt zelfs van een halvering van de prevalentie, wanneer mensen bij de eerste signalen van decubitus meteen op statische lucht worden gelegd. "Ik heb zelf wel eens de neiging om tegen mensen te zeggen die thuis nog lang bedlegerig zullen zijn en/of nog veel pijn hebben: Neem die luchtmatras maar mee. Dat kan helaas niet, alhoewel je het om de kosten niet hoeft te laten. Daarom zou de Thuiszorg al die mensen die risico lopen op decubitus of die terminaal zijn, lekker op een luchtmatras moeten leggen. Het voorkomt decubitus en het ligt comfortabel."



"DAAROM ZOU DE THUISZORG AL DIE MENSEN DIE RISICO LOPEN OP DECUBITUS OF DIE TERMINAAL ZIJN, LEKKER OP EEN LUCHTMATRAS MOETEN LEGGEN."

Verpleeghuisarts Van Leen heeft een grote ervaring met statische lucht, toch laat hij zich kritisch uit over bepaalde type luchtmatrassen. "Wat lastig is dat je nooit helemaal

zeker weet of de matrassen niet te hard zijn opgepompt en vervelend is dat bepaalde matrassen langzaam leeg lopen.

Van de nieuwe polyurethaan matrassen (Repose®) heb ik dat nog niet kunnen vaststellen. We hebben ze nog niet zolang, maar de twee patiënten met decubitus stadium III die ik er op heb gelegd, zijn inmiddels wel genezen." Ook Huub Brull ziet in de nieuwe polyurethaan luchtmatrassen een extra voordeel: "Je kunt ze nooit te hard oppompen, dankzij het geïntegreerde overdrukventiel."

Het toepassen van statische lucht in de strijd tegen decubitus is uiteraard één van de factoren die kunnen bijdragen om het ontstaan van decubitus terug te dringen. Wel een factor die het overwegen waard is. Immers, statische lucht is makkelijk en vooral snel inzetbaar, biedt een ongekend gunstige prijs-kwaliteitverhouding en is heel patiëntvriendelijk. En wat misschien nog wel het belangrijkste is: Inzetten van statische lucht in een zo vroeg mogelijk stadium voorkomt decubitus.

* Ron van der Most

LITERATUUR:

- 'Investeer duizenden en bespaar tonnen'; Nursing, 10(2003) 24
- Project Decubitus, eindrapport, Zorg en Zekerheid, februari 2003
- Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus, 2003
- The Foot Protector; recognising feet as 'at-risk' area for pressure damage; Price P, Rees-Mathews S, Bale S and Harding K.
- Regionale Richtlijn Preventie en Behandeling van Decubitus; Regionaal Netwerk AVVV, Zuid-Holland Noord, december 2002
- Challenging the pressure sore paradigm, Price. P, Bale S, Newcombe R and Harding K. Journal of Wound Care 8(4) (1999)