

# DECUBITUS REGISTRATIE

S. Rolloos\*

In oktober 2000 begon Saskia Rolloos in haar functie als decubitusconsulente in het Oosterschelde ziekenhuis in Goes. 'Ik herinner me mijn eerste dag nog heel goed. Ik kreeg een stukje bureau en een stoel op de poli dermatologie. Dat was het. "Hellup!", dacht ik. "Wat moet ik nu?". Ik was als "gewoon" verpleegkundige altijd gewend om in een team te werken. Met anderen te overleggen. Dat kon ineens niet meer. Ik wist even niet waar ik moest beginnen.'

## PLAN VAN AANPAK: HOE BEGIN JE?

Dat is drie jaar geleden. Saskia blikt terug. 'Ik ben in eerste instantie veel gaan praten en kijken op de afdelingen. Gewoon door mee te lopen met de dermatoloog. Ik moest toch een bepaalde positie in de organisatie verwerven. Want niet iedereen zag meteen het nut van een decubitusconsulente in. Sommige collega's zeiden dat ook gewoon: "We hebben je niet nodig, want zoals wij het doen is het goed."' Toch constateerde Saskia dat her en der met verouderde inzichten werd gewerkt: 'IJs en föhnen was dagelijkse praktijk. Net als het behandelen van een decubituswond met eiwitten. Zag je een doosje scharreleieren staan, dan wist je: daar splitst iemand weer een eitje.'

## PRIORITEITEN

Saskia besloot de coördinatie van anti-decubitusystemen op zich te nemen: Wanneer moet een patiënt een ad-systeem krijgen? Volgens welke procedure verloopt dat? Hoeveel ad-systemen zijn er in huis en op welke afdelingen? Het bleek een ideale manier om inzicht te krijgen in het bestaande decubitusbeleid en daar ook zelf invloed op uit te oefenen. Saskia: 'Je kijkt immers automatisch verder dan de inzet van systemen alleen. Wat voor wondbehandeling moeten we instellen? Met welke middelen? Welk wondprotocol hoort daarbij? Door met zulke vragen aan de slag te gaan, groeide het decubitusbeleid onder onze handen.'

## PREVALENTIEONDERZOEK

'Op een gegeven moment merk je dat je een bepaald plafond bereikt',

vertelt Saskia verder. 'Dat je niet verder komt met wat je wilt, als je daar geen harde, cijfermatige onderbouwing voor kunt geven.' Dat was het moment waarop ze besloot een decubitus-audit uit te voeren om te onderzoeken hoe het nu eigenlijk met de decubitusprevalentie in het ziekenhuis gesteld was. Met de hulp van een leverancier van anti-decubitusmaterialen is het onderzoek in het gehele huis uitgevoerd.

## WAAROM PREVALENTIEONDERZOEK?

Het is belangrijk om een dergelijk onderzoek uit te voeren als startpunt, omdat het je inzicht geeft in de omvang van het probleem decubitus. Daarnaast kan middels een prevalentieonderzoek vastgesteld worden of het preventie- en behandelprotocol goed nageleefd wordt zodat de behoefte aan zorg en middelen bepaald kan worden.

'Ik ging volstrekt argeloos aan de slag. Niet gehinderd door enig benul van de weerstand tegen zo'n onderzoek: het zou teveel tijd en teveel geld kosten. Ik ben gewoon mensen gaan ronselen. Gelukkig hadden we veel leerlingen in huis. Die waren enthousiast en bovendien boventalig op de afdelingen. Dat betekende dat hun medewerking de afdelingen geen menskracht kostte. Toen waren er weinig bezwaren meer om mee te doen.'

## DE RESULTATEN

De resultaten van het prevalentieonderzoek, dat in juni 2001 is uitgevoerd, waren 'schrikbarend', zoals Saskia het noemt: een prevalentiecijfer van 25 tot 26%. Het probleem

beperkte zich niet tot klassieke risico-afdelingen, maar bleek ook voor te komen op de Short Stay en Orthopedie. 'Iedereen vond dat er iets moest gebeuren. Daarbij komt dat de Gezondheidsraad geadviseerd heeft om decubitus één van de graadmeters te maken voor kwaliteit. Dat maakte het extra nodig om in te grijpen.' De resultaten van die inspanningen zijn inmiddels zichtbaar in de organisatie. Het Oosterschelde ziekenhuis heeft een wondprotocol; het decubitusprotocol is uit de kast gehaald en afgestoft en er zit systeem in de inzet van ad-systemen. In 2002 kwamen de resultaten ook duidelijk tot uiting in het prevalentiecijfer. Deze was gedaald naar 18,4%.

## DECUBITUS BELEIDSPAN

In korte tijd is veel bereikt in het Oosterschelde ziekenhuis, maar Saskia heeft niet stilgezeten. Tegelijk met (de voorbereidingen van) het prevalentie-onderzoek is ze gestart met het opstellen van een decubitus beleidsplan, dat uiteindelijk door de Raad van het Bestuur van het ziekenhuis is erkend. Voor Saskia een belangrijke waardering van haar werk en een voorwaarde om verder te kunnen.

Met behulp van een meerjaren decubitus beleidsplan wordt heel gestructureerd te werk gegaan. Voor iedereen is duidelijk wanneer wat gaat gebeuren. Dus geen ad-hoc activiteiten meer. Er werden bijvoorbeeld decubitus contactpersonen op elke afdeling aangesteld, om de continuïteit van beleid te garanderen. Deze contactpersonen werden geschoold en er vond een aanpassing plaats van



het decubitusprotocol aan de CBO-richtlijnen.

Tot en met 2003 werd een jaarlijks prevalentieonderzoek uitgevoerd. Echter een prevalentieonderzoek zegt niets over het ontstaan van decubitus binnen de eigen organisatie. Dit kan wel bereikt worden met incidentieonderzoek of continue registratie. Het grote voordeel van continue registratie is dat het verschijnsel continu bijgehouden wordt, waarbij zowel de incidentie als de prevalentie wordt bepaald. Twee vliegen in een klap!

### REGISTRATIE

In 2003 is dan ook gekozen voor continue registratie van het verschijnsel decubitus. Registratie is belangrijk omdat het de mogelijkheid biedt om inzicht te krijgen in het voorkomen van decubitus binnen de eigen instelling en om het effect van verbeteracties te evalueren door herhaaldelijk te meten. Het Oosterschelde ziekenhuis heeft er dan ook bewust voor gekozen om continuïteit van meten in te voeren.

### HOE REGISTREREN?

Aan het bed wordt een formulier ingevuld waarop de gegevens verzameld worden. Hierbij moet je denken aan gegevens als risicoscore, wonden (gradaties, locaties en eigenschappen), inzet van materialen, voeding en wondbehandeling. Al deze verzamelde gegevens worden in een speciaal software programma TRACE ingevoerd.

Dit software programma is gericht op dataverzameling en gegevensanalyse voor een verantwoord risicomangement en een patiëntgerichte decubituspreventie en -behandeling. Daarnaast biedt het een uitgebreide incidentie- en prevalentie monitoring en vergelijkingsmogelijkheden om 'best practice' te identificeren en scholingsbehoeften te ontdekken.

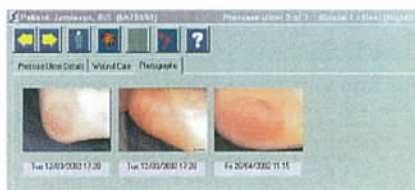
Voor de privacy rondom patiëntgegevens is gezorgd door middel van een privacy policy die op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Wet Geneeskundige

Behandelingsovereenkomst is opgesteld. Volgens de wet bestaat er tussen de patiënt en de zorginstelling altijd een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het onderwerp van deze overeenkomst is het diagnosticeren van de gezondheidstoestand van de patiënt, het behoeden van de patiënt voor het ontstaan van een ziekte of het genezen van een ziekte van de patiënt. In het kader van de geneeskundige behandelingsovereenkomst verwerkt de zorginstelling patiëntgegevens. TRACE (tracking risk assessment and clinical evaluation) is een toepassing die juist ontwikkeld is om mogelijk te maken dat op effectieve wijze gegevens betreffende decubitus patiënten opgeslagen worden.

**\* Saskia Rolloos, Decubitusconsulente Oosterschelde Ziekenhuis Goes**



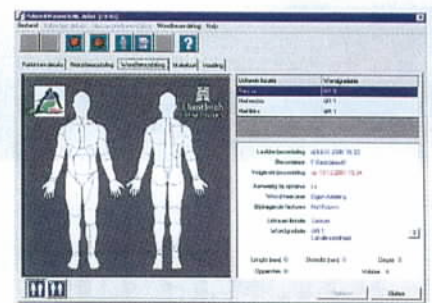
Flexibele vormen van dataverzameling



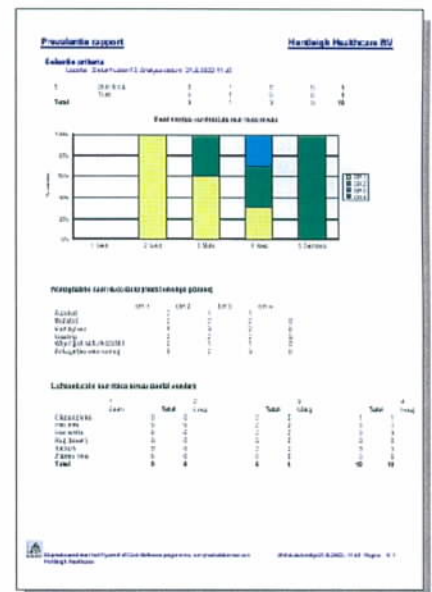
Fotografie records

### MEER INFO

Wie meer informatie wil hebben over het decubitusbeleid van het Oosterscheldeziekenhuis in Goes, geïnteresseerd is in (continue) registratie van decubitus, kan contact opnemen met Saskia Rolloos. Haar telefoonnummer is: 0113-234000, haar emailadres: srolloos@soz.nl.



Individuele risico analyse



Rapportages