

# Decubituszorg in Nederlandse en Duitse verpleeghuizen, die maakt het verschil?

E. Meesterberends, R.J.G. Halfens, J.M.G.A. Schols\*

Decubitus komt nog steeds veel voor in onze gezondheidszorg. Decubitus prevalentiecijfers zijn ook beduidend hoger in Nederlandse verpleeghuizen vergeleken met Duitse verpleeghuizen. In dit onderzoek is nagegaan waar dit grote verschil door veroorzaakt wordt. Hierbij is gekeken naar kenmerken van de verpleeghuisbewoners, de verleende verpleegkundige zorg en structurele kenmerken van de verpleeghuizen. Aan het onderzoek hebben 547 nieuw opgenomen verpleeghuisbewoners in tien Nederlandse en elf Duitse verpleeghuizen deelgenomen. Alle bewoners werden gedurende twaalf weken gevolgd en met behulp van vragenlijsten werden gegevens verzameld. Het aantal bewoners dat decubitus ontwikkelde gedurende de eerste twaalf weken na opname in het verpleeghuis, blijkt vele malen hoger te zijn in de Nederlandse verpleeghuizen (33,3%) dan in de Duitse (14,3%).

In totaal zijn zes factoren gevonden die dit verschil tussen beide landen verklaren. Deze factoren geven een belangrijke indicatie hoe we in Nederland onze zorg voor decubitus verder kunnen verbeteren. In Nederlandse verpleeghuizen zou meer aandacht moeten komen voor het toepassen van wisselgigging bij bewoners, het juiste gebruik van hulpmiddelen bij de transfers van verpleeghuisbewoners, het prudente gebruik van analgetica, de taken van de decubitusverpleegkundige en het uitvoeren van regelmatig terugkerende interne kwaliteitscontroles.

## Inleiding

Decubitus is in Nederlandse gezondheidszorginstellingen nog steeds een veel voorkomend zorgprobleem (1-3). Decubitus betekent voor de patiënten veel pijn en ongemak en de aandoening kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers, meer verpleegkundige en medische zorg en als resultaat hiervan ook hogere kosten (4-6).

Sinds 1998 wordt in Nederland jaarlijks de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) uitgevoerd waarbij de prevalentie, preventie en behandeling van zorgproblemen, waaronder decubitus, in diverse gezondheidszorginstellingen gemeten wordt (7). Sinds 2001 wordt deze meting ook in Duitsland jaarlijks uitgevoerd. Beide landen hanteren dezelfde gestandaardiseerde definities, methodologie en vragenlijsten. De resultaten van deze jaarlijkse metingen laten in de afgelopen tien jaar grote verschillen zien in decubitus-prevalentiecijfers tussen beide landen, voornamelijk in de verpleeghuissector (8-10). Prevalentiecijfers in Nederlandse verpleeghuizen (30,8%) blijken vele malen hoger te zijn dan die in Duitse verpleeghuizen (8,3%) (10).

Eerdere onderzoeken hebben dit verschil onderzocht, maar niet kunnen verklaren. De belangrijkste reden hiervan is dat het ontstaan van decubitus van vele factoren afhankelijk is. Het heeft niet alleen te maken met de gezondheidstoestand van de patiënt zelf, maar ook met de verleende zorg en met structuurkenmerken die hiermee samenhan-

gen, zoals het werken volgens richtlijnen en het opleidingsniveau van de zorgverleners. De samenhang tussen al deze factoren is nog niet eerder onderzocht. Bovendien betreft het meeste onderzoek prevalentieonderzoek. Om een verband tussen oorzaak en gevolg te kunnen leggen moet er immers gedurende een bepaalde tijd gemeten worden.

Het doel van dit onderzoek is om de verschillen in decubituszorg tussen verpleeghuizen in Nederland en Duitsland nader te onderzoeken. Hierbij wordt gekeken naar het aantal nieuwe gevallen van decubitus gedurende de eerste twaalf weken na opname en naar mogelijke verklarende factoren. Deze mogelijke verklarende factoren kunnen liggen bij de verpleeghuisbewoners, de verleende verpleegkundige zorg en bij de structurele kenmerken van de verpleeghuizen, zoals de aanwezigheid en het gebruik van een decubitusrichtlijn.

## Methode

### Onderzoeksopzet en populatie

Aan het onderzoek hebben tien verpleeghuizen in Nederland (regio Brabant en Limburg) en elf verpleeghuizen in Duitsland (regio Berlijn) deelgenomen. Binnen deze verpleeghuizen zijn nieuw opgenomen verpleeghuisbewoners gedurende twaalf weken gevolgd. De studie liep van augustus 2009 tot september 2011. Gedurende deze periode zijn er 435 bewoners opgenomen in de Nederlandse verpleeghuizen. Hiervan voldeden 27 bewoners (6,2%) niet aan de inclusie criteria en 168 (38,6%) weigerden deelname. In totaal hebben in de Nederlandse

verpleeghuizen dus 240 verpleeghuisbewoners deelgenomen. In de Duitse verpleeghuizen waren er gedurende deze periode 553 nieuwe opnames, waarvan 37 (6,7%) niet voldeden aan de inclusie criteria en 209 (37,8%) weigerden deel te nemen. In totaal hebben derhalve 307 Duitse verpleeghuisbewoners deelgenomen aan de studie.

## Vragenlijsten

Voor dit onderzoek zijn gegevens verzameld met behulp van vragenlijsten over de verpleeghuisbewoner, de afdeling en het verpleeghuis. De vragenlijst over de bewoner werd wekelijks ingevuld. Hierin werd gevraagd naar demografische kenmerken, medische voorgeschiedenis, medicatie, risico op decubitus, aanwezigheid van decubitus, wisselgang en -houding, mobilisatie en transfers, huidverzorging, antidecubitus matrassen en -kussens, voedingsstatus en incontinentie. De aanwezigheid van decubitus werd

beoordeeld door directe lichamelijke inspectie. De vragenlijsten over de bewoners werden ingevuld door geschoolde onderzoeksassistenten. De vragenlijsten over de verpleeghuizen en verpleeghuisafdelingen werden eenmalig ingevuld door de verpleeghuisleiding c.q. het afdelingshoofd. Hierin werd gevraagd naar het type (verpleeghuis) afdeling, het aantal bewoners en kamers, eventuele specialisatie, personele bezetting (kwalificaties en fte's), de aanwezigheid van decubitusrichtlijnen en/of decubitusverpleegkundige en of er interne en/of externe kwaliteitscontroles werden uitgevoerd binnen het verpleeghuis.

## Statistische analyses

Beschrijvende analyses zijn gebruikt om inzicht te krijgen in de achtergrondkenmerken en de uitkomstmaten. Verschillen in kenmerken tussen beide landen zijn geanalyseerd met kruistabellen en  $\chi^2$ -toetsen voor nominale en

**Tabel 1. Patiëntenkenmerken, weergegeven als n (%) of gem.  $\pm$  SD (spreiding)**

Variabele naam	Nederland (n=240)	Duitsland (n=307)	P waarde
Leeftijd	80.5 $\pm$ 8.6 (63-100)	84.8 $\pm$ 8.2 (67-102)	<0.001
Vrouw	154 (64.2)	213 (69.4)	0.198
Body mass index	24.2 $\pm$ 4.6 (14.3-42.8)	23.9 $\pm$ 5.0 (13.6-48.1)	0.449
<b>Leefsituatie voor verpleeghuisopname</b>			
Thuis	91 (37.9)	107 (34.9)	0.459
Ander verpleeghuis	56 (23.3)	56 (18.2)	0.143
Ziekenhuis	61 (25.4)	109 (35.5)	0.011
Anders	27 (11.3)	21 (6.8)	0.070
Operatie (>3 maanden voor verpleeghuisopname)	32 (13.3)	51 (20.0)	0.047
<b>Hulpmiddelen</b>			
Bril	174 (72.5)	175 (57.0)	<0.001
Leesbril	44 (18.3)	85 (27.7)	0.011
Gehoorapparaat	48 (20.0)	53 (17.3)	0.413
Rolstoel	108 (45.0)	106 (34.5)	0.013
Loophulpmiddel	109 (45.4)	105 (34.2)	0.008
Medicatie	6.7 $\pm$ 3.2 (0-16)	6.0 $\pm$ 2.9 (0-17)	0.008
Braden schaal score	17.4 $\pm$ 3.2 (8-23)	18.1 $\pm$ 3.8 (7-23)	0.028
Waarneming van pijn en Ongemak	3.3	3.5	<0.001
Vochtigheid huid	3.1	3.3	0.013
Activiteit	2.9	2.8	0.473
Mobiliteit	2.7	2.9	0.016
Voeding	3.1	3.3	0.116
Wrijving en schuiven	2.3	2.3	0.511
<b>Mentale status</b>			
Alert	96 (40.0)	82 (47.1)	0.0148
Alert-verward	104 (43.3)	47 (27.0)	0.001
Verward	39 (16.3)	37 (21.3)	0.193
Verward-comateus	1 (0.4)	7 (4.0)	0.009
Comateus	0 (0.0)	1 (0.6)	0.240
Feces incontinentie	90 (37.5)	121 (39.8)	0.584
Urine incontinentie	114 (47.5)	214 (69.9)	<0.001

**Tabel 2. Decubitus ontwikkeling, n (%)**

Decubitus ontwikkeld gedurende de studie?		Decubitus bij opname verpleeghuis?		
		Ja	Nee	Totaal
Ja	Nederland	7 (2.9)	73 (30.4)	80 (33.3)
	Duitsland	12 (3.9)	32 (10.4)	44 (14.3)
Nee	Nederland	5 (2.1)	155 (64.6)	160 (66.7)
	Duitsland	35 (11.4)	228 (74.3)	263 (85.7)
Totaal	Nederland	12 (5.0)	228 (95.0)	240 (100.0)
	Duitsland	47 (15.3)	260 (84.7)	307 (100.0)

ordinale variabelen en t-test voor gemiddelden. Alle kenmerken met significante verschillen tussen beide landen ( $P < .10$ ) zijn meegenomen als mogelijke verklarende factoren voor het verschil in decubitusincidentie tussen beide landen. Vervolgens is een Cox regressie analyse uitgevoerd. Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS versie 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

### Resultaten

In totaal hebben 547 nieuw opgenomen verpleeghuisbewoners deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 240 bewoners in de Nederlandse en 307 bewoners in de Duitse verpleeghuizen. Niet alle bewoners hebben we gedurende de hele periode van 12 weken kunnen volgen als gevolg van overlijden, opname in het ziekenhuis, overplaatsing naar een ander verpleeghuis of weigering van verdere deelname. In Nederland waren dit 14 bewoners (5,8%) en in Duitsland 84 (27,4%).

Tabel 1 geeft een aantal kenmerken van de verpleeghuisbewoners in beide landen weer. De bewoners in de Duitse verpleeghuizen waren ouder en vaker vanuit het ziekenhuis opgenomen in het verpleeghuis. In de Nederlandse verpleeghuizen waren meer bewoners afhankelijk van een rolstoel of een loophulpmiddel.

Bij opname bleek 5% van de verpleeghuisbewoners in Nederland decubitus te hebben, in de Duitse verpleeghuizen was dit echter driemaal zo hoog, namelijk 15,3%. Het aantal bewoners dat decubitus ontwikkelde gedurende de eerste 12 weken na opname in het verpleeghuis laat een omgekeerd patroon zien. In de Nederlandse verpleeghuizen ontwikkelde 33,3% van de bewoners decubitus gedurende de eerste 12 weken, terwijl dit in Duitsland 'slechts' 14,3% was (zie tabel 2). Hiervan betrof 21,2% (Nederland) en 7,8% (Duitsland) categorie 2 en hoger.

In totaal zijn 6 factoren gevonden die het verschil in decubitus-incidentie tussen beide landen verklaren: dementie, het gebruik van analgetica, het gebruik van hulpmiddelen zoals tilliften, het toepassen van wisselgigging, het regelmatig uitvoeren van interne kwaliteitscontro-

les en de aanwezigheid van een decubitusverpleegkundige op de afdeling. Drie van de zes factoren - het gebruik van analgetica, het gebruik van transferhulpmiddelen en de aanwezigheid van een decubitusverpleegkundige op de afdeling - komen meer voor in Nederlandse verpleeghuizen dan in Duitse. Deze factoren leiden ertoe dat decubitus vaker voorkomt. De drie andere factoren, de diagnose dementie, het toepassen van wisselgigging en het regelmatig uitvoeren van interne kwaliteitscontroles binnen het verpleeghuis, komen vaker voor in Duitse verpleeghuizen. Deze drie factoren leiden tot minder decubitus.

### Discussie

Dit onderzoek laat zien dat meer Nederlandse verpleeghuisbewoners decubitus ontwikkelen in de eerste twaalf weken na opname in vergelijking met bewoners van de Duitse verpleeghuizen. Zes factoren zijn gevonden die dit verschil verklaren. Deze factoren kunnen een belangrijke indicatie geven hoe we in Nederland onze zorg voor decubitus verder kunnen verbeteren. In het onderzoek kwam dementie naar voren als een beschermende factor voor het ontwikkelen van decubitus. Een reden hiervan zou kunnen zijn dat deze bewoners minder lichamelijke beperkingen hebben en daardoor minder tijd in bed en/of stoel doorbrengen. Bewoners die dagelijks voorgeschreven analgetica gebruikten hadden volgens dit onderzoek een hoger risico op het ontwikkelen van decubitus. Analgetica beïnvloeden de pijnperceptie, waardoor bewoners druk en schuifkrachten minder goed voelen. Het gebruik van een hulpmiddel bij de transfer van bewoners in of uit bed verhoogde het risico op decubitus in dit onderzoek. Een mogelijke verklaring is dat het (verkeerd) gebruik van een transferhulpmiddel kan leiden tot meer druk en schuifkrachten op bepaalde delen van het lichaam. Het toepassen van wisselgigging volgens een tijdschema kwam uit dit onderzoek naar voren als een beschermende factor voor decubitus en werd ook vaker in de Duitse verpleeghuizen toegepast. Eerdere onderzoeken hebben ook laten zien dat wisselgigging volgens tijdschema kan leiden tot een daling van de incidentie van decubitus (11,12).

Dit onderzoek laat ook zien dat in de Duitse verpleeghui-

zen meer interne controle wordt uitgevoerd op de kwaliteit van de verleende zorg dan in de Nederlandse verpleeghuizen. Bovendien is deze controle in de Nederlandse verpleeghuizen primair extern, namelijk voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In Nederlandse verpleeghuizen zou meer aandacht moeten komen voor interne kwaliteitscontroles, waarbij het doel moet zijn het monitoren en aansturen van het zorgproces. Deze controles moeten uitgevoerd worden op regelmatige basis door een verantwoordelijk persoon op de afdeling. Hiervoor is een cultuuromslag noodzakelijk waarin de mensen aan het bed elkaar aanspreken over het werken met en volgens richtlijnen. Uit dit onderzoek blijkt ook dat de inzet van een decubitusverpleegkundige niet leidt tot een vermindering van decubitus. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het andere personeel zich minder verantwoordelijk voelt voor het signaleren van decubitus. Dit wil niet zeggen dat de functie van decubitusverpleegkundige afgeschaft moet worden, wel zouden verpleeghuizen goed moeten kijken naar de taken en verantwoordelijkheden van zowel de decubitusverpleegkundige als de andere zorgverleners en dit vervolgens goed moeten vastleggen en communiceren. De focus van de decubitusverpleegkundige moet liggen op het informeren en coachen van de zorgverleners en hij/zij moet niet primair verantwoordelijk zijn voor de directe decubituszorg op de afdeling. Alle zorgverleners op de afdeling zijn daarvoor verantwoordelijk en moeten dit ook zo blijven voelen.

## Conclusie

Dit onderzoek heeft laten zien dat in Nederlandse verpleeghuizen bewoners meer decubitus ontwikkelen in de eerste twaalf weken na opname dan in Duitse verpleeghuizen. Dit verschil wordt veroorzaakt door zes factoren, waar derhalve aandacht aan besteed dient te worden. Continue aandacht voor decubituszorg is essentieel voor alle typen zorginstellingen. Specifiek in Nederlandse verpleeghuizen zou meer aandacht moeten komen voor het toepassen van wisselgigging bij bewoners, het juiste gebruik van hulpmiddelen bij de transfers van verpleeghuisbewoners, het prudente gebruik van analgetica, de taken van de decubitusverpleegkundige en het uitvoeren van regelmatig terugkerende interne kwaliteitscontroles.

## Literatuur

1. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G, et al. **The national pressure ulcer long-term care study: pressure ulcer development in long-term care residents.** *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:359-67.
2. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. **Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007;13:227-35.

3. De Souza DM, De Gouveia Santos VL. **Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly.** *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2010;37:272-6.
4. Decubitus. (1999/23 90-5549-302-3). Den Haag: Gezondheidsraad 1999.
5. De Laat EHEW, Scholte op Reimer WJ, Van Achterberg T. **Pressure ulcers: diagnostics and interventions aimed at wound-related complaints: a review of the literature.** *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:464-472.
6. Severens JL, Habraken JM, Duivenvoorden S, Frederiks CMA. **The cost of illness of pressure ulcers in the Netherlands.** *Advances in Skin & Wound Care* 2002;15:72-7.
7. Bours GJJW, Halfens RJG, Lubbers M, Haalboom JRE. **The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands.** *Ostomy Wound Management* 1999;45:28-40.
8. Tannen A, Bours G, Halfens R, Dassen T. **A comparison of pressure ulcer prevalence rates in nursing homes in the Netherlands and Germany, adjusted for population characteristics.** *Research in Nursing & Health* 2006;29:588-596.
9. Tannen A, Dassen T, Halfens R. **Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany: associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes.** *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:1237-1244.
10. Tannen A, Dietz E, Dassen T, Halfens R. **Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany: adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009;15:85-90.
11. Defloor T, Grypdonck M, De Bacquer D. **The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers.** *International Journal of Nursing Studies* 2005;42:37-46.
12. Vanderwee K, Grypdonck MH, De BD, Defloor T. **Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions.** *Journal of Advanced Nursing* 2007;57:59-68.

\* Dr. Esther Meesterberends, onderzoeker, dr. Ruud J.G. Halfens, Associate Professor, Department of Health Services Research School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht  
 Prof. dr. Jos M.G.A. Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde, Department of Health Services Research/Department Family Medicine School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht