

Kennis over preventieve decubitusmaatregelen in verpleeghuizen: een vergelijking tussen verpleeghuizen in Nederland en Duitsland

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

In Nederlandse verpleeghuizen komt decubitus vaker voor vergeleken met verpleeghuizen in Duitsland. Eén van de factoren die een rol kan spelen in dit verschil is de kennis over decubituspreventie. In dit onderzoek is gekeken of er een verschil is in kennis over preventieve decubitusmaatregelen tussen verpleegkundig personeel in Nederlandse en Duitse verpleeghuizen. Aan het onderzoek hebben verpleegkundigen en verzorgenden uit 10 verpleeghuizen in Nederland en 11 verpleeghuizen in Duitsland deelgenomen. Gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld met behulp van vragenlijsten die zijn verspreid onder 454 respondenten in Nederland en 285 respondenten in Duitsland. Kennis over zinvolle preventie maatregelen is matig in beide landen. Respondenten beoordeelden gemiddeld 71,3% (Nederland) en 66,3% (Duitsland) van de preventieve maatregelen correct als zinvol. Kennis over niet zinvolle maatregelen was gebrekkig. Gemiddeld werd slechts 19,2% (Nederland) en 24,6% (Duitsland) van de niet zinvolle preventieve maatregelen ook als niet zinvol beoordeeld. Zowel in Nederlandse als Duitse verpleeghuizen kan de kennis onder verplegend en verzorgend personeel over preventieve decubitusmaatregelen verbeterd worden. Dat geldt vooral voor niet zinvolle preventieve maatregelen. Preventieve maatregelen waarvan aangetoond is dat ze schadelijk kunnen zijn, zoals ijzen en föhnen, werden nog te vaak als zinvol beschouwd. Verbetering in kennis zou moeten leiden tot beter gebruik en toepassen van richtlijnen in de praktijk.

Inleiding

In Nederland wordt sinds 1998 jaarlijks de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) uitgevoerd. Met de LPZ wordt de prevalentie, preventie en behandeling van zorgproblemen, waaronder decubitus, in diverse gezondheidszorginstellingen gemeten (1). Sinds 2001 wordt ook in Duitsland deze meting jaarlijks uitgevoerd. Beide landen hanteren dezelfde gestandaardiseerde definities, methodologie en vragenlijsten (1,2). Resultaten van deze jaarlijkse metingen laten in de afgelopen 10 jaar grote verschillen zien in decubitus-prevalentiecijfers tussen beide landen, in het bijzonder in de verpleeghuissector. Prevalentiecijfers in Nederlandse verpleeghuizen zijn nog steeds duidelijk hoger dan die in Duitse verpleeghuizen (3).

In beide landen zijn richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus ontwikkeld. In Nederland stamt de eerste nationale decubitusrichtlijn uit 1985, met updates in 1992, 2002 en 2011 (4,5,6,7). In Duitsland werd in 2000 de eerste nationale decubitusrichtlijn ontwikkeld en deze werd herzien in 2004 (8,9). Om richtlijnen in de praktijk toe te kunnen passen moeten ze ook verspreid en geïmplementeerd worden. Echter, verschillende studies hebben

laten zien dat de implementatie van een decubitusrichtlijn vaak tekort schiet in verpleeghuizen (10,11,12). Kennis is een van de voorwaarden voor een juiste implementatie van richtlijnen (13,14,15). Verschillende onderzoeken hebben echter laten zien dat de kennis onder verpleegkundig en verzorgend personeel over decubituspreventie tekort schiet (10,16).

Doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de kennis over preventieve decubitusmaatregelen onder verpleegkundig personeel in Nederlandse en Duitse verpleeghuizen en om een vergelijking te maken tussen de kennis in beide landen.

Methode

Onderzoeksoptzet en populatie

Een cross-sectionele studie waaraan tien verpleeghuizen in Nederland en elf verpleeghuizen in Duitsland hebben deelgenomen. De database van de LPZ is gebruikt om de verpleeghuizen in Nederland te selecteren (17). In Duitsland zijn de verpleeghuizen geselecteerd uit het databestand van de regionale overheid Berlijn-Brandenburg. Gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld met behulp

van vragenlijsten die verspreid werden onder verplegend en verzorgend personeel van de deelnemende verpleeghuizen in beide landen. Respondenten konden op vrijwillige basis deelnemen aan het onderzoek. Naast de vragenlijst ontvingen de respondenten informatie over het onderzoek en een retourenvelop. Onderzoeksassistenten waren verantwoordelijk voor de verspreiding en verzameling van de vragenlijsten.

Vragenlijsten

De vragenlijst bestond uit twee delen. In het eerste deel van de vragenlijst werd gevraagd naar demografische kenmerken van de respondenten, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor het tweede deel van de vragenlijst is een eerdere vragenlijst van Hulsenboom et al. (2007) gebruikt (16). Deze vragenlijst is gebaseerd op de Nederlandse CBO richtlijn uit 2002 (6). Deze richtlijn beschrijft 29 preventieve decubitusmaatregelen, die ingedeeld kunnen worden in twee categorieën. De eerste categorie beschrijft zestien maatregelen die zinvol zijn om in te zetten bij decubituspreventie, zoals het waarborgen van goede hygiëne. De tweede categorie beschrijft dertien maatregelen die voor de preventie van decubitus niet zinvol zijn gebleken, zoals ijzen en föhnen. Aan de respondenten is gevraagd om voor zowel de zinvolle als niet zinvolle maatregelen aan te geven of zij deze preventieve maatregelen zelf zinvol vonden om in te zetten bij patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van decubitus. Antwoordmogelijkheden hierbij waren: 'zinvol', 'soms zinvol', 'niet zinvol' en 'weet ik niet'. In tabel 2 en 3 worden de zestien zinvolle en dertien niet zinvolle maatregelen weergegeven.

Statistische analyses

Beschrijvende analyses zijn gebruikt om inzicht te krijgen in de achtergrondkenmerken van de respondenten en de uitkomstmaten. Om de kennis tussen de beide landen te kunnen vergelijken zijn de antwoorden gecodeerd naar 'correct beoordeeld' en 'niet correct beoordeeld'. Maatregelen waren correct beoordeeld als het oordeel van de respondent overeenkwam met de aanbeveling uit de richtlijn. Variantieanalyse werd gebruikt om gemiddelde scores voor kennis over zinvolle en niet zinvolle maatregelen tussen beide landen te vergelijken. Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS versie 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Resultaten

Vragenlijsten werden verspreid onder 600 verpleegkundigen en verzorgenden in de Nederlandse verpleeghuizen en 578 in de Duitse verpleeghuizen. In totaal zijn 454 (Nederland) en 285 (Duitsland) vragenlijsten retour gestuurd, dit is een respons van 75,7% in Nederland en 48,4% in Duitsland. Vier respondenten in Duitsland hadden de

vragenlijst niet volledig ingevuld, waardoor 279 vragenlijsten uit dat land zijn meegenomen in de analyses. In Nederland varieerde de respons per verpleeghuis van 52,6% tot 90,2% en in Duitsland van 22,8% tot 90,5%.

Tabel 1 geeft een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten in beide landen. De meerderheid van de respondenten in beide landen was vrouw (92,5% in Nederland en 80,6% in Duitsland). De Nederlandse respondenten waren gemiddeld iets jonger, hadden meer jaren werkervaring in de zorg en waren ook langer werkzaam binnen het huidige verpleeghuis. Verschillen waren ook zichtbaar voor het opleidingsniveau van de respondenten. In Duitsland waren meer verpleegkundigen werkzaam, terwijl van de Nederlandse respondenten een groter deel werkzaam was als verzorgende. Verder hadden meer Nederlandse respondenten een bijscholing gevolgd op het gebied van decubitus vergeleken met de Duitse respondenten.

Kennis zinvolle preventieve decubitusmaatregelen

De kennis over zinvolle preventieve decubitusmaatregelen is weergegeven in tabel 2. De resultaten geven aan dat de kennis over zinvolle preventieve maatregelen matig is in

Tabel 1. Demografische kenmerken respondenten (%)

	Nederland (n = 454)	Duitsland (n = 279)
Geslacht (vrouw)	92,5	80,6
Leeftijd		
18-25 jaar	14,8	14,7
26-35 jaar	25,1	26,2
36-45 jaar	28,2	25,1
46-55 jaar	23,8	26,5
56-65 jaar	4,8	7,5
Opleiding		
verpleegkundige	8,4	17,7
verzorgende	34,6	45,1
helpende	57,0	37,2
Bijscholing decubitus	85,9	52,7
Werkervaring		
<1 jaar	0,9	5,1
1-3 jaar	10,4	19,2
4-10 jaar	31,4	35,1
11-25 jaar	42,0	34,1
>25 jaar	15,3	6,5
Werkzaam in verpleeghuis		
<1 jaar	5,3	24,0
1-3 jaar	21,4	37,2
4-10 jaar	36,8	25,2
11-25 jaar	29,7	12,8
>25 jaar	6,4	0,8

Tabel 2. Kennis zinvolle maatregelen bij preventie decubitus (%) ten (%)

	Nederland				Duitsland			
	Zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet ik niet	Zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet ik niet
Patiënt betrekken bij preventie	59,8	34,9	4,9	0,4	79,3	19,6	0,4	0,7
Risicobepaling d.m.v. scorelijst en klinische blik	80,2	16,0	1,3	2,4	93,4	4,8	0,7	1,1
Visco-elastische matrassen en -kussens	25,7	37,6	4,7	32,0	27,9	44,2	9,1	18,9
Goede hygiëne waarborgen	99,1	0,9	-	-	97,4	1,8	0,4	0,4
Maceratie voorkomen	80,3	13,9	0,9	4,9	10,4	32,2	39,0	18,6
Positieverandering 30° zijligging	64,9	30,0	2,7	2,4	77,1	21,8	0,4	0,7
Schone, droge en gladde onderlaag	95,1	4,0	0,2	0,7	93,7	1,9	3,0	1,5
Insmeren van de huid met lokale middelen bij incontinentie	73,8	21,6	4,2	0,4	73,1	20,9	3,7	2,2
Luchtmatrassen en -kussens	66,7	30,4	0,4	2,5	20,0	42,2	21,9	15,9
Insmeren om uitdroging te voorkomen of bestrijden	64,6	28,1	4,5	2,9	48,8	35,8	11,9	4,5
Voorkomen van schuifkrachten	86,4	10,3	0,7	2,7	93,3	3,7	1,1	1,9
Familie/ mantelzorgers betrekken	61,9	32,4	4,3	1,4	70,1	25,8	1,8	2,2
Patiënten laten liften uit de stoel of van houding laten veranderen	63,2	32,1	2,5	2,2	63,8	29,1	3,7	3,4
Hielen vrijleggen door kussens onder de onderbenen te plaatsen	57,3	37,6	3,1	2,0	66,4	29,2	3,0	1,5
Dagelijkse palpatie en inspectie huid	82,4	14,5	1,3	1,8	89,3	7,0	1,1	2,6
Voedingstoestand beoordelen en -tekorten bestrijden	89,8	9,4	0,9	-	94,1	5,2	-	0,7
Gemiddeld aantal maatregelen correct beoordeeld	11,4 van de 16 (71,3%)				10,6 van de 16 (66,3%)			

Tabel 3. Kennis niet-zinvolle maatregelen bij preventie decubitus

	Nederland				Duitsland			
	Zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet ik niet	Zinvol	Soms zinvol	Niet zinvol	Weet ik niet
Schapenvacht	5,6	45,4	35,9	13,1	9,2	22,9	53,4	14,5
Positieverandering 90° zijligging	43,1	38,9	13,1	4,9	33,8	42,0	20,8	3,3
Masseren van de huid	34,7	42,4	18,9	4,0	57,3	36,7	3,7	2,2
Hielringen en met water gevulde handschoenen	13,2	32,9	25,1	28,9	14,9	27,5	47,2	10,4
Paramedici inschakelen	78,0	20,3	1,3	0,4	81,0	16,7	1,1	1,1
Föhnen	4,0	19,9	46,1	30,0	4,1	19,7	59,1	17,1
Windring	18,6	72,9	4,0	4,5	26,7	50,8	14,3	8,3
Watermatrassen en -kussens	24,6	37,7	12,1	25,7	16,2	39,5	27,4	16,9
Ijzen	2,5	19,7	32,6	45,2	1,9	14,9	62,8	20,3
Hielen/ellebogen inpakken met vette watten en zwachtels	12,9	36,2	30,1	20,8	54,2	35,1	9,6	1,1
Gelmatrassen en -kussens	36,3	43,0	7,6	13,1	49,3	42,2	4,5	4,1
Katheter inbrengen om maceratie te voorkomen	10,7	58,5	14,3	16,5	14,4	43,6	28,0	14,0
Huid insmeren om doorbloedingsstoornis op te heffen	52,4	31,3	8,9	7,3	77,9	19,2	2,2	0,7
Gemiddeld aantal maatregelen correct beoordeeld	2,5 van de 13 (19,2%)				3,2 van de 13 (24,6%)			

beide landen. Respondenten beoordeelden gemiddeld 71,3% (Nederland) en 66,3% (Duitsland) van de preventieve maatregelen correct als zinvol. Maatregelen die door de meeste respondenten ook als zinvol werden beoordeeld waren 'goede hygiëne waarborgen', 'schone, gladde, droge onderlaag', 'schuifkrachten voorkomen' en 'voedingstoestand beoordelen'.

Aan de andere kant waren sommige zinvolle maatregelen ook slecht bekend onder de respondenten in beide landen, zoals 'visco-elastische matrassen'. Voor sommige maatregelen waren er grote verschillen in kennis tussen beide landen. Zo gaven meer Nederlandse respondenten correct aan dat maatregelen als 'maceratie voorkomen', 'luchtmatrassen en -kussens' en 'insmeren om uitdroging te voorkomen' zinvol zijn in de preventie van decubitus vergeleken met de Duitse respondenten. Een ander verschil tussen beide landen was zichtbaar voor het aantal

respondenten dat niet het correcte antwoord gaf. Waar de meeste respondenten in Nederland kozen voor de antwoordmogelijkheid 'soms', antwoordden de meeste Duitse respondenten 'niet zinvol' of 'weet ik niet'.

Kennis niet zinvolle preventieve decubitus maatregelen De kennis over maatregelen die niet zinvol zijn voor de preventie van decubitus is weergegeven in tabel 3. De resultaten geven aan dat niet zinvolle preventieve maatregelen slecht bekend zijn onder de respondenten in beide landen. Gemiddeld werd slechts 19,2% (Nederland) en 24,6% (Duitsland) van de niet zinvolle preventieve maatregelen ook als niet zinvol beoordeeld.

Niet zinvolle maatregelen die regelmatig als zinvol werden aangeduid door respondenten in beide landen waren 'insmeren om doorbloedingsstoornis op te heffen', 'paramedici inschakelen' en 'massage'. Maatregelen

waarvan aangetoond is dat ze schadelijk kunnen zijn, zoals ijzen en föhnen, werden door veel respondenten als 'soms zinvol' beschouwd. Voor deze maatregelen gaven ook veel respondenten aan dat ze niet wisten of deze maatregel wel of niet zinvol is. Daarnaast gaven de respondenten in Nederland voor alle niet zinvolle maatregelen vaker het antwoord 'weet ik niet' vergeleken met de respondenten in Duitsland.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat kennis onder verplegend en verzorgend personeel over zinvolle preventiemaatregelen matig is in beide landen. Kennis over niet zinvolle maatregelen is gebrekkig. De gemiddelde kennis over zinvolle preventieve maatregelen was 71,3% in Nederland en 66,3% in Duitsland. Kennis over niet zinvolle maatregelen was 19,2% in Nederland en 24,6% in Duitsland. Deze resultaten tonen aan dat er meer aandacht moet komen voor het verbeteren van de kennis over preventieve decubitusmaatregelen. Verbetering in kennis zou moeten leiden tot beter gebruik en toepassen van richtlijnen in de praktijk. Een mogelijkheid om kennis te verbeteren is het aanbieden van toereikende scholing. Scholing leidt allereerst tot bewustwording van het probleem en verschaft informatie die nodig is om decubituspreventie effectief uit te voeren (18).

Maatregelen waarvan aangetoond is dat ze schadelijk kunnen zijn, zoals ijzen en föhnen, werden door veel respondenten als 'soms zinvol' beschouwd

Dit onderzoek heeft ook aangetoond dat achterhaalde preventieve maatregelen nog regelmatig als zinvol worden aangeduid. In scholingsprogramma's moet daarom specifiek aandacht besteedt worden aan deze maatregelen en de ineffectiviteit en soms zelfs schadelijkheid van deze maatregelen moet toegelicht worden (19). Maar scholing alleen is niet genoeg, succesvolle preventie hangt ook af van de instelling van het verplegend en verzorgend personeel (20). Een negatieve houding ten opzichte van decubitus preventie kan leiden tot het niet (langer) toepassen van preventieve maatregelen in de praktijk (12,18). Aangetoond is dat hoe meer preventie gewaardeerd wordt, hoe waarschijnlijker het is dat preventieve maatregelen ook toegepast worden (21).

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat zowel in Nederlandse als in Duitse verpleeghuizen de kennis onder verplegend en verzorgend personeel over preventieve decubitusmaatregelen

verbeterd kan worden. Dit geldt vooral voor niet zinvolle preventieve maatregelen. Preventieve maatregelen waarvan aangetoond is dat ze schadelijk kunnen zijn, zoals ijzen en föhnen, werden nog vaak te vaak als zinvol beschouwd. Een verbetering van de kennis over preventieve decubitusmaatregelen is nodig.

Meer aandacht voor de kennis over niet zinvolle maatregelen kan ook bijdragen aan het uitbannen van de toepassing van deze maatregelen. Het aanbieden van voldoende scholing en een positieve houding ten aanzien van decubituspreventie zijn belangrijke aspecten om de kennis en het correct toepassen van preventieve decubitusmaatregelen onder verplegend en verzorgend personeel te verbeteren.

Literatuur

1. 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.
2. Dassen T, Petermann B, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, et al. **Dekubitus, Sturzereignisse, Pflegeabhängigkeit: Prävalenzerhebung 2002.** Institut für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin: 2002.
3. 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.
4. **Consensus preventie van decubitus.** Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing; 1985.
5. **Herziening consensus decubitus.** Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing; 1992.
6. **Decubitus.** Tweede herziening. (ISBN 90-76906-51-3). Alphen aan den Rijn: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing; 2002.
7. **Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling.** V&VN Utrecht: 2011.
8. **Expertenstandaard 'Dekubitusprophylaxe in der Pflege' Entwicklung - Konsentierung 1. Auflage.** Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: 2000.
9. **Expertenstandaard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002).** Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: 2004.
10. Meesterberends E, Halfens RJG, Lohrmann C, Schols JMGA, De Wit R. **Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2011;17:705-12.
11. Bours GJJW, Halfens RJG, Abu-Saad HH, Grol RTPM. **Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands.** *Research in Nursing & Health*, 2002;25:99-110.
12. Buss IC, Halfens RJG, Abu-Saad HH, Kok G. **Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled**

- nurses and other health care workers. *Journal of Clinical Nursing*, 2004;13:668-76.
13. Wensing M, van der Weijden T, Grol RTPM. **Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?** *British Journal of General Practice*, 1998;48:991-7.
 14. Rogers EM. **Diffusion of Innovations**. (5e editie). New York: The Free Press; 2003.
 15. Grol R, Wensing M. **What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice**. *Medical Journal of Australia*, 2004;180:S57-S60.
 16. Hulsboom MA, Bours GJ, Halfens RJG. **Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses**. *BMC Nursing*, 2007;6:1.
 17. **Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008**. (ISBN: 978-90-806663-9-9). Maastricht: UM, Department of Health Care and Nursing Sciences: 2008.
 18. Källman U, Suserud BO. **Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment: a survey in a Swedish healthcare setting**. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009;23:334-41.
 19. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Lopez-Ortega J. **Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice**. *Journal of Advanced Nursing*, 2007;58:327-38.
 20. Moore Z, Price P. **Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention**. *Journal of Clinical Nursing*, 2004;13:942-51.
 21. Maylor M, Torrance C. **Pressure ulcer survey part 3: locus of control**. *Journal of Wound Care*, 1999;8:101-5.
- * Dr. Esther Meesterberends, onderzoeker Department of Health Services Research
 School for Public Health and Primary Care (CAPHRI),
 Maastricht University, Maastricht,
 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

Contact

e.meesterberends@maastrichtuniversity.nl