

WAAR IS DE EINDVERANTWOORDELIJKE VOOR DECUBITUS?

J. Rosier*

Eind mei ontving Erik de Laat de Anna Reynvaan Wetenschapsprijs voor zijn onderzoek naar decubituspreventie. Naar aanleiding van de prijsuitreiking een interview met hem over decubituszorg, die hij op een hoger niveau wil brengen. 'Het probleem is dat op dit moment niemand eindverantwoordelijk is voor decubituszorg.'

Zou decubitologie een specialisme zijn, dan zou Erik de Laat zonder twijfel 'decubitoloog' achter zijn naam hebben staan. Als verplegingswetenschapper is hij gepromoveerd op decubitus, en als nurse practitioner geeft hij behandeladviezen bij ernstige decubitus. Ook is hij bezig de decubituszorg een veel duidelijkere plek op het medische en verpleegkundige speelveld te geven. Een verbetering van de zorg is hard nodig, oordeelt hij. 'Vraag patiënten zelf hoe ze decubitus ervaren en je hoort dat ze pijn hebben, de hele dag. De wond lekt, ze ruiken de wond en vinden het ook erg dat anderen het ruiken. Kortom: patiënten vinden het verschrikkelijk. Maar verpleegkundigen en artsen weten heel vaak niet hoe de patiënt het zelf ervaart. Ze denken dat ze het weten, maar ze nemen geen goede anamnese af en onderschatten daardoor het probleem. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat volgens verpleegkundigen dertig procent van de patiënten met chronische wonden pijn heeft. Daarvan krijgt slechts zes procent pijnmedicatie. Maar van de patiënten zelf geeft zestig tot tachtig procent aan pijn te hebben.' De Laat heeft als IC-verpleegkundige jarenlang aan het bed gestaan. Als senior onderzoeker bij de afdeling Verplegingswetenschap van IQ-Healthcare, UMC St Radboud in Nijmegen doet hij nu geruime tijd onderzoek in de ziekenhuispraktijk. Dat leverde hem de Anna Reynvaan Wetenschapsprijs op, die hij op 29 mei in aanwezigheid van prinses Maxima uitgereikt kreeg. De prijs is ingesteld door het AMC in Amsterdam en wordt elk jaar toegekend aan de beste wetenschappelijke publicatie van een verpleegkundige.

De Laats publicatie verscheen in *Critical Care Medicine* en gaat over een decubituspreventieprogramma op de IC dat leidde tot een daling van de decubitusprevalantie (zie kader).

Naast onderzoeker is De Laat verpleegkundig specialist decubituszorg bij de afdeling Plastische chirurgie van het UMC St Radboud. In die functie heeft hij meegewerkt aan de oprichting van het Regionaal Expertisecentrum Decubitus in Nijmegen, en is daar als wondconsulent aan verbonden. Zijn beide functies weerspiegelen de twee lijnen waarlangs de decubituszorg verbeterd moet worden: meer wetenschappelijke kennis en ervoor zorgen dat decubituszorg een stevige positie krijgt.

OMMEZWAAI

Het artikel waarvoor De Laat de prijs ontving, maakt onderdeel uit van zijn proefschrift over decubituspreventie in het ziekenhuis en in het bijzonder op de IC. Hij promoveerde daarop in 2006. Sindsdien heeft hij zijn onderzoeksterrein verlegd naar wondzorg bij ernstige decubitus. 'Er zijn al verschillende onderzoekers die zich op decubituspreventie richten, zoals Tom Defloor in Gent, Lisette Schoonhoven in Nijmegen, en nog enkele anderen,' zo licht hij zijn ommezwaai toe. 'Maar het ontbreekt ons ook aan concreet toepasbare wetenschappelijke kennis over wondzorg bij ernstige decubitus. Op dat gebied gebeurt weinig.' De Laat wil dat veranderen, en gaat op dit terrein samenwerken met de plastische chirurgen van zijn afdeling. Een van onderwerpen die op zijn wensenlijstje staan, is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van VAC-

therapie. 'De praktijk lijkt uit te wijzen dat VAC-therapie vooral een flinke tijdswinst oplevert. Uit pilots blijkt dat wonden twee keer sneller genezen in vergelijking met traditionele behandelmethoden.*) Maar het is een dure behandeling. Weegt de tijdswinst op tegen de meerprijs? Dat weten we nu niet. Mocht de kosteneffectiviteit worden aangetoond, dan kunnen zorgverzekeraars het standaard opnemen in hun vergoedingen. Op dit moment hangt het af van de zorgverzekeraar van de patiënt en allerlei onduidelijke lokale afspraken tussen verzekeraars en instellingen of een behandeling wordt vergoed in thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen.'

Als nummer één op De Laats wensenlijstje staat onderzoek naar de problemen die patiënten met decubitus zelf ervaren. 'Er is een discrepantie tussen denken en handelen van verpleegkundigen en artsen, en dat wat voor de patiënt het belangrijkste is. Met wetenschappelijk inzicht in de problemen van patiënten, kun je bekijken hoe je ze kunt oplossen. Pijn is één van de problemen die het meest in het oog springt. Als de verpleegkundigen of artsen daar te weinig aan doen, houden patiënten meestal maar op om er nog over te praten. Ze denken dat het erbij hoort. Een paracetamolletje is natuurlijk lang niet altijd voldoende. We experimenteren op dit moment met het toevoegen van morfine aan hydrogel door de apotheker. Met het oog op morfine-intolerantie, bijvoorbeeld in de palliatieve fase bij patiënten met erg veel pijn aan decubituswonden, is het een aantrekkelijke gedachte om lokaal de pijn te bestrijden, waardoor er minder morfine via pleisters



Erik de Laat: 'Ik hoop dat over vijf jaar Wond- en decubitusconsulent een beschermde titel is.'

of tabletten nodig is. Dit zou een mooi onderwerp voor onderzoek zijn. Een ander veel voorkomend probleem zijn vieze, lekkende wonden. Hoe maak je zulke wonden fatsoenlijk verzorgbaar? Vanuit de verplegingswetenschap zijn er naast goede contacten met de medische professies ook contacten met heel andere wetenschappelijke disciplines, zoals technologische instituten van de TU in Eindhoven en de Universiteit Twente. Met name in Eindhoven zijn er al resultaten van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op het gebied van risicodetectie, die op niet al te lange termijn tot toepassingen in de praktijk kunnen leiden. Ook kun je de industrie meer inzicht geven waar de meeste behoefte aan is als het gaat om de ontwikkeling van nieuwe producten. Het is voor de industrie lonend om iets te ontwikkelen waar veel vraag naar is. Nu is er bij productontwikkeling vaak sprake van eenrichtingsverkeer vanuit de fabrikanen.'

EIGEN PLEK

Wetenschappelijke onderzoek doen is één ding, maar zorgen dat kennis

in de praktijk ook benut wordt, is minstens zo belangrijk. Om dat te bereiken is het nodig dat decubituszorg een eigen plek krijgt tussen de medische en verpleegkundige specialismen, zegt De Laat. In Nijmegen heeft hij met de hoogleraar plastische chirurgie bekeken hoe de expertise op het gebied van decubitus gebundeld kon worden en dat heeft geleid tot de oprichting van het Regionaal Expertisecentrum Decubitus. Artsen uit de eerste en tweede lijn kunnen patiënten naar het behandelcentrum doorverwijzen voor een behandeladvies. Patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals kunnen er terecht met vragen over preventie en behandeling van decubitus.

'Het probleem is dat decubitus nooit een probleemeigenaar heeft gekend. Een open been is het domein van de dermatologie en de diabetische voet van de diabetologie of algemeen interne geneeskunde. Voor patiënten met deze problemen zijn er multidisciplinaire teams, met medisch en verpleegkundig specialisten en relevante paramedici. Maar bij wie kan een patiënt, verpleegkundige of arts terecht als het om decubitus gaat?

Hooguit bij een chirurg of plastische chirurg, maar dan gaat het echt om heel ernstige gevallen. Er zijn wond- en decubitusverpleegkundigen, maar het niveau loopt sterk uiteen. Iedereen mag zich wond- en decubitus specialist noemen. Er is een groep onder deze verpleegkundigen die zich door zelfscholing en met veel enthousiasme heeft ontwikkeld, maar er is ook een grote groep die te weinig basiskennis van de wondzorg heeft. We hebben pas sinds twee jaar aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam de tweejarige opleiding voor wond- en decubitusconsulenten. Dat is inhoudelijk een stevige opleiding. Maar er studeren per jaar maar vijftien mensen af; dat is nog veel te weinig. Ik wil kijken of we in Nijmegen ook een opleiding kunnen starten omdat er veel meer goed geschoolde wond- en decubitusconsulenten nodig zijn. Het ambitieniveau ligt wat lager dan in Rotterdam en het diploma zal vergelijkbaar zijn met dat van een verpleegkundige vervolgopleiding als de IC-aantekening. In die opleiding leer je denken vanuit de klachten van de patiënt en vanuit de oorzaken van decubitus, op basis van een goede

anamnese. Zo'n consultant heeft een goede samenwerkingsrelatie met alle betrokken disciplines en brengt als regisseur van de zorg patiënten in tijdens multidisciplinaire besprekingen die zij zelf voorzitten. Zo werken we hier ook in het Regionaal Expertisecentrum Decubitus. Mijn collega's en ik hebben daar een grote mate van behandelingsbevoegdheid. De wetgeving over verpleegkundig specialisten maakt het ook mogelijk dat zulke zelfstandige professionals worden erkend. Mijn wens is dat over vijf jaar de Inspectie voor de Gezondheidszorg de aanwezigheid van een wond- en decubitusconsultant in de organisatie heeft opgenomen als criterium in de prestatie-indicatoren. "Wond- en decubitusconsultant" moet dan een beschermde titel zijn, die garandeert dat het om goed opgeleide professionals gaat. De beroepsverenigingen zullen moeten bepalen over welke competenties deze professional moet beschikken.'

ONTWIKKELEN VAKGEBIED

Een eigen plek voor decubitus is ook nodig om te zorgen dat de kennis over decubituszorg zich verder kan ontwikkelen. 'Iedere chirurg of plastische chirurg zal direct toegeven dat decubitus een groot probleem is en zet zich ook in voor de behandeling. Maar dan heb je het over het niveau van de individuele patiënt. Er is meer nodig: wetenschappelijk onderzoek, naast de ontwikkeling van het onderwijs. Een subsidieaanvraag schrijven voor bijvoorbeeld ZonMw kost heel veel tijd. Daarom doen chirurgen en plastische chirurgen zoiets niet, het heeft geen prioriteit binnen hun vakgebied. Er zijn in Nederland een aantal wond- en decubitusconsultanten met een wetenschappelijke achtergrond. Zij hebben er de kennis en de capaciteiten voor deze verantwoordelijkheid op zich nemen en de voortrekkersrol te vervullen. Bovendien is het groot voordeel dat deze onderzoekers onderdeel uitmaken van de beroepsvereniging V&VN DecubitusNetwerk. Veel leden van dit netwerk zijn enthousiast om mee te werken aan wetenschappelijk

onderzoek.'

Ook op instellings- en afdelingsniveau moet decubitus een duidelijke plaats krijgen, vindt De Laat. En daar speelt het management een belangrijke rol. 'Tot voor enkele jaren was het management in alle lagen van de zorginstellingen volstrekt niet geïnteresseerd in resultaten van goede zorg. Het is toch beschamend dat decubituspreventie, valpreventie en andere zorguitkomsten pas wat meer aandacht krijgen sinds de Inspectie voor de Gezondheidszorg ze in de prestatie-indicatoren heeft opgenomen! Verpleegkundige managers hadden het uit zichzelf als prioriteit moeten stellen. Ik hoop dat hier de komende jaren een flinke kentering in komt. Niet alleen door te managen op basis van de jaarlijkse prevalentiecijfers op de afdeling, want die zijn te veel afhankelijk van allerlei toevalligheden. Wat ik erg belangrijk vind, is dat er gestuurd wordt op de werkmethoden. Bijvoorbeeld door je af te vragen of je als afdeling goed met complicaties omgaat. Waarom niet iedere decubitus graad 3 of 4 opnemen in een complicatiebespreking, waarin je nagaat waardoor die patiënt die decubitus heeft gekregen? Een moeilijkheid hierbij is dat er bij decubitus niemand eindverantwoordelijk is. De preventie is een groepsproces. Bij een complicatie als veneuze trombose kan je altijd de behandelend arts ter verantwoording roepen, omdat er mogelijk geen goed antistollingsbeleid is gevoerd. Maar er is nergens een decubitoloog die bij decubitus de eindverantwoordelijk op zich neemt. En stellen dat het allemaal zo moeilijk is omdat het een multidisciplinair probleem is, vind ik helemaal een rookgordijn. Natuurlijk is het een probleem waar de verpleging en de artsen samen aan moeten werken, maar de verpleegkundige moet de lead hierin nemen.'

GEDRAGSVERANDERING

Dan is er nog een laatste, niet te onderschatten factor als het gaat om het verbeteren van de decubituszorg: gedragsverandering bij de zorgprofessionals. Het komt naar voren in

De Laats proefschrift, waarin hij de implementatie van richtlijnen voor decubituspreventie in het UMC St Radboud heeft bestudeerd. De Laat hield op uitnodiging van de World Union of Wound Healing Societies begin juni op het wereldcongres van World Union in Toronto een presentatie over zijn bevindingen. 'Het proefschrift laat zien dat na de implementatie van de richtlijnen ziekenhuisbreed het aantal patiënten met decubitus gedaald is. Maar in dezelfde tijd waren in het ziekenhuis alle matrassen vervangen. Uit het onderzoek bleek dat het vervangen van de matrassen de belangrijkste oorzaak van de daling was. Er was nauwelijks sprake van een gedragsverandering bij de verpleegkundigen. Maar hetzelfde implementatietraject werd later ook op de IC gedaan en daar bleek het gedrag van verpleegkundigen wél veranderd te zijn, en de daling daling in het optreden van decubitus bij IC-patiënten was daaraan toe te schrijven. De IC-verpleegkundigen namen na de implementatie van de richtlijn eerder de beslissing om bijvoorbeeld een risicopatiënt op een hoogwaardigere matras te leggen. Voorheen gaven ze pas zo'n matras op het moment dat de patiënt al decubitus had; nu deden ze het preventief. Waarom gebeurde dat op de IC wel en op de gewone afdelingen niet? Dat heeft te maken met verpleegkundig leiderschap, en veel congresgangers in Toronto herkenden dat. En met "leiderschap" kom je toch weer terug bij de managers. 'Vroeger hadden we de hoofdzuster die elke dag controleerde dat wat er moest gebeuren ook daadwerkelijk gebeurde. Er was direct toezicht op de te leveren kwaliteit. Na jarenlange emancipatie van het beroep stellen we ons nu op als een professional die zelf verantwoordelijk is voor het zorgproces. Dit zou de oplossing zijn voor adequate preventie van allerlei onveilige situaties, zoals te lang in één houding liggen of uit bed vallen. Maar juist door de afstand tussen de manager en professional zijn we in een spagaat belandt. Enerzijds hebben we onze eigen professionele taken, waaronder decubituspreventie, anderzijds hebben we ondersteu-

nende taken: op de IC bijvoorbeeld ecg's draaien, bloed afnemen, enzovoorts. Die ondersteunende taken hebben prioriteit, want de artsen hebben de uitkomsten nodig voor de dagelijkse patiëntenbespreking. Als de verpleegkundige het ondersteunende werk niet op tijd af heeft, zal hij of zij zich moeten verdedigen. En zo verdwijnen de professionele taken van de verpleegkundige naar de rand van de agenda. Dat er op de IC wél een gedragsverandering plaatsvond, heeft met twee zaken te maken. Ten eerste is er onder IC-verpleegkundigen de laatste jaren een golf van herwaardering voor de basiszorg. Ze zijn gaan nadenken waar ze voor staan en beseffen dat patiënten door slechte zorg ernstige complicaties kunnen oplopen. Op een IC geldt dat misschien nog meer dan op een gewone afdeling, omdat patiënten zoveel lijnen en katheters hebben waarlangs infecties kunnen ontstaan. Maar een tweede en essentiële factor was dat op de IC artsen en de verpleegkundige hoofden met elkaar hadden afgesproken het decubitusprobleem aan te pakken. De afdelingsleiding had een duidelijke boodschap voor verpleegkundigen en artsen, motiveerde hen en was zelf ook heel gemotiveerd. De projectleider was er vooral om het proces verder handen en voeten te geven. Dat was een groot verschil

met de richtlijn-implementatie in de rest van het ziekenhuis. De afstand tussen de projectleider en het afdelingsmanagement daar was groter. Er was een grote diversiteit hoe afdelingen de implementatie van de richtlijn ter hand namen. Het werd te vaak beschouwd als iets wat erbij komt, zonder het besef dat het hier gaat om onze core business: kwaliteit van zorg.

'Dat is een belangrijke les voor iedereen die een decubitusproject leidt: laat je niet het veld insturen zonder dat hoog in de organisatie de ambitie bestaat om decubitus aan te pakken. Je kunt niet zeggen als projectleider: ik ga het decubitusprobleem oplossen. Het enige dat je kunt, is de gewenste verandering in goede banen leiden, en in kaart brengen hoe er wordt gewerkt en wat de resultaten zijn. Maar het belangrijkste is de wil van management en professionals om er iets aan te gaan doen.'

*) De Laat bestrijdt de conclusie van onderzoekers Dirk Ubbink en Hester Vermeulen dat uit bestaand wetenschappelijk onderzoek niet blijkt dat VAC-therapie beter is dan andere behandelmethoden. De Laat presenteerde op de EWMA 2008 conferentie in Lissabon een meta-analyse waarin hij vooral keek naar het tijdsaspect: de snelheid van de wondgenezing. 'En daar zit hem juist de winst,' aldus De Laat.

HET WINNENDE ONDERZOEK

Erik de Laat kreeg de Anna Reynvaan Wetenschapsprijs voor een artikel waarin hij zijn onderzoek beschrijft naar de effecten van de implementatie van richtlijnen voor decubituspreventie. Een belangrijk onderdeel van die richtlijnen is dat patiënten tijdig een speciaal drukverlagend matras krijgen in plaats van het standaard matras. Het onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen na de implementatie patiënten inderdaad tijdig het juiste matras geven. Een jaar na de implementatie van de richtlijnen was dat nog steeds het geval. Het resulteerde in een significante daling in het ontwikkelen van decubitus graad II-IV. Het onderzoek is uitgevoerd onder 400 IC-patiënten. Het artikel verscheen vorig jaar in *Critical Care Medicine* (Crit Care Med 2007; 3:815-820).

***Joop Rosier**