

# Lessen trekken uit de Duitse decubituszorg

F. van Wijck\*

De incidentiecijfers op het gebied van decubitus in de Duitse verpleeghuizen zijn beduidend gunstiger dan in de Nederlandse, zo blijkt uit promotie-onderzoek van Esther Meesterberends (1). Het verschil zit niet zozeer in de toepassing van decubitus hulpmiddelen als wel in scholing, toezicht en de implementatie van richtlijnen.

## Promotie-onderzoek

Het is een opmerkelijke uitkomst van Esther Meesterberends in haar promotieonderzoek: het incidentiecijfer voor decubitus is in de Nederlandse verpleeghuizen met 33,3% aanzienlijk hoger dan in de Duitse, waar dit slechts 14,3% is. Een des te opmerkelijker verschil als je bedenkt dat we in Nederland sinds 1998 de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen kennen, die het onderwerp decubitus veel sterker onder de aandacht heeft gebracht dan in de jaren daarvoor. Deze meting wordt sinds 2001 ook in Duitsland uitgevoerd, op basis van dezelfde gestandaardiseerde definities, methodologie en vragenlijsten.

*In de Duitse verpleeghuizen is nog steeds een hoofdverpleegkundige werkzaam*

Maar is de verpleeghuiszorg in Duitsland voldoende vergelijkbaar met die in Nederland om daaruit vergaande conclusies te kunnen trekken over decubitusprevalentie? 'Die is zeker vergelijkbaar', zegt Meesterberends. 'Ook in de Duitse verpleeghuizen zie je dezelfde verdeling van lichamelijke en psychische klachten bij de bewoners die ook kenmerkend is voor de Nederlandse situatie. Bovendien komt de zorgzwaarte in beide landen goed overeen. Natuurlijk zijn er kleine verschillen. In Nederland zijn meer verpleeghuisbewoners rolstoelafhankelijk en in Duitsland worden meer mensen in een verpleeghuis opgenomen direct na een ziekenhuisopname. Maar voor vergelijking van de decubitusincidentie tussen beide landen zijn deze verschillen niet van significante invloed.'

## Moeilijk onderzoeksgebied

Eerdere onderzoeken naar het verschil in decubitusprevalentie tussen de Nederlandse en Duitse verpleeghuizen hebben dit verschil niet kunnen verklaren. Toch heeft vrij veel van dergelijk onderzoek plaatsgevonden, weet Meesterberends. 'Maar het is natuurlijk een moeilijk onder-

zoeksgebied', zegt ze. 'Het ontstaan van decubitus is immers van veel factoren afhankelijk. Het heeft niet alleen te maken met de gezondheidstoestand en beweeglijkheid van de persoon zelf, maar ook met de verleende zorg en met structuurkenmerken die hiermee samenhangen, zoals werken volgens richtlijnen en het opleidingsniveau van degenen die de zorg verlenen. En in eerdere onderzoeken is vooral gekeken naar de decubituspatiënt zelf en niet naar de samenhang met al die andere factoren. Bovendien is het meeste onderzoek prevalentie-onderzoek dat slechts een momentopname geeft. Om causale relaties te kunnen leggen, moet je ook gedurende de tijd meten.'

## Richtlijnen

Een van de kenmerkende dingen die Meesterberends opviel in haar vergelijkende studie tussen de Nederlandse en de Duitse situatie, is dat in Duitsland veel meer aandacht wordt besteed aan het verspreiden en implementeren van en werken volgens richtlijnen. 'Ik heb daar in het eerste deel van mijn onderzoek naar gekeken', vertelt ze. 'Het grote verschil tussen Nederland en Duitsland zit niet zozeer in de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen, maar in het vervolg daarop. In Duitsland bestaat veel meer interne controle op de verspreiding en implementatie van richtlijnen dan in Nederland en in Nederland is die controle bovendien primair extern. Het is de Inspectie voor de Gezondheidszorg die hierin een grote rol speelt. Bovendien is in Nederland bijscholing op basis van die richtlijnen veelal niet verplicht en in Duitsland wel. In Duitsland wordt dus zorgvuldiger met de materie omgegaan. Daar bestaat vanuit de instellingen zelf veel meer aandacht voor de kracht van herhaling van de boodschap die in de richtlijnen is vervat dan in Nederland. En die herhaling is van enorm groot belang. De verpleegkundigen en verzorgenden in de verpleeghuizen moeten immers in hun werk op heel veel facetten tegelijk letten.'

## Te weinig scholing

De vraag is natuurlijk waarom de implementatie van richtlijnen in Nederland zo tekortschiet. Meesterberends



E. Meesterberends (Foto: Caphri)

heeft in haar promotie-onderzoek onder andere uitgezocht welke barrières hiervoor aanwezig zijn. 'De kern zit bij het personeel', zegt ze, 'er is vaak te weinig personeel en dat is veelal ook laag geschoold. Ook is de motivatie om volgens richtlijnen te werken te gering, en de communicatie onderling tussen medewerkers schiet tekort. Er is te weinig scholing.'

Een aantal van deze punten geldt ook voor de Duitse situatie, maar één juist niet: te laag geschoold personeel. 'In Nederland zien we een grotere inzet van verzorgenden dan in Duitsland', zegt Meesterberends. 'Maar de kennis over decubituspreventie is in beide landen wel even groot. Sterker, soms is die in Nederland zelfs iets beter. Het probleem lijkt dus niet zozeer de scholing op zich te zijn, als wel de houding, het gedrag en de routine om volgens richtlijnen te werken. Het föhnen van het decubitusgebied wordt bijvoorbeeld in Nederland nog steeds toegepast, al weten we toch echt dat dit geen meerwaarde heeft. Terwijl zinvolle maatregelen juist niet altijd worden toegepast. De vraag is dus waar het precies misgaat: wordt niet geschoold om kennis over nieuwe ontwikkelingen over te dragen, of gebeurt dit wel maar blijven mensen toch hangen in oude gewoonten? In ieder geval is duidelijk dat er voldoende scholing dient te zijn. Het zou goed zijn als die verplicht was en regelmatig terugkerend. In Duitsland is dit wel het geval en daar zie je dat een goede maatregel als het toepassen van wisselligging veel vaker wordt toegepast. Er moet een cultuuromslag komen waarin de mensen aan het bed elkaar aanspreken over het werken overeenkomstig de richtlijnen. Alleen op die manier kan de omslag van externe naar interne controle worden gemaakt. Er is meer dan genoeg om aan te werken.'

## Samenwerking essentieel

Het promotieonderzoek van Esther Meesterberends is door brancheorganisatie Nefemed met enthousiasme ontvangen. Roland van Hattum, voorzitter van het wondcluster Nefemed, vertelt: 'Het onderzoek is volstrekt onafhankelijk, dat maakt het zo sterk. De waarde van dit onderzoek is groot, niet alleen voor de preventie en behandeling van decubitus, maar ook in breder perspectief voor de hele wondzorg. Het laat zien dat alle betrokken partijen moeten samenwerken om de wondzorg te verbeteren en daarmee tegelijkertijd de kosten van die zorg te beperken. En dit onderzoek geeft hier heel concreet richting aan.'

Het onderzoek van Meesterberends sluit heel goed aan op eerder onderzoek van Maastricht University, verricht op verzoek van Nefemed. Dit onderzoek, waarover vorig jaar in dit tijdschrift is gepubliceerd, was gericht op de vraag of er door Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen regionaal wordt samengewerkt en, zo ja, welke uitwerking deze samenwerking heeft op de prevalentie, preventie en behandeling van decubitus. 'Ook dat onderzoek maakte duidelijk dat samenwerking en het naleven van richtlijnen echt het verschil maken als je kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in wondzorg nastreeft', zegt Van Hattum. 'Net als de professionals zien ook wij als branchevereniging een rol weggelegd om de discussie hierover aan te zwengelen. Als wetenschap is wondzorg nog relatief klein en jong en discussie helpt om die naar een hoger plan te tillen. Daarin ondersteunen wij het belang van richtlijnengebied. Zoals het onderzoek van Meesterberends helder laat zien, is een richtlijn hebben alleen niet genoeg, het komt aan op succesvolle implementatie en toepassing in de dagelijkse praktijk. Fabrikanten investeren dan ook veel in trainingen en in 'train de trainer' programma's. Natuurlijk speelt voor de fabrikanten hierin de juiste toepassing van hun producten een rol, maar vanwege het belang van verdere verbetering van de kwaliteit van wondzorg spelen ze ook graag een rol in richtlijnontwikkeling. Hierbij past hen echter wel bescheidenheid. Het mede door ons opgezette Wondplatform helpt om mensen bij elkaar te brengen, maar het zijn de professionals die hierin het voortouw moeten nemen.'

## De rol van de hulpmiddelen

Behalve voorlichting over preventie en behandeling van decubitus blijft ook voorlichting over (decubitus)hulpmiddelen van belang, stelt Meesterberends. 'De professionals die ik voor mijn onderzoek heb gesproken, ervoeren geen gebrek aan beschikbaarheid van de juiste hulpmiddelen', zegt ze. 'Er zijn heel veel goede hulpmiddelen op de markt en ze worden steeds beter en gebruiksvriendelijker voor zowel professionals als patiënten. Ze worden ook voldoende ingezet, maar scholing over hoe dit optimaal kan,

blijft onverminderd van belang. Die hulpmiddelen zijn immers essentieel voor een optimale preventie en behandeling van decubitus. De decubitusverpleegkundige speelt hierin een belangrijke rol.'

Van Hattum onderschrijft geheel wat Meesterberends zegt. 'De fabrikanten kunnen de mooiste hulpmiddelen ontwikkelen, maar die hebben geen waarde als de professionals ze niet op de juiste wijze toepassen bij de juiste patiënt', zegt hij. 'Alle stukjes van de puzzel zijn van even groot belang. Verplichtstelling van scholing zou enorm waardevol zijn, net zo goed als een intern controlesysteem zoals Duitsland dit kent. Dit vraagt om gericht beleid vanuit de overheid. Het is immers in het belang van de cliënt, en ook van de zorgverzekeraars trouwens.' Meesterberends weet wel wat in dit kader een goede ontwikkeling zou zijn. 'Een belangrijk verschil tussen Nederland en Duitsland is dat in de Duitse verpleeghuizen nog steeds een hoofdverpleegkundige werkzaam is. In Nederland heeft de leidinggevende vaak geen inhoudelijke betrokkenheid bij de directe zorg, ze is hierin ook niet altijd opgeleid. Als dit wel het geval zou zijn en we ook in Nederland een hoofdverpleegkundige volgens Duits model zouden krijgen, zouden scholing en interne controle weer in één hand komen.'

\* *Frank van Wijck, freelance journalist, in opdracht van Nefemed*

1. Meesterberends E. **Pressure ulcer care in the Netherlands versus Germany 0-1. What makes the difference?** Proefschrift Maastricht 2013.