

De preventie van decubitus op een intensive care afdeling

Naam: Paulien de Valk

Groep: MANP 5 Doorstroom VS

Module: Best Practice Project December 2005

Versienummer: 3

Inleverdatum: 27-08-2007

Opleiding: MANP Hogeschool Utrecht.

Aantal woorden: 31591

Samenvatting

Naar aanleiding van de hoge prevalentie van decubitus op de IC afdeling van het Kennemer Gasthuis (KG) in Haarlem is dit best practice project geschreven in het kader van de opleiding MANP van de Hogeschool van Utrecht.

Het doel van dit best practice project is om de prevalentie van decubitus bij de volwassen patiënten op de IC afdeling onder het landelijk gemiddelde van 28,7 procent te krijgen door middel van het ontwikkelen en implementeren van een afdelingsspecifiek protocol met verpleegkundige evidence based interventies voor de preventie van decubitus bij volwassen patiënten en het implementeren van een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitus bij volwassen patiënten te meten.

In hoofdstuk 2 worden de kernbegrippen uit het doel en de vraagstellingen beschreven: de volwassen IC patiënt, decubitus, preventie, indicatoren, protocol en richtlijn, evidence based practice en best practice, implementatie en evaluatie. In hoofdstuk 3 wordt de IC afdeling van het KG beschreven met een beschrijving van de feitelijke preventieve decubituszorg die wordt gegeven. Uiteindelijk eindigt dit hoofdstuk met een eerste aanzet voor een nieuw afdelingsspecifiek protocol ter preventie van decubitus. In hoofdstuk 4 wordt een meetinstrument met indicatoren beschreven die aangepast is op de eerste aanzet van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol ter preventie van decubitus. In hoofdstuk 5 wordt een blauwdruk gegeven hoe een eventuele implementatie van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol en het meetinstrument met indicatoren kan worden vormgegeven op de IC afdeling van het KG.

Inhoudsopgave

1. Inleiding -----	3
2. Kernbegrippen -----	7
3. Omgeving -----	32
4. Meetinstrument met kwaliteitsindicatoren -----	47
5. Implementatie en evaluatie -----	55
6. Literatuurlijst -----	74
Bijlage 1. “Richtlijnen” inzet anti-decubitusmatrassen en/of anti-decubitus bedden. ----	80
Bijlage 2. Beschrijving van de literatuurstudies in 4 nationale richtlijnen. -----	85
Bijlage 3. Protocol: Voorkomen van hieldecubitus. -----	88
Bijlage 4. Protocol: Richtlijn preventie van decubitus. -----	90
Bijlage 5. Protocol: Richtlijn m.b.t. de wisselhouding. -----	93
Bijlage 6. Aanzet tot nieuw afdelingsspecifiek protocol ter preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling.-----	98
Bijlage 7. Checklist voor het opstellen van protocollen & richtlijnen. -----	105
Bijlage 8. De prevalentie-, en incidentie-indicatoren uit de Belgische nationale richtlijn (Defloor et al. 2004). -----	108
Bijlage 9. Indicaties voor anti-decubitus matrassen en/of anti-decubitus bedden bij opname van de volwassen patiënt op de Ic afdeling van het KG. -----	114
Bijlage 10. Diagram om het juiste bed voor de IC patiënt te kiezen. -----	115

1. Inleiding

Dit werkstuk is het eindproduct van de module: Best Practice Project in het kader van de opleiding Master in Advanced Nursing Practice van de Hogeschool van Utrecht. Onder 'Best Practice' kan worden verstaan een best mogelijke manier of procedure ten behoeve van (verpleegkundige) zorgverlening bij een bepaald probleem van bepaalde patiënten- of zorgvrager categorieën (Polet 2005). In dit werkstuk wil ik een 'best practice project' ontwerpen met als onderwerp de verbetering van de preventie van decubitus bij de volwassen patiënt op de IC afdeling van het Kennemer Gasthuis (KG).

Ik wil ten eerste de preventie van decubitus verbeteren omdat decubitus veel pijn en leed bij patiënten veroorzaakt. Decubitus kan leiden tot mutilerende complicaties en soms zelfs tot overlijden. Decubitus beïnvloedt de kwaliteit van het leven ongunstig (Gezondheidsraad 1999, CBO 2002, RIVM 2002, IGZ 2004).

Ten tweede wil ik de preventie van decubitus verbeteren omdat de prevalentie cijfers voor decubitus op de IC afdeling van het KG, waar ik werk als IC verpleegkundige, hoog zijn namelijk 50,0 procent (2004), 66,7 procent (2005) en 70,0 procent (2006) (Verpleegkundig consulenten wond en decubituszorg 2006). Uit een onderzoek gedaan naar de prevalentie cijfers voor decubitus in Nederlandse ICU's in het jaar 1998 en 1999 in respectievelijk 40 en 37 ICU's kwam een gemiddeld prevalentie cijfer voor decubitus van 28,7 procent met een range van 7,8 procent tot 48,8 procent. Het gemiddelde cijfer van 28,7 procent wordt in dit onderzoek hoog genoemd en wordt alleen ingehaald door het gemiddelde cijfer van de prevalentie van decubitus op geriatrische afdelingen met een prevalentie van 39,0 procent (Bours et al. 2001). De prevalentie cijfers van decubitus van de IC afdeling van het KG stijgen boven het hoogste prevalentie cijfer (48,8 procent) van de ICU's in het onderzoek van Bours et al.(2001).

Ten derde wil ik de preventie van decubitus verbeteren omdat de preventie van decubitus duur is maar nog altijd goedkoper dan het genezen van decubitus (Gezondheidsraad 1999, CBO 2002).

Ten vierde wil ik de preventie van decubitus verbeteren omdat de prevalentie van decubitus een kwaliteitsindicator is van de Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2006 (IGZ, NVZ, NFU, OMS 2006). Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De Kwaliteitswet Zorginstelling vraagt aan instellingen een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (Borst-Eilers 2001). De kwaliteitsindicatoren en een kwaliteitsmanagement systeem zijn instrumenten om

dit doel te halen. De IC afdeling van het KG heeft een beleidsplan dat gebaseerd is op een kwaliteitsmanagement systeem namelijk: Het INK-managementmodel (INK=Instituut Nederlandse Kwaliteit). Het INK is een stichting met als doelstelling de kwaliteit van de bedrijfsvoering te verhogen op basis van dit model (INK 2003). In het beleidsplan van de IC afdeling van het KG staan twee doelstellingen beschreven en één daarvan luidt: “Het leveren van optimale, efficiënte intensive care zorg, afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de patiënt en zijn familie, vanuit een financieel gezond oogpunt” Om deze doelstelling te halen worden er een aantal activiteiten beschreven waaronder, het onderhouden van algemene intensive care kennis en vaardigheden bij de beroepsgroepen, het ontwikkelen en publiceren van prestatie-indicatoren om de zorgresultaten in kaart te brengen en het introduceren en werken met Evidence Based Practice binnen de verpleegkundige groep (den Hartog 2006). Deze drie activiteiten wil ik een plaats geven in dit best practice project met betrekking tot de verbetering van de preventie van decubitus. In dit best practice project wil ik de preventie van decubitus in kaart brengen door middel van een meetinstrument met kwaliteitsindicatoren. Ik wil in dit best practice project bestuderen in hoeverre de preventieve decubitus zorg van de IC afdeling evidence based is en hoe dit eventueel verbeterd kan worden. Ik wil in dit best practice met betrekking tot de preventie van decubitus de kennis en vaardigheden van de IC verpleegkundigen onderhouden en eventueel verbeteren. Deze activiteiten hebben als doel de prevalentie van decubitus op de IC afdeling van het KG te verminderen.

Het probleem van de preventie van decubitus en de oplossing van dit probleem is volgens de Gezondheidsraad (1999) en de Inspectie voor de gezondheidszorg (2004) complex en hangt in dit geval onder andere af van drie beroepsgroepen namelijk de IC verpleegkundigen, de intensivisten en het management van de IC afdeling. De volwassen IC patiënt zelf kan weinig doen aan dit probleem wegens de IC behandeling. De IC patiënten verkeren in een levensbedreigende situatie, worden in een of meer vitale functies ondersteund en zijn meestal gesedeerd. IC patiënten zijn totaal afhankelijk van de zorg van de medewerkers van de IC afdeling dus ook voor het voorkomen van decubitus.

De preventie van decubitus is alleen mogelijk als de hierboven genoemde beroepsgroepen samenwerken, omdat het management van de IC afdeling vooral invloed heeft op het scheppen van voorwaarden om decubitus te voorkomen en de intensivisten hebben vooral invloed op een aantal risico-indicatoren van decubitus bij deze doelgroep. Risico-indicatoren hebben een voorspellende waarde voor het krijgen van decubitus, maar zijn niet de oorzaak van decubitus. De IC verpleegkundigen hebben vooral invloed op de oorzaak van decubitus,

de risicofactoren: druk- en schuifkrachten (Defloor et al. 2004). Dit is de reden waarom de uitwerking van de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling vooral komt te liggen bij de verpleegkundige interventies die decubitus kunnen voorkomen. Om deze zorg te meten en te sturen wil ik gebruik maken van een meetinstrument met kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarvoor bewijs of waarover consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te evalueren (Lawrence 1997 in Grol en Wensing 2006).

Uit bovenstaande volgen mijn doel- en vraagstelling:

Doelstelling:

De prevalentie van decubitus op de IC afdeling van het KG komt onder het landelijke gemiddelde van 28,7 procent te liggen door middel van het ontwikkelen en implementeren van een afdelingsspecifiek protocol met verpleegkundige evidence based interventies voor de preventie van decubitus bij volwassen IC patiënten en het implementeren van een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige preventieve decubitus zorg bij volwassen patiënten te meten.

Vraagstelling:

In hoeverre is de verpleegkundige preventieve decubitus zorg aan volwassen patiënten van de IC afdeling van het KG evidence based en hoe kan een afdelingsspecifiek protocol met preventieve evidence based verpleegkundige interventies voor de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG worden ontwikkeld en geïmplementeerd? Hoe kan een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige preventieve decubitus zorg bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG te meten worden geïmplementeerd?

In de volgende hoofdstukken ga ik de doel- en vraagstellingen uitwerken. In hoofdstuk twee beschrijf ik de kernbegrippen uit mijn vraag- en doelstellingen. In hoofdstuk drie beschrijf ik de omgeving, de IC afdeling van het KG met daarin aansluitend de ontwikkeling van een afdelingsspecifiek protocol met verpleegkundige evidence based interventies voor de preventie van decubitus. In hoofdstuk vier beschrijf ik een meetinstrument met kwaliteitsindicatoren om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitus te

meten. In hoofdstuk vijf beschrijf ik hoe de implementatie en evaluatie van het afdelingsspecifieke protocol en het meetinstrument zou kunnen plaats vinden.

2. Kernbegrippen

In dit hoofdstuk wil ik de kernbegrippen, die in mijn doel- en vraagstellingen voorkomen, beschrijven. De kernbegrippen die in de inleiding en in de doel- en vraagstellingen genoemd staan zijn: de volwassen IC patiënt, decubitus, preventie, indicatoren, prevalentie en incidentie, protocol en richtlijn, evidence based practice en best practice, implementatie en evaluatie.

2.1 De volwassen IC patiënt

Het gaat in dit best practice project om de volwassen IC patiënt die op de IC afdeling van het KG wordt behandeld en verzorgd. In het leerboek 'Intensive-care-verpleegkunde deel 1' citeert Topman (2003) uit het Advies Opleiding Diploma Intensive Care verpleegkunde van 1986 om de intensive care patiënt te beschrijven.

'De intensive care patiënt is iemand die in een acute levensbedreigende situatie is gekomen of dreigt te komen, waarbij vitale functies moeten worden ondersteund of overgenomen, terwijl tevens de oorspronkelijke en eventueel bijkomende ziekten zullen moeten worden behandeld en een goede algemene conditie zal moeten worden bevorderd of gehandhaafd. Een en ander met als doel: herstel van de patiënt tot een aanvaardbaar en menswaardig bestaan.' (Topman 2003, p. 34).

Bruining et al. (2000) beschrijven patiënten op de ICU als volgt:

'Op ICU's worden patiënten opgenomen met ernstige, vaak levensbedreigende aandoeningen die potentieel reversibel zijn en die meestal (mechanische) ondersteuning van vitale functies vragen. Het primaire doel van intensive care is het in leven houden van een patiënt tijdens een periode van ernstige ziekte om de mogelijkheid te bieden tot herstel met een grote kans op een acceptabele kwaliteit van leven.'

De IC afdeling van het KG behandelt en verzorgt een gedeelte van deze patiëntencategorie. Het KG is een perifeer ziekenhuis en verzorgt en behandelt daarom geen patiënten vanuit de neurochirurgie en de cardiochirurgie, maar wel trauma patiënten en patiënten vanuit het

interne en snijdend specialisme. De IC afdeling ontvangt zijn patiënten vanuit de OK (Operatie Kamer), CCU (hartbewaking), MC (Medium Care), SEH (Spoed Eisende Hulp) en van de verschillende verpleegafdelingen of via andere ziekenhuizen in verband met overplaatsingen. De IC afdeling van het KG behandelt volwassen IC patiënten en doet alleen de eerste opvang en stabilisatie van kinderen die daarna voor transport naar een specialistisch afdeling in een academisch ziekenhuis gaan.

Een belangrijk aspect van de intensive care patiënt is zijn totale afhankelijkheid van het intensive care team met betrekking tot de behandeling die gegeven wordt. Topman (2003) beschrijft dit als volgt:

‘Wat alle intensive-care patiënten - ongeacht hun aandoening of operatie - gemeen hebben, is dat zij aangaande de behandeling , bewaking, verpleging en verzorging zo goed als volledig afhankelijk zijn. Door de omstandigheden worden de patiënten wat behandeling, verzorging en bejegening betreft immers totaal overgeleverd aan het intensive-care team.’ (Topman 2003, p. 35).

De IC patiënt is in de preventie van decubitus totaal afhankelijk van de IC verpleegkundigen, de intensivisten en het management van de IC afdeling.

Het hoge risico op het krijgen van decubitus is een ander aspect van de intensive care patiënt. Dit hoge risico voor decubitus ontstaat door de levensbedreigende situatie waarin de patiënt zich bevindt en de behandeling van deze levensbedreigende situatie. Algemene voorbeelden van risicofactoren en risico-indicatoren van decubitus bij de intensive care patiënt zijn:

- verminderde activiteit en mobiliteit;
- verminderde sensibiliteit;
- verminderde sensorische gewaarwording, dit wordt meestal veroorzaakt door het gebruik van medicijnen (narcotica, sedativa en analgetica);
- maceratie van de huid door incontinentie van ontlasting, transpiratie en lekkend wondvocht;
- hoge of lage lichaamstemperatuur;
- circulatie problemen;
- ventilatie problemen;

- gebruik van inotropica (medicijnen die effect hebben op de werking van het hart) (Keller et al. 2002).

Kortom, op de IC afdeling van het KG worden volwassen trauma patiënten en volwassen patiënten vanuit het interne en chirurgische specialismen behandeld en verzorgd. Deze patiënten bevinden zich in een levensbedreigende situatie. De behandeling en de verzorging van deze levensbedreigende situatie brengt een hoog risico op het krijgen van decubitus met zich mee.

2.2 Decubitus

Centraal onderwerp van dit best practice project is decubitus. Decubitus is het kernbegrip wat ik in de module ‘praktijkgericht onderzoek’ voor de MANP opleiding in een conceptanalyse heb bestudeerd volgens de methode van Walker en Avant (2005) (de Valk 2005c). Decubitus komt in de literatuur op verschillende manieren tot uiting, namelijk in definities, in een conceptueel model, in risicoschalen en in classificaties.

In de verschillende definities komt naar voren dat het bij decubitus gaat om weefselversterf met als oorzaak druk. In de richtlijn decubitus tweede herziening van het CBO (2002) wordt geschreven dat zonder druk decubitus niet kan ontstaan. In mijn concept analyse kies ik voor de definitie van decubitus van het CBO (2002) omdat deze kort maar krachtig weer geeft wat decubitus is (deValk 2005c).

‘Decubitus is weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkrachten of van een combinatie van deze factoren’ (CBO 2002).

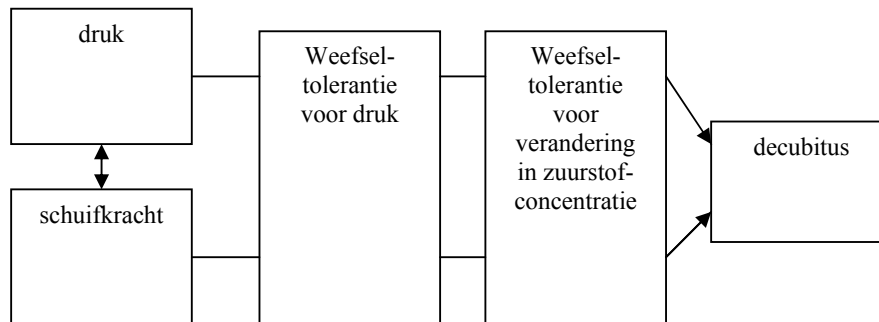
Maar naar aanleiding van reacties op een artikel in het tijdschrift voor verpleegkundigen (TVZ), kom ik hier op terug. Crassee (2006) heeft een artikel geschreven over de goede resultaten van het gebruik van sokken bij CVA-patiënten om hielblaren, die decubituswonden worden genoemd, te voorkomen. Prof. Dr. Tom Defloor, Verplegingswetenschap Universiteit Gent (2006) reageert op dit artikel door onderscheid te maken tussen de oorzaken van hielblaren. Hielblaren kunnen ontstaan door druk en schuifkracht en zijn dan decubitusletsels. Ze kunnen echter ook ontstaan door wrijving. Schuifkrachten ontstaan doordat een lichaam ‘kleeft’ aan de onderlaag, bijvoorbeeld het slepen van lichaamsdelen die niet loskomen van het onderlaken over deze onderlaag heen waardoor de huid vervormt en de doorbloeding

wordt onderbroken. Wrijfkrachten ontstaan als een lichaam niet ‘kleeft’ aan de onderlaag maar telkens eroverheen wordt gewreven, de huid wordt niet op een zodanige wijze vervormt dat er geen doorbloeding meer is. Bijvoorbeeld het bewegen van de hielen over de onderlaag. Er ontstaan dan schaafwonden en geen decubitus (Defloor 2006). Weststrate et al. (2006) reageren ook op het artikel van Crassee (2006) en pleiten ervoor wrijfkracht niet meer te beschouwen als oorzaak van decubitus. Decubitus kan alleen ontstaan als gedurende een bepaalde tijd druk wordt uitgeoefend op het onderliggende weefsel: geen druk, geen decubitus. Een maatregel om decubitus te voorkomen dient daarom de druk te verlagen of de tijdsduur dat de druk optreedt te verkorten. Aan sokken kunnen deze eigenschappen niet worden toegeschreven. Weststrate et al. (2006) schrijven dat er al jarenlang een discussie woedt over de zogenoemde druk, schuif- en wrijfkrachten als oorzaken van decubitus zoals gehanteerd in de CBO-richtlijn. De (bijna) verticale druk staat hierbij niet ter discussie. Het probleem zit hem in de definitie van de schuif- en wrijfkrachten. In de Belgische richtlijn (Defloor et al. 2004) wordt expliciet op deze discussie ingegaan. Bij schuifkracht is er sprake van een kracht op de huid die kleiner is dan het kleefvermogen van de huid aan de onderlaag. Het weefsel zal vervormen en de bloedvaten worden hierdoor dichtgetrokken. Dat kan leiden tot het ontstaan van decubitus. Anders is de blaar die ontstaat als de schuifkracht groter wordt dan het kleefvermogen. Als deze kracht - wrijfkracht - groot genoeg is of frequent uitgeoefend wordt, kunnen schaafwonden ontstaan. Dit letsel wordt niet veroorzaakt door een te hoge druk en kan daarom geen decubitus genoemd worden; het zijn wrijvingsletsels (Defloor et al. 2004). Weststrate et al. (2006) vinden hierom dat in de volgende herziening van de landelijke richtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus de wrijfkracht niet meer als oorzaak van decubitus mag worden opgenomen.

Naar aanleiding van deze reacties wil ik voor dit best practice project voor een andere definitie van decubitus kiezen dan ik gekozen heb in mijn conceptanalyse, namelijk voor de definitie van decubitus zoals die beschreven is in de Belgische richtlijn omdat deze de oorzaak wrijfkracht voor decubitus achterwege laat.

‘Decubitus is een degeneratieve verandering van het weefsel veroorzaakt door een zuurstoftekort ten gevolge van het collaberen van bloedvaten door weefselvervorming. Deze vervorming van het weefsel wordt veroorzaakt door een combinatie van druk en schuifkracht’ (Defloor et al. 2004).

In 1999 formuleerde Tom Defloor een conceptueel model voor het ontstaan van decubitus. Hij heeft dit model gebaseerd op modellen van Lowthian (Lowthian 1970 in Defloor 1999) en Braden & Bergstrom (Braden & Bergstrom 1987 in Defloor 1999). Het model wordt hieronder beschreven met behulp van drie figuren.



Figuur 1 Conceptueel model voor het ontstaan van decubitus (Defloor 1999).

In het conceptueel model wordt decubitus veroorzaakt door druk en schuifkracht (Defloor 1999).

Druk

Druk kan omschreven worden als een kracht die loodrecht op het weefsel wordt uitgeoefend. Een druk hoger dan de druk in die capillair, doet die capillair collabereren. De grootte van de druk in die capillair varieert en is afhankelijk van de druk in het bloedvat, de dikte van de bloedvatwand, de hoeveelheid vetweefsel aanwezig op de plaats waar de druk wordt uitgeoefend en de gezondheidstoestand van het individu (Defloor et al. 2004).

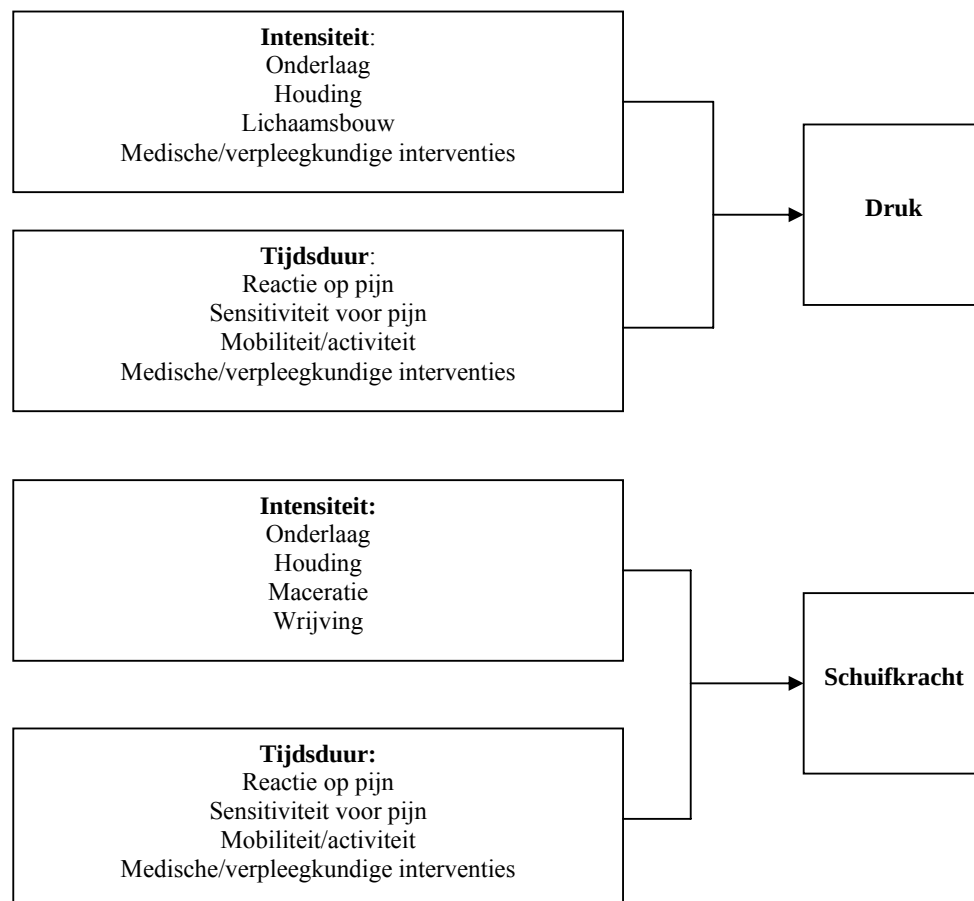
Wrijfkracht

Als een kracht evenwijdig aan het weefsel wordt uitgeoefend en deze groter is dan het kleefvermogen van de huid aan de onderlaag, blijft de huid niet kleven aan de onderlaag en zal de huid schuren over de onderlaag. Als deze kracht – de wrijfkracht – groot genoeg is of frequent uitgeoefend wordt, kunnen schaafletsels ontstaan. De buitenste beschermende laag van de hoornlaag wordt afgeschuurd en een schaafwonde of blaar ontstaat. Deze letsels worden niet veroorzaakt door een zuurstof tekort en zijn geen decubitusletsels. Preventieve maatregelen gericht op het opheffen van het zuurstoftekort ter hoogte van het weefsel zullen op dit soort letsels dan ook geen effect hebben. Anderzijds zullen maatregelen om wrijving tegen te gaan de kans op decubitusletsels niet verminderen.

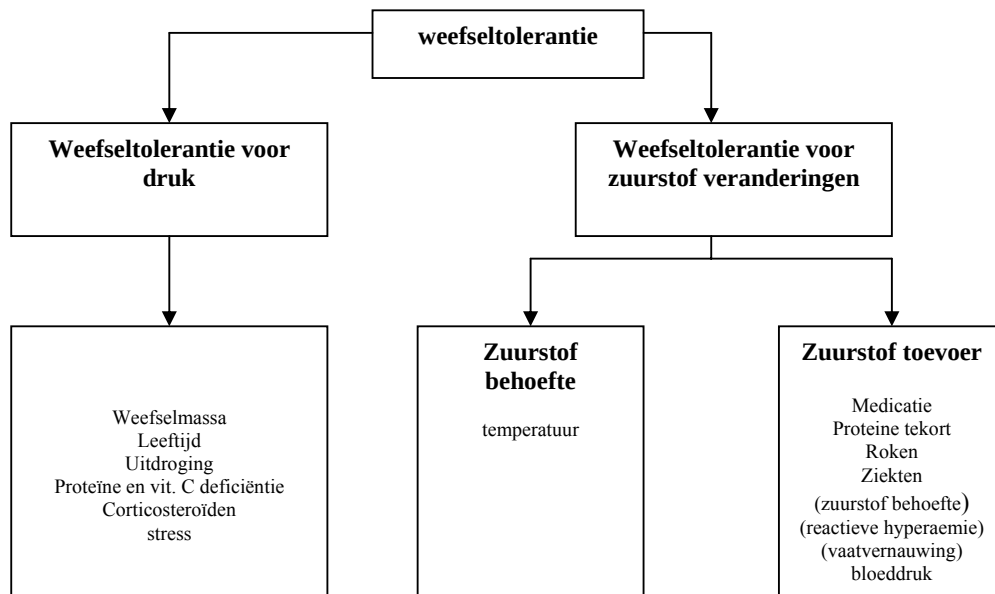
Schuifkracht

Als de kracht die evenwijdig aan het weefsel wordt uitgeoefend, kleiner is dan het kleefvermogen van de huid aan de onderlaag, blijft de huid kleven aan de onderlagen zal het weefsel vervormen en kan decubitus ontstaan. Er is dan sprake van schuifkracht (Defloor et al. 2004).

Het wel of niet optreden van decubitus is afhankelijk van een aantal factoren die vallen onder het begrip weefseltolerantie. Weefseltolerantie omvat de individuele kenmerken van een persoon die meebepalen of de intensiteit en de duur van de aanwezige druk en schuifkrachten al of niet volstaan om decubitus te krijgen. Weefseltolerantie kan onderverdeeld worden in weefseltolerantie voor druk en weefseltolerantie voor verandering in zuurstofconcentratie (Defloor et al. 2004).



Figuur 2. De weefseltolerantie van een individuele patiënt bepaalt of bij de duur en intensiteit van de aanwezige druk en schuifkrachten decubitus ontstaat (Defloor 1999).



Figuur 3. Weefseltolerantie kan worden onderverdeeld in weefseltolerantie voor druk en weefseltolerantie voor zuurstof veranderingen (Defloor 1999).

De weefseltolerantie voor druk wordt bepaald door de drukspreidende capaciteit van het weefsel. De vermindering van de drukspreidende capaciteit van het weefsel wordt in verband gebracht met de toename van de leeftijd, dehydratie, eiwit- en vitaminetekort en stress. Zolang de toevoer van zuurstof in de weefsels de behoefte dekt, ontstaat geen decubitus. Als echter hetzij de zuurstoftoevoer daalt, hetzij de zuurstofbehoefte van het weefsel toeneemt, kan een zuurstof schuld ontstaan en neemt het risico op decubitus toe (Defloor et al. 2004). De weefseltolerantie voor verandering in zuurstofconcentratie zal meebepalend zijn of de zuurstofschuld kan worden geneutraliseerd of niet. De weefseltolerantie voor verandering in zuurstofconcentratie omvat factoren als gebruik van medicatie die de perifere circulatie vermindert, langdurig proteïnetekort met oedeemvorming en tabaksmisbruik. Ook aandoeningen die gepaard gaan met een verminderd zuurstofaanbod, een vertraagde reactieve hyperemie en een versnelde vasculaire occlusie brengen een verhoogd risico op decubitus met zich mee. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn diabetes mellitus en pulmonaire aandoeningen. Reactieve hyperemie is een belangrijk fenomeen bij het ontstaan van decubitus. Het treedt op na het opheffen van druk. De bloedstroom door de huid wordt onderbroken wanneer een zekere druk wordt toegediend, na het opheffen van deze druk treedt

gedurende enige tijd juist een grotere of reactieve doorstroming op. Dit wordt ook wegdrukbaar roodheid genoemd. De zuurstofbehoefte van de cellen kan verhoogd worden door temperatuurverhoging (Defloor et al. 2004).

Decubitus komt in de literatuur ook tot uiting in risicoschalen. In de literatuur wordt veel geschreven en onderzoek gedaan naar risicoschalen en risicofactoren van decubitus. Het CBO (2002) en Defloor et al. (2004) maken onderscheid tussen risicofactoren en risico-indicatoren. In risicoschalen zijn risicofactoren en risico-indicatoren vertaald in items die gescoord kunnen worden in getallen waarmee de zwaarte van het voorkomen van deze items wordt weergegeven. De risicofactoren voor decubitus zijn druk en schuifkrachten omdat deze de oorzaken van decubitus zijn. Dit wordt vaak vertaald in bijvoorbeeld mobiliteit of activiteit. Risico-indicatoren voor decubitus zoals bijvoorbeeld voedingstoestand, leeftijd, medicatie of centrale temperatuur hebben geen oorzakelijke verbanden met het ontstaan van decubitus maar worden wel veel gebruikt in risicoschalen voor decubitus, om het ontstaan van decubitus te voorspellen. Dit laatste is denk ik de reden waarom vaak risicoschalen in de wetenschappelijke literatuur niet valide en betrouwbaar of sensitief (sensitiviteit) en specifiek (specificiteit) worden bevonden. De conclusies van de meeste onderzoeken zijn daarom dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar deze risicoschalen (Schoonhoven et al. 2002, de Valk 2005c).

Ondanks het feit dat risicoschalen wetenschappelijk niet voldoen adviseren het CBO (2002) en Defloor et al. (2004) toch het gebruik van deze schalen aan, maar in combinatie met de klinische blik van de verpleegkundige. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat deze combinatie een betere voorspelling geeft van het risico op decubitus dan de twee methoden afzonderlijk. Ondanks deze aanbeveling wil ik geen risicoschaal voor dit best practice project gebruiken omdat risicoschalen niet valide en betrouwbaar zijn en weinig sensitief en specifiek (Valk de 2005c). Het gebruik van risicoschalen leidt tot verpleegkundige preventieve decubitus zorg die ineffectief en inefficiënt is (Schoonhoven et al. 2002). Hierbij komt dat verpleegkundigen risicoschalen ervaren als weinig zinvol en tijdrovend (CBO 2002, Defloor et al. 2004). Daarvoor in de plaats wil ik een alternatieve methode gebruiken voor het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van decubitus. Namelijk de Niet Wegdrukbaar Roodheid - methode (NWR-methode) (Vanderwee et al. 2006, Defloor et al. 2004). Deze methode houdt in dat elke patiënt in zorg regelmatig onderzocht wordt op graad 1 decubitus wat Niet Wegdrukbaar Roodheid is. Zodra NWR optreedt wordt preventie

onmiddellijk gestart of verhoogd. Deze methode wordt door Defloor et al. (2004) als verantwoord beschouwd maar zij vinden het nog te vroeg om deze methode met zekerheid aan te bevelen in de Belgische nationale richtlijn. Verder onderzoek dat de resultaten bevestigt is hiervoor nog nodig. Het is kiezen tussen twee methoden die wetenschappelijk (nog) niet onderbouwd kunnen worden. De risicoschalen zijn nog steeds niet onderbouwd ondanks veel wetenschappelijk onderzoek en de NWR-methode is nog niet onderbouwd omdat er nog te weinig wetenschappelijk onderzoek is. De methode wordt wel verantwoord beschouwd door Defloor et al. (2004) in de nationale Belgische richtlijn mits er dagelijks en grondig geobserveerd wordt en dadelijk preventie gestart of verhoogt wordt bij het optreden van NWR en omdat NWR nog reversibele is, secundaire preventie. Vanwege praktische redenen kies ik in dit best practice project voor de NWR-methode. De NWR-methode heeft als voordeel dat het weinig arbeidsintensief is en daardoor eenvoudiger te implementeren is ook omdat het een onderdeel is van het meten van decubitus namelijk: het optreden van graad 1 decubitus.

In het onderzoek van Vanderwee (2007) wordt in de experimentele groep pas met preventie gestart wanneer NWR optrad in vergelijking met de controlegroep waar preventie wordt gestart wanneer een klassieke risicoschaal (Bradenschaal) dit aangaf of wanneer NWR optrad. Het onderzoek werd gedaan met patiënten die zijn opgenomen op chirurgische, interne of geriatrie afdelingen. Het blijkt dat het aantal decubitusletsels graad 2 en hoger niet toeneemt in vergelijking met het gebruik van een klassieke risicoschaal maar het leidt wel tot een halvering van het aantal mensen dat preventieve maatregelen nodig heeft.

Op de IC afdeling van het KG wordt niet systematisch een inschatting gemaakt van het risico wat een volwassen IC patiënt loopt op het krijgen van decubitus door middel van een risicoschaal. Alle volwassen IC patiënten worden beschouwd als risicopatiënt vanwege een verminderde activiteit en/of mobiliteit (Defloor et al. 2004). De patiëntencategorie in het onderzoek is niet vergelijkbaar met volwassen IC patiënten. In de praktijk van de IC afdeling van het KG krijgen alle volwassen IC patiënten voordat deze patiënten gezien zijn op het verhaal of aankondiging van de acute opname een evidence based anti-decubitusmatras (een drukverlagend systeem of een drukpuntwijzigende systeem) naar aanleiding van criteria die niet evidence based zijn maar op gezond verstand gebaseerd zijn. Deze criteria staan in bijlage 1 (Heuzeveldt 2003, Gooijer 2004). Geplande chirurgische opnames op de IC afdeling krijgen op de verpleegafdeling al een evidence based anti-decubitusmatras gebaseerd op dezelfde criteria. Zie bijlage 1. Acute opnames die van de verpleegafdeling komen hebben een evidence based statisch anti-decubitus matras (low foam) of een drukverlagend systeem. Zie

bijlage 1. Nadat de hierboven genoemde preventie gestart is wil ik in dit best practice project een dagelijks risicometing implementeren door middel van de NWR-methode. Dit is verantwoord omdat de preventie van decubitus al ingezet is door middel van het inzetten van een anti-decubitusmatrassen en bedden die aanbevolen worden door het CBO (2002) en Defloor et al. (2004). De bewijsvoering voor de NWR-methode is zwak en moet in de toekomst voor de volwassen IC patiënten nog worden bewezen in wetenschappelijk onderzoek. Toch kies ik voor deze methode omdat de bewijsvoering voor de risicoschalen ook erg zwak is ondanks ontzettend veel onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit. Een nadeel van de risicoschaal is dat er niet kant en klaar een risicoschaal voor de volwassen patiënt op de IC afdeling is. Een risicoschaal zal moeten worden aangepast op de situatie van het KG en blijft ineffectief en inefficiënt. Het weinige wetenschappelijk onderzoek dat naar de NWR-methode is gedaan suggereert efficiëntie en effectiviteit en deze methode wordt in dit best practice ingezet als de preventie bij opname al gestart is. Een voordeel van de NWR-methode is dat het een onderdeel is van de dagelijkse decubitusmeting die in dit best practice project wordt geïmplementeerd.

Decubitus komt in de literatuur ook tot uiting in classificaties. Decubitus wonden zien er allemaal verschillend uit en zijn van nog niet ernstige reversibele wonden tot ernstige niet reversibele wonden in te delen. Om ordening aan te brengen in deze verschillende wonden hebben wetenschappers hiervoor classificaties gemaakt. In de literatuur worden negen classificaties voor decubitus beschreven (de Valk 2005c). Uiteindelijk wordt er in de conceptanalyse gekozen voor de Nederlandse beschrijving van de classificatie van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2005) uit de richtlijn van het CBO (2002). Decubitus wordt in 4 graden onderverdeeld. Belangrijk is dat de 4 graden worden beschouwd als 4 verschijningsvormen van decubitus en niet als fasen die noodzakelijk opeenvolgen (Defloor et al. 2004, CBO 2002). De classificatie luidt als volgt:

Graad 1. Niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.

Graad 2. Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een oppervlakkige ontvelling.

Graad 3. Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4. Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).

Deze classificatie is volgens het CBO (2002) een duidelijke classificatie die direct aan het bed van de patiënt te gebruiken is, een hoge interbeoordelaar betrouwbaarheid heeft en internationaal bruikbaar is (CBO 2002). Defloor en Schoonhoven (2004) hebben de interbeoordelaar betrouwbaarheid van deze classificatie getest bij experts door middel van foto's en komen tot de conclusie dat deze goed lijkt. De werkvorm met foto's die in dit onderzoek gebruikt is om experts decubituswonden te laten classificeren met behulp van de hierboven genoemde classificatie wordt in hoofdstuk vijf in het implementatieplan gepland om te gebruiken als didactische werkvorm om IC verpleegkundigen te leren decubitus te meten met deze classificatie (de Valk 2005a).

Naast deze classificatie van decubitus die in vier graden beschrijft wat de manifestatie van decubitus is volgt hierna een beschrijving van drie andere soorten wonden die heel erg op decubitus lijken maar die geen decubitus zijn (de Valk 2005c). Maatregelen tegen decubitus werken niet bij deze wonden omdat deze een andere oorzaak van ontstaan hebben.

Bij het bespreken van de definitie van decubitus is al één soort wond besproken, die op decubitus lijkt maar dat niet is, namelijk wrijvingsletsel (Defloor et al. 2004, Defloor 2006, Weststrate et al. 2006). De oorzaak van wrijvingsletsel is wrijving en geen druk en de wond heet daarom ook geen decubitus. Wrijvingsletsel lijkt op graad 2 decubitus: Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid, al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder. Het defect manifesteert zich als een blaar of een oppervlakkige ontvelling (CBO 2002). Decubitus graad 2 en wrijvingsletsels hebben dezelfde manifestatie maar hebben een andere oorzaak. Bij decubitusletsels liggen de preventieve maatregelen op het vlak van de druk en schuifkrachten en bij wrijvingsletsels op het vlak van de wrijving.

Een tweede soort letsel dat vaak verwisseld wordt met decubitusletsel is incontinentieletsel. Ook hier geldt dat een onderscheid maken tussen decubitusletsel en incontinentieletsel van groot belang is, omdat incontinentieletsel een andere aanpak vraagt dan decubitusletsel. Onderscheid maken tussen incontinentieletsel en decubitusletsel kan door de vorm en de kleur van het letsel te beoordelen en de locatie van het letsel te bepalen (Incontinentie letsel treedt ook op waar geen botuitsteeksels een drukpunt vormen). Incontinentieletsel ontstaat door

incontinentie van urine en faeces. Bij de volwassen IC patiënt is vooral de incontinentie van faeces van belang, omdat deze patiënten vrijwel altijd een urine katheter hebben voor het monitoren van de urine productie. Het langdurige huidcontact met het etsende vocht van de faeces kan de huid verweken. Er ontstaat roodheid en oppervlakkige huidlagen gaan stuk. Ter hoogte van de bilnaad vindt men vaak bij incontinentieletsels een spleetvormig letsel met witte, verweekte randen. Andere kenmerken van incontinentieletsels zijn de purperen kleur, het oedeem, de zwelling en de vochtigheid van de huid. Incontinentieletsels hebben vaak een glimmend huidoppervlak. De rode plekken zijn vaak ongelijkmatig over het huidoppervlak verspreid en kunnen zowel wegdrukbaar als niet wegdrukbaar zijn. De roze en witte (wond)randen zijn diffuus en grillig van vorm. Is incontinentieletsel daarbij ook onderhevig geweest aan wrijving, dan kan er sprake zijn van een ontvelde huid of gescheurde huidfragmenten (Halfens et al. 2005).

Het laatste soort letsel dat van decubitusletsel onderscheiden moet worden om decubitus goed te behandelen en te classificeren is smetten (intertrigo). Smetten is een ontsteking van de huidplooien. Het komt voornamelijk voor in de liezen, de oksels, de bilnaad en onder de borsten. Daarnaast komt het voor in plooien van de oogleden, nekplooien, elleboogsplooien, buikplooien, de navel en tussen de tenen (NVDVV, LEVV, NIVEL 2004)¹. Er is nog weinig bekend hoe smetten precies ontstaat. In het algemeen wordt aangenomen dat smetten ontstaat door huid-op-huid contact. Doordat de huidlagen tegen elkaar bewegen ontstaan oppervlakkige beschadigingen. Warmte, vocht en gebrek aan luchtcirculatie zijn factoren die van negatieve invloed zijn op het verdere verloop waardoor verweking van de huid, dit is het verdwijnen van de hoornlaag, ontstaat. De huid verliest zijn natuurlijke afweer en er kan een bacteriële of schimmelinfectie ontstaan (NVDVV, LEVV, NIVEL 2004).

De symptomen van smetten zijn:

- Erytheem (roodheid)
- Natten(vochtig)
- Dunne glanzende huid
- Fissuur (scherpe rode wondlijn in het midden van de plooi)
- Spiegelvorming
- Huidbeschadiging

¹ NVDVV = De Nederlandse Vereniging van Dermatologische Verpleegkundigen en Verzorgenden, LEVV = Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, NIVEL = Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

- Erosie/ontvelling/schaafwondjes
- Maceratie (verweking)

Daarnaast kenmerkt smetten zich door de volgende subjectieve kenmerken:

- Pijn
- Jeuk
- Schrijnend/brandend gevoel (NVDVV, LEVV, NIVEL 2004)

Volgens de richtlijn van de NVDVV, LEVV en NIVEL (2004) is er een gradueel verloop van smetplekken die globaal in vier fasen te verdelen is, te weten:

Fase 1

Lichtrode, intacte huid, eventueel gepaard gaand met jeuk en een schrijdend/brandend gevoel.

Fase 2

Felrode, glanzende, intacte huid eventueel gepaard gaand met jeuk en een schrijdend/brandend gevoel.

Fase 3

Felrode, nattende en kapotte huid, verweking (maceratie) eventueel gepaard gaand met jeuk en een schrijdend/brandend gevoel. Er is een scherpe rode wondlijn (fissuur) zichtbaar op de breuklijn van de ene helft van de huidplooi naar de andere helft.

Fase 4

In deze fase is er sprake van een geïnfecteerde smetplek en van een kapotte huid met een witte, gele of groene verkleuring (de kleuring is afhankelijk van het infecterende micro-organisme) eventueel gepaard gaand met een onaangename geur. Er is in deze fase sprake van pijn, jeuk en een schrijnend/brandend gevoel. Een bacteriële infectie kan gepaard gaan met verhevenheid en zwelling van het wondgebied. Het smetten blijft beperkt tot een oppervlakkige huidontsteking. Het symptoom koorts wordt hierbij niet waargenomen (NVDVV, LEVV, NIVEL 2004).

Met betrekking tot het kernbegrip decubitus is in deze paragraaf een definitie van decubitus en een conceptueel model voor het ontstaan van decubitus beschreven. Daarna is er een risicoscore voor decubitus en een classificatie van decubitus beschreven. Als laatste zijn andere soorten letsels beschreven die sterk lijken op decubitus. Dit is belangrijk omdat deze

letsels andere oorzaken hebben dan decubitus. Decubitus kan alleen worden voorkomen als er maatregelen tegen de oorzaken van decubitus worden genomen. Deze maatregelen richten zich op het verminderen van de intensiteit en de tijdsduur van de druk en schuifkrachten. Het verminderen van de intensiteit en de tijdsduur van de druk en schuifkrachten zal niet helpen om de andere letsels te voorkomen.

2.3 Preventie

Het project richt zich op preventie van decubitus. Verberk en Kuiper (2002) beschrijven de preventietheorie van Caplan (1964 in Verberk en Kuiper 2002) binnen het Neuman System Model. Het Neuman System Model is een verpleegkundig model. Het Neuman Systems Model gebruikt de preventietheorie van Caplan als ordeningsprincipe voor verpleegkundige interventies op drie niveaus namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie heeft betrekking op het verlagen van het aantal ziekteprocessen door schadelijke factoren te bestrijden, voordat deze kans hebben gezien ziektes te veroorzaken. Primaire preventieve interventies beogen het bevorderen van de gezondheid. Deze interventies vinden plaats wanneer er stressoren verwacht worden of reeds aanwezig zijn, maar die nog geen schade hebben veroorzaakt. De interventies kunnen bestaan uit het voorkomen van stressoren of het vergroten van de eigen mogelijkheden van het cliëntsysteem (gezondheidsbevordering). Secundaire preventie bestaat uit het zoveel mogelijk beperken van de gevolgen van stoornissen, door het aantal ziektegevallen zo laag mogelijk te houden. Secundaire preventieve interventies beogen het herstellen van de gezondheid en worden uitgevoerd nadat stressoren het evenwicht en daarmee de gezondheid hebben verstoord. Interventies kunnen zijn het vroegtijdig onderkennen van gezondheidsverstoringen of de behandeling daarvan. Tertiaire preventie beoogt het beperken van het disfunctioneren als gevolg van een doorgemaakte ziekte. Tertiaire preventieve interventies hebben het behouden van de gezondheid tot doel en vinden plaats tijdens de herstelfase en volgen dus op het uitvoeren van secundaire preventieve interventies. Voorbeelden daarvan zijn het bevorderen van het herstelproces, het versterken van de hulpbronnen en het beschermen van het systeem voor nieuwe symptomen. Evenals Caplan ziet Neuman de verschillende preventieniveaus als onderling samenhangend en ze kunnen daarmee ook parallel aan elkaar worden uitgevoerd. Expliciet stelt Neuman de mogelijkheid aan de orde om de interventies circulair op elkaar te laten volgen. Meestal gaat de tertiaire preventieve interventies geleidelijk over in primaire preventieve interventies (Verberk en Kuiper 2002).

De verpleegkundige interventies die het doel hebben om decubitus te voorkomen bij volwassen IC patiënten (de cliëntensystemen) die nog geen decubitus hebben vallen onder de tertiaire preventieve verpleegkundige interventies. Het gaat bij de volwassen patiënt opgenomen op de IC afdeling om het behoud van de gezondheid, het beschermen van het cliëntsysteem voor nieuwe symptomen. Decubitus treedt op bij een reeds bestaande aandoening (co-morbiditeit) (RIVM 2002, Gezondheidsraad 1999).

2.4 Indicatoren, prevalentie en incidentie

Om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling te meten wordt er in de doel- en vraagstelling in dit best practice project een meetinstrument met indicatoren genoemd en een prevalentie cijfer. Een indicator is een meetbaar fenomeen (meestal een getal) dat een signalerende functie heeft. Wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing mogelijk. Indicatoren geven dus een aanwijzing over de mate van kwaliteit van een bepaald aspect van de gezondheidszorg (CBO 2007). Indicatoren krijgen in de literatuur verschillende benamingen. Vanuit de kwaliteitszorg worden de indicatoren kwaliteitsindicatoren genoemd. Men kan onderscheid maken in proces-, structuur- en uitkomstindicatoren. Procesindicatoren geven informatie over de handelingen om kwaliteit te leveren. Het gaat meestal om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is uitgevoerd. Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg CBO (2007). Dit kan men een classificatie van indicatoren noemen. In de Nederlandse richtlijn decubitus van het CBO (2002) en in de Duitse nationale richtlijn dekubitusprophylaxe van het DNQP (2004)² wordt de decubitus zorg gemeten met behulp van deze classificatie van indicatoren. Defloor et al. (2004) in de Belgische nationale richtlijn en de EPUAP (2005) maken gebruik van een andere classificatie van indicatoren. Zij maken onderscheid in prevalentie-indicatoren en incidentie-indicatoren. Veel kwaliteitsindicatoren kunnen ook ingedeeld worden in prevalentie-indicatoren en incidentie-indicatoren. De prevalentie-indicatoren en de incidentie-indicatoren hebben een naam die afgeleid is van frequentiematen uit de epidemiologie namelijk de prevalentie en incidentie. Epidemiologie is de leer van de verspreiding der ziekten en de omstandigheden die met de verspreiding

² DNQP = Deutschen netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

verband houden. De incidentie geeft het aantal nieuwe gevallen van een bepaald gezondheidsprobleem gedurende een bepaalde periode weer, betrokken op de risicopopulatie. De prevalentie geeft het aantal mensen aan dat op een bepaald moment een gezondheidsprobleem heeft, betrokken op de risicopopulatie (Frederiks 2000).

Met betrekking tot decubitus is de prevalentie van decubitus het deel van de patiënten waarbij decubitus op een bepaald tijdstip aanwezig is. Het gaat hierbij om een momentopname. De prevalentie wordt uitgedrukt in procent (van omschreven populatie) en ligt tussen 0 en 100%. De incidentie van decubitus is het deel van de patiënten die bij de start van een bepaalde periode vrij was van decubitus en die gedurende die periode decubitus ontwikkelt. De incidentie wordt gemeten door een groep patiënten vrij van decubitus te volgen gedurende een bepaalde periode en hen regelmatig te onderzoeken op de ontwikkeling van decubitus. Incidentie wordt, in tegenstelling tot prevalentie, over een tijdsperiode gemeten (Defloor et al. 2004).

Prevalentiemetingen geven een statisch beeld en laten zien hoe de toestand is, terwijl incidentiemetingen een dynamisch beeld geven en laten zien wat er gebeurt (Defloor et al. 2004). Incidentiemetingen geven inzicht in factoren die bijdragen aan het ontstaan van decubitus en in de eventueel te treffen maatregelen. Prevalentiemetingen hebben waarde bij het vaststellen van de omvang van het probleem decubitus (CBO 2002).

Het KG doet mee met het Landelijke Prevalentie Onderzoek Decubitus waarmee de omvang van het probleem decubitus jaarlijks gemeten wordt. Dit wordt op instellingsniveau gemeten en op afdelingsniveau. Dit jaarlijkse prevalentie cijfer op het niveau van de IC afdeling wordt in de doelstelling van dit best practice project genoemd. Om de prevalentie van decubitus op de IC afdeling naar het landelijk gemiddelde van 28,7 % te doen dalen is het nodig om inzicht te krijgen in de factoren die bijdrage aan het ontstaan van decubitus en in de eventueel te treffen maatregelen. Een onderdeel van dit best practice project is het implementeren van een meetinstrument met incidentie-indicatoren die dit inzicht kunnen geven. Deze incidentie-indicatoren kunnen de effectiviteit van preventieve maatregelen beoordelen en evalueren en is vooral voor intern gebruik om de preventieve decubitus zorg te sturen. De sturing van deze preventieve decubitus zorg zal een effect hebben op het jaarlijkse prevalentie cijfer van decubitus die genoemd staat in de doelstelling en gemeten wordt als prestatie-indicator van de ziekenhuizen in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen die vooral voor extern gebruik is om een aanwijzing te geven over de kwaliteit van de decubitus zorg.

2.5 Protocol en richtlijn

Een onderdeel van dit best practice project is het maken van een protocol voor de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG.

Een protocol is een document dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd kan worden (Leytens en Wagner 2000 in LEVV 2006). Een protocol is specifiek, lokaal (gericht op instellingsniveau), bevat voorschriften en is veelal afgeleid van een richtlijn (LEVV 2006).

Een richtlijn is een document met systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties (Lohr and Field 1992 in LEVV 2006). Een evidence based richtlijn wil zeggen dat er volgens een beschreven methode grondig is gezocht naar wetenschappelijke literatuur en uit de gevonden literatuur worden aanbevelingen voor passende zorg geformuleerd.

Het verschil tussen een richtlijn en een protocol is dat de vrijheid van handelen bij een protocol beperkt is, in tegenstelling tot bij een richtlijn. Richtlijnen zijn richtinggevend. Ze geven aan wat er gedaan kan worden, een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden. Om een richtlijn goed te kunnen gebruiken kan deze omgezet worden in een protocol (LEVV 2006).

In dit best practice project worden 3 nationale richtlijnen betreffende de preventie van decubitus gebruikt om een protocol te maken voor de preventie van decubitus bij volwassen patiënten in de context en binnen de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG. De drie nationale richtlijnen komen uit Nederland, België en Duitsland, respectievelijk van het CBO (2002), Defloor et al. (2004) en DNQP (2004). Om de richtlijnen te beperken zijn deze richtlijnen gekozen binnen Europa en binnen Europa is de keuze verder beperkt door de taal in de richtlijnen. De richtlijn van Groot-Brittannië past hier in maar is afgefallen vanwege een combinatie van de gedateerdheid van de richtlijn en vanwege de onoverzichtelijk delen waaruit deze richtlijn bestaat.

De richtlijn van Nederland, decubitus tweede herziening is gebaseerd op de literatuur van de eerste richtlijn uit 1992 met een update van de literatuur van 1992 tot 2000. De literatuur in de richtlijn van Duitsland, *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege* is van 1990 tot 1999 met een update van de literatuur van 1999 tot 2002. De richtlijn van België, richtlijn decubituspreventie is gebaseerd op de eerste richtlijn uit 2001 met een update van de

literatuur van 1992 tot 2000. In 2004 werd de richtlijn herzien met een update van de literatuur van 2000 tot 2003. Zie bijlage 3. In de richtlijnen worden de methoden beschreven op welke manier naar wetenschappelijke literatuur is gezocht. Daarna volgen uit de gevonden literatuur de aanbevelingen voor passende zorg.

Evidence based wil niet zeggen dat de aanbevelingen uitsluitend tot stand komen op basis van wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Evidence based richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksresultaten, klinische ervaring, voorkeuren van patiënten, beschikbaarheid van hulpmiddelen (Cullum 2000 in LEVV 2006). Het protocol dat ontwikkeld wordt in dit best practice project wordt gebaseerd op deze bronnen van de drie hier bovengenoemde nationale richtlijnen en in de context van en binnen de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG. Uiteindelijk wordt de zorg die gegeven en ontvangen wordt gevormd uit de voorkeur van de patiënt, de klinische ervaring van de IC verpleegkundige en de informatie uit het protocol.

2.6 Evidence based practice en best practice

Dit project heet ‘best practice’ project en een onderdeel van best practice is evidence based practice. Het begrip evidence based is hierboven al even genoemd in het kader van richtlijn en protocol ontwikkeling. Evidence based practice is een algemene term die is afgeleid van de meer specifieke term evidence based medicine. Het werken volgens de methode van evidence based medicine is een strategie die een arts in de klinische besluitvorming kan gebruiken om het hoofd boven water te houden in de lawine van wetenschappelijke informatie van wisselende kwaliteit en onder de hooggespannen verwachtingen van de patiënt, de beroepsorganisatie, de ziektekostenverzekeraar en de politiek (Offringa et al. 2003). Deze strategie van evidence based medicine definieert Offringa et al.(2003) als volgt:

‘Evidence based medicine is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence based medicine impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol .’

Evidence based medicine als manier van denken en werken is inmiddels geaccepteerd in de medische wereld, maar ook in de wereld van de verpleegkunde. Nicky Cullum, directeur van het Centre for Evidence Based Nursing in York (UK), definieert evidence based nursing als volgt:

‘Het proces waarin verpleegkundigen hun klinische besluiten nemen op grond van de beste onderzoeksresultaten, hun klinische ervaring, de voorkeur van de patiënt en de beschikbare hulpmiddelen.’ (van de Pasch 2000 in de Jong et al. 2003)

In het algemeen kan men dus stellen dat het bij evidence based practice (EBP) niet alleen gaat om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek maar om een combinatie van de individuele expertise van een hulpverlener, de beschikbare kennis (evidence), de mogelijkheden (context) en de wensen van de cliënt. De beschikbare evidence wordt in het denken over de manier waarop de praktijkvoering van hulpverleners in het kader van EBP gestalte moet krijgen gevat in richtlijnen, protocollen en/of standaarden. Het is aan de beroepsbeoefenaar deze richtlijnen in de context van wensen en mogelijkheden te gebruiken. (de Jong 2003, 18)

Best practice is nog een jonger begrip dan evidence based practice. Kingston (2001 in de Jong 2003) benoemt best practice als een contextueel gebeuren: diensten, functies of processen die zodanig ingesteld, verbeterd en/of geïmplementeerd zijn dat dit tot superieure uitkomsten leidt. Daarbij is ‘best’ een contextueel begrip: het geldt voor de patiënt, voor de gemeenschap, voor de afdeling. Bepalend voor wat ‘best’ is, zijn dan de overeengekomen missie of strategieën, (organisatie)cultuur en de systemen van de praktijk. Anders gezegd: het is datgene dat je als organisatie hebt afgesproken als het best haalbare onder de gegeven voorwaarden en omstandigheden. Omdat een dergelijke definitie het risico inhoudt dat ook de slechtste prestatie als best beschreven kan worden omdat die in de gegeven omstandigheden de maximaal haalbare was, worden best practices altijd in een bredere (maatschappelijke) context getrokken. Door metingen kun je vergelijken of je, in relatie tot anderen, een goede prestatie neerzet. Best practices zijn dan die praktijken die resulteren in benchmarks. Doel van benchmarking is de identificatie van best practices, waarmee de organisatie hogere doelen kan stellen en haar prestatie kan verbeteren. Benchmarks komen daarmee overeen met standaarden of bepalen een nieuwe standaard. Door het vaststellen van een standaard (= benchmark) kan bepaald worden welke organisatie de beste prestaties levert (Holland et al. 2003). Het verschil met evidence based practice is volgens het best practice network (2001 in

de Jong 2003) de breedte van het spectrum: best practice oriënteert zich op evidence, maar kan ook innovatief zijn door gewoon iets nieuws te proberen, door creatief om te gaan met allerlei kennis waarover men beschikt. Door jaarlijks de prevalentie van decubitus te meten kan voldaan worden aan de hierboven genoemde benchmarks. Het prevalentie cijfer van decubitus kan extern vergeleken worden met andere ICU's. Door middel van het meetinstrument met incidentie-indicatoren kan de preventieve decubitus zorg gestuurd worden en invloed hebben op het jaarlijkse prevalentie cijfer van decubitus.

Waar het met de termen evidenced based practice en best practice om gaat is dat niet een op wetenschappelijk aangetoonde feiten gebaseerde richtlijn de kwaliteit van zorg bepaalt, maar deze richtlijn in de context van de beroepsuitoefening van alledag (de Jong 2003).

In dit werkstuk wordt een best practice project beschreven met als onderwerp de preventie van decubitus bij de volwassen IC patiënt. De evidence die bekend is over de preventie van decubitus zoals beschreven in de paragraaf richtlijnen en protocollen wordt verwerkt in een protocol specifiek voor de volwassen patiënt en in de context van en met de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG. EBP wordt op deze manier geïntroduceerd binnen de verpleegkundige groep zoals beschreven in het beleidsplan van de IC afdeling. De evidence wordt in dit best practice project ook geplaatst in de cultuur van en in de systemen van de praktijk van de IC afdeling. Deze laatste twee aspecten worden in volgende hoofdstukken beschreven.

2.7 Implementatie en evaluatie.

Kern van dit best practice project is de implementatie van een protocol en een meetinstrument met indicatoren die moeten leiden tot een prevalentie van decubitus van 28,7 % bij de volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG.

Volgens ZON (Zorgonderzoek Nederland) is implementatie een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Hulscher et al. 2000). Implementatie blijkt nodig te zijn omdat uit verschillende studies is gebleken dat het toepassen van richtlijnen niet vanzelfsprekend gebeurt na het publiceren of anderszins verspreiden van deze richtlijnen. Richtlijnen moeten zodanig worden ingevoerd dat hulpverleners er positief

tegenover gaan staan en de richtlijnen geleidelijk een vaste plaats geven in hun dagelijks werk. Dit verloopt meestal niet zonder slag of stoot. Van de hulpverleners wordt een verandering gevraagd. Men moet bestaande routines verlaten en het anders gaan doen (Hollands et al. 2003).

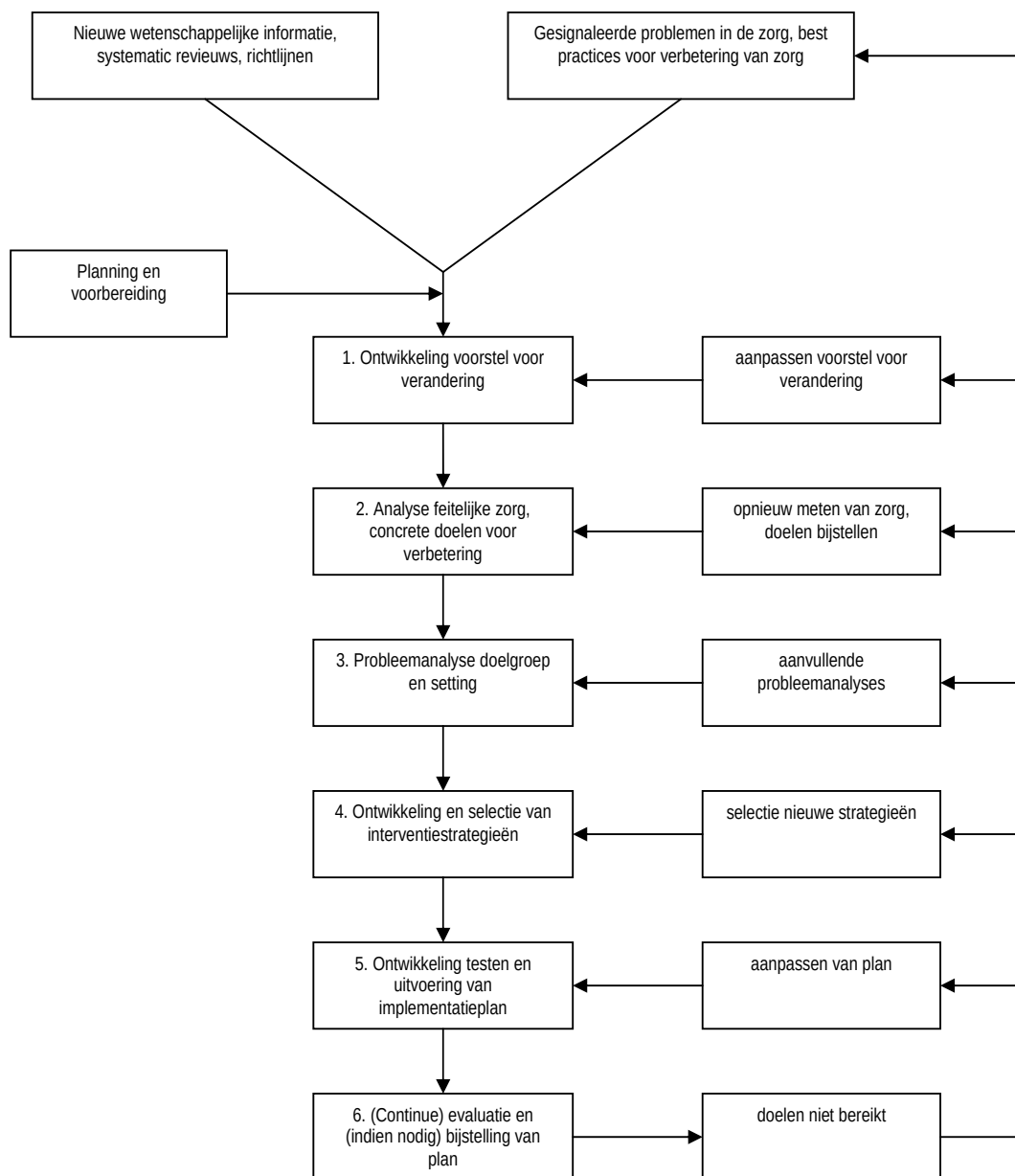
In dit best practice project wil ik de implementatie procesmatig vormgeven door bepaalde stappen in een bepaalde volgorde te zetten. De implementatie wil ik planmatig vormgeven dat wil zeggen, op beredeneerde wijze wil ik strategieën kiezen en uitvoeren. Ik wil nieuwe evidence based interventies die gedeeltelijk afwijken van de gangbare zorg die nu wordt toegepast op de IC afdeling door middel van een protocol. De implementatie van deze veranderde zorg zou moeten leiden tot een blijvende verandering in de zorg met betrekking tot de handelingen van IC verpleegkundigen. De uitkomsten en de processen van deze veranderde zorg kan met behulp van een meetinstrument met indicatoren geëvalueerd en verwerkt worden in het beleidsplan van de IC afdeling wat gebaseerd is op het INK-managementmodel. Dit project kan daarom ook wel een kwaliteitsproject worden genoemd. Met betrekking tot succesvolle implementatie van richtlijnen en innovaties komen in de literatuur telkens dezelfde cruciale elementen of principes naar voren. Deze zijn:

- Een systematische aanpak en goede planning van de implementatieactiviteiten.
- Aandacht voor praktische maatregelen en voor het creëren van een context voor verandering.
- Implementeren betekent voor de doelgroep het doorlopen van een stapsgewijs proces.
- Aandacht voor innovatie: is het een goed product?
- In kaart brengen van feitelijke zorg en afwijking van beoogde werkwijze.
- Diagnostische analyse van doelgroep en setting voor de start van de implementatie.
- Subgroepen uit de doelgroep kunnen in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten en verschillende behoeften hebben: houd rekening met segmenten in de doelgroep.
- De doelgroep betrekken bij zowel de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie als bij het plannen van de implementatie.
- Keuze van implementatieactiviteiten koppelen aan bevindingen van de diagnostische analyse.
- Meestal is een enkelvoudige methode of maatregelen onvoldoende; zoeken naar een kosteneffectieve mix van methoden.

- Onderscheid maken in fasen van implementatie (verspreiden, implementeren, integreren): verschillende maatregelen en strategieën zijn effectief in verschillende fasen.
- Juiste maatregelen nemen op verschillende niveaus: landelijk, lokaal, team, praktijk, professional.
- Continue evaluatie van het implementatieproces en het resultaat ervan; feedback aan doelgroep.
- Implementatie inbouwen in bestaande structuren en streven naar langetermijneffecten. (Grol en Wensing 2006)

Grol en Wensing (2006) hebben voor deze cruciale elementen of principes een model of raamwerk gemaakt. Dit raamwerk is gebaseerd op een aantal theorieën die ten grondslag liggen aan verschillende benaderingen voor het effectief veranderen van de patiëntenzorg, op de checklist van de Cochrane Effective Practice and Organisation of care Review Group, op een aantal literatuuranalyses over de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën en op een verkenning van de literatuur over proces- en programma-evaluaties. Het raamwerk is getest in 29 gepubliceerde studies die verschillende implementatiestrategieën gebruikten om verbeteringen in de patiëntenzorg in te voeren. Veel kenmerken van de gekozen implementatiestrategieën werden niet adequaat of in het geheel niet beschreven in de publicaties. De meeste auteurs konden echter aanvullende informatie verschaffen over de gevraagde kenmerken. Het raamwerk werd aangepast op basis van de uitkomsten van deze pilotstudy (Grol en Wensing 2006). Zie figuur 4.

Dit raamwerk zal beschreven worden in hoofdstuk vijf, implementatie en evaluatie. Het implementatieplan van dit best practice project zal daar worden uitgewerkt.



Figuur 4. Implementatie van veranderingen: een model (Grol en Wensing 2006)

Een vast onderdeel van implementatie theorieën is de evaluatie. Grol en Wensing (2006) noemen twee soorten evaluaties de effectevaluatie en de procesevaluatie van een implementatie. Hoe een effectevaluatie en een procesevaluatie wordt uitgevoerd hangt voor

een belangrijk deel af van het type project of programma voor implementatie van verandering in de patiëntenzorg (Grol en Wensing 2006).

Dit best practice project is een kleinschalig project betreffende de zorgresultaten en de handelingen van IC verpleegkundigen omtrent de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG. Dit project kan gezien worden als een kwaliteitsproject. Het doel van dit kwaliteitsproject is om de prevalentiecijfers van decubitus van de IC afdeling van het KG te verminderen tot 28,7 %. Het kan worden omschreven als een prospectieve cohortstudie zonder referentiegroep waarbij de groep van volwassen patiënten van de IC afdeling van het KG het cohort is dat in de loop der tijd gevolgd wordt, waarbij de decubitus en de verpleegkundige preventieve maatregelen herhaald gemeten worden door middel van indicatoren. Dit wordt ook wel monitoring genoemd (Grol en Wensing 2006). Door monitoring kunnen de veranderingen in de tijd worden vastgelegd. In dit best practice project wordt de product- en procesevaluatie van de preventieve decubituszorg door monitoring met het hierboven beschreven meetinstrument met indicatoren voorgesteld.

Grol en Wensing (2006) geven ook een beschrijving van een procesevaluatie van de implementatiestrategie zelf. Procesevaluatie is een belangrijk hulpmiddel voor het (gedetailleerd) beschrijven van de implementatiestrategie zelf, de daadwerkelijke blootstelling van de doelgroep aan deze strategie en de ervaringen van de blootgestelde (de participanten) met het veranderingsproces. Volgens Grol en Wensing (2006) dient de procesevaluatie verschillende samenhangende doelen, namelijk het leveren van een beschrijving van de implementatiestrategie zoals gepland, het leveren van een beschrijving van de implementatiestrategie zoals uitgevoerd, het leveren van een beschrijving van de daadwerkelijke blootstelling van participanten aan de strategie en het leveren van een beschrijving van de ervaringen van de participanten.

De procesevaluatie speelt in verschillende implementatieprojecten een andere rol. Dit best practice project is een kleinschalig verbeterproject. Volgens Grol en Wensing (2006) levert de evaluatie van de effecten van een kleinschalig verbetertraject een schatting van de mogelijk te bereiken verandering in de patiëntenzorg. De procesevaluatie is van belang om antwoord te geven op vragen met betrekking tot de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de invoering, eventueel resulterend in een aanpassing van de implementatieactiviteiten. Hiervoor is informatie van belang over de concreet uitgevoerde activiteiten en over de deelname en ervaringen van participanten. Dus invoerders die een kleinschalig verbeterproject uitvoeren,

kunnen informatie uit de procesevaluatie gebruiken om te weten of ze op de goede weg zijn of om eventueel hun aanpak bij te stellen.

In dit hoofdstuk heb ik een aantal kernbegrippen die in mijn doel- en vraagstellingen voorkomen, beschreven. In het volgende hoofdstuk wil ik de omgeving waarin het best practice project gaat plaats vinden beschrijven namelijk de IC afdeling van het KG.

3. Omgeving

In dit hoofdstuk wordt de IC afdeling van het KG beschreven.

3.1 Missie en Visie KG

Het KG beschrijft in het strategisch beleidsplan 2005 – 2008 ‘De toekomst is begonnen’ een missie:

‘Het KG is een betrouwbare partner voor de patiënt – iemand die in een kwetsbare positie verkeert – waarbij de patiënt ervan uit kan gaan zich in goede handen te bevinden. Dit doen we door een scala van specialismen aan te bieden waarvan de medisch specialisten en alle KG-medewerkers door middel van een continu leerproces hun handelen verder te verbeteren. Zij gaan hierbij om met het grootste respect en achting voor het individu ongeacht zijn of haar afkomst of geloofsovertuiging.’

Onder de term ‘kwaliteit’ wordt daarbij beschreven dat het KG voortdurend bezig is de zorg die verleend wordt kritisch te volgen en te verbeteren. Onder de term ‘innovatie’ wordt beschreven dat het KG vernieuwingen ontwikkelt of deze toepast (indien ze elders ontwikkeld zijn) op het gebied van de patiëntenzorg en de logistiek, zodat de beste zorg zonder omwegen op de juiste plaats terechtkomt, gerelateerd aan goede bedrijfseconomische afwegingen. In het strategisch beleidsplan 2005 – 2008 wordt ook een visie beschreven. Onder de term ‘basiszorg’ wordt één van de uitgangspunten van deze visie beschreven:

‘Het KG is het, gezien de positie van enig stadsziekenhuis van Haarlem en het groeiende verzorgingsgebied, aan zichzelf en aan de omwonende verplicht om een breed scala van specialismen aan te bieden, en wel zodanig dat de meest voorkomende aandoeningen conform de stand van de medische kennis behandeld kunnen worden. Deze zorg zal op een patiëntvriendelijke, efficiënte, kostenbewuste, veilig, tijdig en kwalitatief hoogwaardige manier worden geboden (Kennemer Gasthuis 2005).’

3.2 Beleidsplan Intensive Care

Het beleidsplan Intensive Care 2006 – 2010 is onder andere vanuit het strategisch beleidsplan 2005 – 2008 geschreven. Het beleidsplan van de IC afdeling is gebaseerd op een kwaliteitsmanagement systeem namelijk: Het INK-managementmodel. Het INK is een stichting met als doelstelling de kwaliteit van de bedrijfsvoering te verhogen op basis van dit model (INK 2003). In het INK-managementmodel worden ‘terreinen van de bedrijfsvoering’ weergegeven in negen aandachtsgebieden. Vijf aandachtsgebieden hebben betrekking op de organisatie, vier op de resultaten die het organisatieonderdeel behaalt. In de kern duidt het model aan dat deze resultaten die de IC afdeling wil behalen in de vier gebieden, worden bereikt door integraal invulling te geven aan de vijf organisatiegebieden. De vier resultaatgebieden zijn: waardering door klanten, waardering door personeel, waardering door maatschappij en de operationele resultaten. De vijf organisatiegebieden zijn: beleid en strategie, leiderschap, middelenmanagement, personeelsmanagement, en management van processen (den Hartog 2006).

In het beleidsplan staan twee doelstellingen beschreven en één daarvan luidt:

‘Het leveren van optimale, efficiënte intensive care zorg, afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de patiënt en zijn familie, vanuit een financieel gezond oogpunt.’

Om deze doelstelling te halen worden er een aantal activiteiten beschreven waaronder, het onderhouden van algemene intensive care kennis en vaardigheden bij de beroepsgroepen, het ontwikkelen en publiceren van prestatie-indicatoren om de zorgresultaten in kaart te brengen en het introduceren en het werken met Evidence Based Practice binnen de verpleegkundige groep (den Hartog 2006). Deze activiteiten zijn een onderdeel van dit Best Practice Project. Met betrekking tot de preventie van decubitus wordt de algemene intensive care kennis en vaardigheden onderhouden, de zorgresultaten worden met behulp van indicatoren gemeten en de term Evidence Based Practice wordt geïntroduceerd en wordt uitgewerkt in een afdelingsspecifiek protocol.

De activiteit van het onderhouden van algemene intensive care kennis en vaardigheden valt in de uitwerking van het INK-model door het verpleegkundig hoofd van de IC afdeling onder het aandachtsgebied ‘personeelsmanagement’, het ontwikkelen en publiceren van prestatie-indicatoren om zorgresultaten in kaart te brengen valt onder het aandachtsgebied ‘middelen en

management' en het introduceren en het werken met Evidence Based Practice (EBP) binnen de verpleegkundige groep valt onder het aandachtsgebied 'management van processen'. De scholing van de IC verpleegkundigen wat als implementatie-interventie nog beschreven gaat worden in hoofdstuk 5 kan worden geplaatst in het aandachtsgebied 'personeelsmanagement'. Het meetinstrument met indicatoren wat voorgesteld wordt om te implementeren past in het aandachtsgebied 'middelen en management. Dit best practice project past in het aandachtsgebied 'management van processen'.

De metingen van decubitus komen uiteindelijk in de volgende resultaatgebieden terecht, 'de waardering door klanten' en 'de operationele resultaten'. In het aandachtsgebied 'waardering door klanten' staat niet specifiek het zorgresultaat decubitus maar wel de zorgresultaten in het algemeen en dat deze door middel van prestatie-indicatoren worden gemeten. In het aandachtsgebied 'operationele resultaten' staat wel specifiek het zorgresultaat decubitus en dit wordt als volgt omschreven: decubitus is niet aanwezig. In een subparagraaf van dit aandachtsgebied onder de titel metingen wordt er een tussenstap gemaakt namelijk dat de aanwezigheid van decubitus onder het landelijk gemiddelde moet komen te liggen.

In dit best practice project wordt beschreven hoe de decubituszorg gemeten kan worden door middel van indicatoren en op welke manier de decubitus verminderd kan worden.

3.3 Richtlijn: Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen

De IC afdeling van het KG is volgens de richtlijn 'Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland' ingedeeld in het hoogste level, namelijk level 3 (NVA 2006)³. In de richtlijn worden drie niveaus van intensive care onderscheiden, level 1, 2 en 3. Intensive care afdelingen worden in deze levels geclassificeerd naar aanleiding van een aantal eisen of criteria. Deze criteria zijn: de aansturing, de continuïteit van zorg, de formatie, omvang en aantallen, kwaliteitsbeleid en regionalisatie. Een voorbeeld van een subcriterium bij de criteria 'omvang en aantallen' is het aantal minimaal te halen behandelingsdagen of beademingsdagen per jaar. Bij een level 3 intensive care is dat respectievelijk 3000 dagen en 1500 dagen. Bij een level 2 intensive care is dit respectievelijk 2500 dagen en 1250 dagen. Bij een level 1 intensive care zijn geen minimaal te halen behandelingsdagen of beademingsdagen afgesproken. Het criterium kwaliteitsbeleid is voor

³ NVA = Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

level 1, 2 en 3 intensive care afdelingen hetzelfde. Subcriteria hiervan zijn: minimale set kwaliteitsindicatoren voor intern gebruik en het uitwerken van richtlijnen vanuit wetenschappelijke verenigingen in afdelingsprotocollen en/of afspraken (NVA 2006). Dit best practice project is een uitwerking van deze laatste subcriteria met betrekking tot de preventie van decubitus.

Tot zover de IC afdeling beschreven vanuit het strategische beleidsplan 2005 – 2008 “De toekomst is begonnen”, het beleidsplan Intensive Care 2006 – 2010 en de richtlijn “Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland” (Kennemer Gasthuis 2005, den Hartog 2006, NVA 2006).

3.4 IC afdeling van het KG

De IC afdeling van het KG heeft 12 volledig uitgeruste level 3 IC bedden verdeeld over drie zalen. De IC afdeling heeft ook twee boxkamers voor calamiteiten (alleen inrichting) of isolatie. De IC afdeling behandelt trauma patiënten en patiënten vanuit het interne en snijdend specialisme. Het KG is een perifeer ziekenhuis en heeft geen neurochirurgie en cardiochirurgie. De patiënten van de IC afdeling komen vanuit het KG zelf of van buiten. Vanuit het ziekenhuis zelf komen de patiënten via de OK (Operatie Kamer), CCU (hartbewaking), MC (Medium Care) en de verschillende verpleegafdelingen. Van buiten het ziekenhuis komen de patiënten via andere ziekenhuizen (overplaatsingen) of de SEH (Spoed Eisende Hulp).

De formatie van de intensivisten is op de IC afdeling van het KG op het moment 4,7 FTE. De formatie van de IC verpleegkundigen is 43,2 FTE. Eén van de intensivisten is formeel medisch hoofd. Het verpleegkundig hoofd en het medisch hoofd geven complementair leiding aan de IC afdeling. Het verpleegkundig hoofd is manager van de IC afdeling en van de MC afdeling en de teamleiding, de teamcoördinatoren zijn manager van het team en het dagelijks proces. De IC afdeling heeft 4 teamcoördinatoren (3,0 FTE) en de MC heeft 1 teamcoördinator (1,0 FTE). Een teamcoördinator heeft 20 tot 25 medewerkers van de IC afdeling onder zijn verantwoording. De IC verpleegkundigen zijn direct verantwoordelijk voor het verlenen van de primaire hoogcomplexere verpleegkundige zorg van de IC patiënt. Een andere taak van de IC verpleegkundige is het begeleiden en instrueren van verpleegkundigen in opleiding tot intensive care, stagiaires en nieuwe medewerkers t.a.v. de verpleegkundige

zorgverlening. Alle IC verpleegkundigen zijn in principe allemaal werkbegeleiders. De opleiding van IC verpleegkundigen vindt theoretisch plaats op een regionale opleidingsschool. De cursisten worden in de praktijk begeleid door een praktijkbegeleider van de IC afdeling en de werkbegeleiders. De medische zorg wordt uitgevoerd door de intensivisten of onder de begeleiding van de intensivisten door interne arts-assistenten en soms door een co-assistent. Dit best practice project richt zich vooral op de primaire verpleegkundige zorg van de IC patiënt die wordt uitgevoerd door de IC verpleegkundigen maar het richt zich secundair ook op het management van de IC afdeling. De implementatie van het best practice project met als onderdeel een meetinstrument voor het meten van de decubituszorg is een lijnverantwoordelijkheid en zal daarom behoren te liggen bij de leiding van de IC afdeling (CBO 2003).

3.5 Visie op verplegen

In het beleidsplan van de IC afdeling staat weinig informatie over een visie van verplegen en een daaruit vloeiend verpleegkundig model waarin de verpleegkundige zorg wordt gegeven. In het beleidsplan staat onder het aandachtsgebied 'management van processen' wat dit betreft één activiteit beschreven: werken vanuit patiëntgericht (klantgericht) model. Wat dit patiëntgerichte model praktisch precies inhoudt wordt niet uitgewerkt. Bij navraag in het KG bij de praktijkbegeleiding, de coördinator bij/nascholingen en Opleiding & Ontwikkeling, de communicatieafdeling blijft het onduidelijk wat de officiële visie op verplegen is in het KG en een daarbij behorend verpleegkundig model. In de jaren 90 is er in het KG een omslag gemaakt van taakgericht verplegen naar patiëntgericht verplegen op basis van de visies op verplegen van Orem en van Van den Brink Tjebbes. Er is toen gekozen voor teamverpleging met patiënten toewijzing omdat het verpleegkundig model van eerst verantwoordelijk verpleegkundige (EVV) niet mogelijk was vanwege roostermatige en/of financiële redenen. Daarbij is een verpleegdossier ontwikkeld en geïntroduceerd waarin op basis van de visies van Orem en Van den Brink Tjebbes de verpleegkundige zorg werd geëxpliciteerd door middel van een anamnese, diagnosen/problemen, interventies/acties, zorgresultaten/proces- en productevaluaties en een rapportage. De visies van Orem en van Van den Brink Tjebbes vertegenwoordigen één van de twee hoofdstromen in de visies op verplegen. Deze hoofdstroom is gericht op het functioneren en wordt gedeeld met veel medische disciplines. De gezondheid wordt hierin uitgedrukt als mogelijkheid tot functioneren, genezing als functieherstel. De andere hoofdstroom in de visies op verplegen is gericht op de beleving en

laat een ander perspectief zien op de gezondheid. Bij een belevingsgericht perspectief wordt er van de ervaring en betekenisverlening van de zieke uit gegaan (Grypdonck 1996).

De visie op verplegen in het KG is niet officieel aanwezig maar in de dieptekenmerken van de organisatie is het naar mijn mening een visie die gericht is op het functioneren zeker op de IC afdeling waar de dominantie van de geneeskunde groot is.

In het toegepaste verpleegmodel teamverpleging met patiënttoewijzing in het KG werd de continuïteit van zorg gewaarborgd door een dagelijkse patiëntenbespreking onder leiding van de teamleider en door het verpleegdossier waarin precies kwam te staan welke verpleegkundige zorg een patiënt nodig heeft door middel van het verpleegkundig proces.

Het verpleegmodel en het verpleegkundig dossier hebben zich in de loop der tijd op alle verpleegafdelingen ontwikkeld, zo ook op de IC afdeling. De IC afdeling is groter geworden, het aantal bedden, verpleegkundigen en teamleiders is toegenomen. De structuur van het management is een aantal malen veranderd en staat op het punt weer veranderd te worden. De functie en de taken van de teamleider zijn daarmee op de IC afdeling veranderd. De dagelijkse patiënten bespreking onder leiding van een teamleider vindt al jaren niet meer plaats en daarmee is een waarborging voor de continuïteit van zorg verdwenen. De preventie van decubitus bij de IC patiënten wordt daarom ook nooit meer in een patiëntenbespreking besproken.

Het verpleegdossier kreeg op de IC afdeling een toevoeging van een aantal specifieke formulieren: een daglijst, een medicijnlijst, een actielijst. Het verpleegkundig proces wordt met behulp van de anamnese, diagnose, interventies en zorgresultaten nog sporadisch geëxpliceerd in het verpleegdossier. In het verpleegkundig dossier worden alleen de opdrachten van de intensivist vanuit het geneeskundig proces geëxpliceerd en de verpleegkundige rapportage wordt geschreven. Dit betekent dat de IC verpleegkundigen het verpleegproces impliciet gedurende een dienst uitvoeren maar doordat het verpleegproces niet geëxpliciteerd wordt, valt een waarborging voor de continuïteit van zorg tussen de diensten en de verschillende verpleegkundigen weg. Dit geldt ook voor de preventie van decubitus.

3.6 Patient Data Management System

Sinds Oktober 2006 is de IC afdeling van het KG overgegaan van een papieren verpleegkundig en medisch dossier naar een digitaal verpleegkundig en medisch dossier, het zogenaamde PDMS (Patient Data Management System). Dit systeem heeft de functie van het papieren verpleegkundig dossier zoals het gebruikt werd op de IC afdeling overgenomen. De

specifieke formulieren die de IC afdeling gebruikt zijn daar goed in verwerkt. Het PDMS is vooral een data-base waarin al de gegevens van de IC-patiënt vanuit de apparatuur wordt geordend en opgeslagen. Daarnaast hebben de artsen en de verpleegkundigen nog de beschikking over verschillende formulieren om het geneeskundig proces en het verpleegproces in onder te brengen. De verpleegkundigen beschikken over de volgende formulieren, een anamnese formulier, samenvattingformulier, overdrachtenformulieren, wondverzorging formulier en een decubitus formulier. De verpleegkundige formulieren zijn nog niet volledig en worden onder verantwoordelijkheid van de projectgroep PDMS verder ontwikkeld. Het verpleegproces komt maar gedeeltelijk tot uiting in deze formulieren. Daarnaast worden de formulieren niet consequent ingevuld en gelezen. Het PDMS is een uitstekend instrument om te gebruiken bij de implementatie van dit best practice project omdat het de registratie van de gegevens van het meetinstrument met indicatoren eenvoudig en weinig arbeidsintensief kan maken. Met dit best practice project kan ook gestart worden met het expliciteren van het verpleegproces met betrekking tot de preventieve decubituszorg van de IC verpleegkundigen met behulp van het PDMS als een waarborging voor de continuïteit van zorg. Dit is niet een doel van dit best practice project maar kan wel als bijproduct gezien worden van dit project.

3.7 Huidige preventie van decubitus

Met betrekking tot de preventie van decubitus bij de volwassen patiënt op de IC afdeling wordt er op het ogenblik officieel volgens drie protocollen gewerkt waarvan twee protocollen organisatie breed zijn en één protocol alleen geldt voor de IC afdeling. Daarbij is er nog een ‘richtlijn’ door de teamleider en de decubituscommissie van de IC afdeling geschreven over de inzet van anti-decubitus-matrassen en anti-decubitus-bedden op de IC afdeling (Heuzeveldt 2003, Gooijer 2004).

Volgens deze ‘richtlijn’ beschikt de IC-afdeling over drie soorten anti-decubitus-matrassen. Het gewone matras, een ‘lowfoam’ matras, wordt ingezet bij IC patiënten die niet (meer) beademd worden en die wisselligging kunnen verdragen en/of zelf van houding kunnen veranderen. De ‘low air loss’ matras (de Primo van de firma Hill-Rom) is een dynamisch lage druk matras en deze wordt ingezet bij iedere beademingspatiënt met een gewicht tot 120 kg, bij een acute opname van buiten het ziekenhuis, bij opname vanaf de verpleegafdeling (via O.K.) en bij die patiënt die geen indicatie heeft voor een ‘low air loss’ matras (de Duo van de

firma Hill-Rom) met de mogelijkheid voor continu lage druk of lage wisseldruk. Dit laatste matras een 'low air loss' matras (de Duo van de firma Hill-Rom) met de mogelijkheid voor continu lage druk of lage wisseldruk wordt ingezet bij patiënten die geen wisselligging kunnen verdragen, die meer dan 120 kg wegen, bij niervervangende therapieën, bij een acute opname van buiten het ziekenhuis, bij opname vanaf de verpleegafdeling (via O.K., wanneer langdurig beademing verwacht wordt), bij langdurig IC verblijf en bij patiënten die moeizaam weanen (weanen = afwennen van de beademing) (Heuzeveldt 2003, Gooijer 2004). Deze criteria voor het inzetten van deze matrassen en bedden zijn gebaseerd op gezond verstand en niet op een gevalideerde en betrouwbare risico-indicatoren. Deze 'richtlijn' is goed denk ik omdat men voordat de patiënt gezien wordt de preventie al kan inzetten. Zie bijlage 1. IC patiënten hebben vanwege de verminderde mobiliteit en activiteit al een verhoogd risico om decubitus te ontwikkelen.

Daarnaast heeft de IC afdeling een specifiek protocol om hieldecubitus te voorkomen. Deze interventie wordt bij iedere beademingspatiënt en bij langdurige bedlegerige patiënten toegepast. De interventie houdt in dat de hielen worden beplakt met een schuimverband en dat daarom heen een circulair elastisch verband wordt gedaan om het rullen van het schuimverband te voorkomen. Er wordt verwacht dat de verpleegkundigen de hielen dagelijks inspecteren en in ieder geval de verbanden na 72 uur vervangen. Deze interventie mag niet gebruikt worden op zwarte, necrotiserende hielen (Gooijer 2006). Zie bijlage 3. Het is niet duidelijk of elke dag na het aanbrengen van het schuimverband de hielen worden geïnspecteerd. Het is ook niet duidelijk of altijd het schuimverband na 72 uur wordt vervangen. Bovendien wordt het gebruik van 'drukopheffende' verbanden op de hielen of het inpakken van hielen met vette watten en zwachtels niet aanbevolen of niet zinvol geacht in twee nationale richtlijnen (Defloor 2004, CBO 2002). Dit hielprotocol is gebaseerd op één onderzoek van Bots (2004). Dit onderzoek gaat uit van een definitie van decubitus waarin de oorzaak van decubitus druk-, schuif- en wrijfkraften zijn. In de Belgische nationale richtlijn wordt beschreven dat wrijvingskrachten geen decubitus veroorzaken maar wrijvingsletsels. In dit onderzoek wordt dus geen oplossing gevonden voor hieldecubitus maar voor wrijvingsletsels aan de hielen. Bovendien komt de patiëntencategorie van dit onderzoek niet overeen met de patiëntencategorie die zich op de IC afdeling van het KG bevindt. De patiënten categorie van het onderzoek is in de pilotstudy 10 postoperatieve chirurgische IC patiënten en in de follow up study 140 chirurgische patiënten van verschillende verpleegafdelingen inclusief de IC afdeling. Met andere woorden dit onderzoek is niet generaliseerbaar voor alle

volwassen IC patiënten en bovendien voorkomt dit hielprotocol wrijvingsletsel en geen decubitus. In dit best practice project wordt deze interventie om hieldecubitus te voorkomen gestopt.

Hieldecubitus is een probleem op de IC afdeling van het KG, in 2006 is de prevalentie voor hieldecubitus 39,1% (Verpleegkundig consulenten wond- en decubituszorg 2006). Defloor et al. (2004) en het CBO (2002) geven aan dat een drukreducerende matras onvoldoende is ter preventie van hieldecubitus.

Op de IC afdeling van het KG wordt vaak bij voorbaat gestart met de preventie van decubitus door middel van drukreducerende bedden en/of matrassen. Zie bijlage 1. Ondanks het gebruik van deze drukreducerende matrassen kan in rugligging van de patiënt de druk ter hoogte van de hielen hoge waarden aannemen en treedt hieldecubitus frequent op. Een lage druk kan alleen worden verkregen als de hielen vrij liggen of zweven. Dit kan door een gewoon kussen onder de onderbenen te leggen, van aan de kniekuil tot aan de achillespees, waarbij de hiel opgetild wordt en niet langer op het matras steunt. Bij het gebruik van een kussen onder de onderbenen van de patiënt moet gezorgd worden dat het kniegewricht voldoende ondersteund wordt zodat er geen gewrichtsproblemen ontstaan zoals overstrekking van de knie. Meer optredende trombose in de ondersteunende onderbenen worden in de literatuur niet gemeld en lijken bijzonder onwaarschijnlijk. De meeste patiënten die langdurig bedlegerig zijn ontvangen in de meeste gevallen een vorm van antistolling.

Ik heb deze preventie van hieldecubitus persoonlijk toegepast in de praktijk en dit lijkt goed te gaan zolang de patiënt wisselligging krijgt. Wanneer de patiënt geen wisselligging krijgt en voortdurend op de rug ligt met kussens onder de onderbenen is er een hoog risico op het ontwikkelen van spitsvoeten. Om dit te voorkomen is wisselligging à 4 uur nodig zodat de voeten niet voortdurend met de tenen naar beneden hangen, ook door de druk van de lakens en dekens. Indien de patiënt geen wisselligging kan krijgen is het goed om de voeten ook aan de onderkant te ondersteunen met een kussen zodat de voeten niet naar beneden hangen en om een dekenboog aan te brengen om lakens en dekens niet op de voeten te laten hangen. Deze praktijkvoering omtrent de preventie van spitsvoeten is niet terug te vinden in de richtlijnen maar is terug te voeren op de persoonlijke ervaring met het toepassen van hoofdkussens onder de onderbenen en in gesprekken met de fysiotherapie van de IC afdeling van het KG. De verpleegkundige interventie van hoofdkussens aanbrengen onder de onderbenen bij patiënten in rugligging zal worden verwerkt in het protocol specifiek voor de IC afdeling betreffende de preventie van decubitus bij volwassen patiënten. Het hoge risico op het ontwikkelen van spitsvoeten is aanleiding voor verder onderzoek.

Daarnaast geldt er op de IC afdeling twee organisatie brede protocollen genaamd richtlijn preventie van decubitus en richtlijn wisselhouding. Zie respectievelijk bijlage 4 en 5. De twee KG brede 'richtlijnen' zijn gebaseerd op de Nederlandse nationale richtlijn van het CBO (2002). Deze twee protocollen worden niet geraadpleegd door IC verpleegkundigen van de IC afdeling en niet structureel toegepast. Het decubitus-risicoscoreformulier wordt nooit uitgevoerd en het geven van wisselgigging wordt verschillend per individuele IC verpleegkundige uitgevoerd. De interventie van zwevende hielen zoals beschreven in deze protocollen wordt sporadisch toegepast. Een aantal items in deze KG brede protocollen zijn niet toepasbaar op de IC afdeling een groot aantal items zijn wel toepasbaar.

3.8 Nieuw protocol preventie decubitus IC afdeling KG

Het protocol specifiek voor de IC afdeling betreffende de preventie van decubitus voor de volwassen patiënt, een product van dit best practice project, voegt de twee protocollen samen en wordt gebaseerd op drie nationale richtlijnen van Nederland, België en Duitsland en wordt aangepast op de context van en op de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG. Het gemaakte protocol is een eerste aanzet voor een nieuw protocol en kan vervolgens verder ontwikkeld worden volgens de procedure protocollering KG die beschreven staat in de notitie beleid protocollering KG van het hoofd kwaliteitszorg (van Essen 2005). Het is een eerste aanzet omdat alle betrokkenen zoals beschreven in de hierboven genoemde procedure akkoord moeten gaan met dit nieuwe protocol. Zie bijlage 7.

De eerste aanpassing in het nieuwe protocol betreft de classificatie voor decubitus. In het KG brede protocol wordt een simpeler versie van de Nederlandse beschrijving van de classificatie van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2005) uit de richtlijn van het CBO (2002) gebruikt. In het nieuwe protocol wordt de letterlijke classificatie vanuit de richtlijn van het CBO (2002) overgenomen. De Duitse richtlijn geeft geen classificatie voor decubitus en de Belgische richtlijn geeft een classificatie die bijna overeen komt met de classificatie genoemd in de richtlijn van het CBO.

De tweede aanpassing betreft de inschatting van het risico op het ontstaan van decubitus. In het KG brede protocol wordt aanbevolen om de inschatting van het risico op het ontstaan van decubitus te doen door middel van de klinische blik van de hulpverlener met het gebruik van een risicoscorelijst die de ontwikkeling van deze klinische blik kan bevorderen. In het

specifieke protocol voor de IC afdeling wordt er voor de inschatting van het risico op het ontwikkelen van decubitus gekozen voor de NWR-methode, ook al is de wetenschappelijke onderbouwing zwak. De wetenschappelijke onderbouwing voor een risicoschaal is ook zwak en leidt tot verpleegkundige preventieve decubitus zorg die in effectief en in efficiënt is (Schoonhoven et al. 2002). Daarbij wordt een risicoschaal als weinig zinvol en tijdrovend ervaren door verpleegkundigen (CBO 2002, Defloor et al. 2004) De NWR methode wordt gekozen omdat deze verantwoord wordt beschouwd door Defloor et al. (2004) mits er dagelijks en grondig geobserveerd wordt en dadelijk preventie gestart of verhoogt wordt bij het optreden van NWR en omdat NWR nog reversibele is. Het is naar mijn mening ook verantwoord omdat de preventie van decubitus al ingezet wordt bij de opname van de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG voordat de patiënt gezien is door middel van het inzetten van een evidence based anti-decubitusmatras. Zie bijlage 1. Een voordeel van de NWR-methode is dat het een onderdeel is van de dagelijkse decubitus meting wat een onderdeel is van dit best practice project. In de Duitse richtlijn wordt over de NWR-methode niet geschreven maar wel in de richtlijn van het CBO (2002) van Nederland en door Defloor et al. (2004) in de Belgische richtlijn.

De derde aanpassing betreft de aanbevelingen die gedaan worden met betrekking op de interventies ter preventie van decubitus. In het afdelingsspecifieke protocol komen hier ook de aanbevelingen te staan van de wisselhouding die staan in het KG brede protocol in een afzonderlijke protocol. De aanbevelingen worden geschreven vanuit de volwassen IC patiënt, de IC verpleegkundige, de aanbevelingen vanuit de richtlijnen en vanuit de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG zoals de aanwezige anti-decubitus matrassen en anti-decubitus bedden. In de aanbevelingen gaat het om de meting van decubitus, het inschatten van het risico op het ontwikkelen van decubitus, het inzetten van antidecubitus matrassen of bedden, de wisselligging, lichaamshouding en zwevende hielen. De aanbevelingen staan beschreven in de aanzet voor het nieuwe protocol onder de titel werkwijze. Zie bijlage 6.

Ten vierde worden een aantal aanbevelingen die beschreven staan in de KG brede protocollen weggelaten.

De aanbevelingen betreffende incontinentieletsel en wrijvingsletsel worden weggelaten omdat preventieve interventies tegen decubitus niets doet aan de oorzaken van deze letsels.

Preventieve maatregelen tegen incontinentieletsel en wrijvingsletsel passen niet in een

protocol met preventieve interventies tegen decubitus. Deze maatregelen zijn zeker niet onbelangrijk maar vallen buiten het onderwerp van dit best practice project.

De aanbeveling van het geven van een patiënten folder met informatie over de preventie van decubitus aan de patiënt en zijn familie wil ik achterwege laten omdat de volwassen IC patiënt zelf weinig kan doen aan dit probleem vanwege de sedatie en de levensbedreigende situatie. De familie van de IC patiënt wordt dagelijks geïnformeerd door de toegewezen IC verpleegkundige over de gezondheidstoestand van de patiënt en daarin kan ook mondeling informatie gegeven worden betreffende de preventie van decubitus indien de familie hier behoefte aan heeft.

De aanbeveling van een papagaai aan het bed die niet komt uit de nationale richtlijnen maar uit het KG brede protocol laat ik ook achterwege omdat de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG geen papagaai aan het bed heeft omdat de patiënt deze niet kan gebruiken.

De aanbeveling van het vrijleggen van lichaamsdelen van externe druk die in het KG brede protocol staat wordt ook achterwege gelaten omdat ik dit vanzelfsprekend vind en omdat het geen aanbeveling is in de nationale richtlijnen. Decubitus aan oorschelpen en lippen komt vaak voor bij volwassen IC patiënten, vanwege het fixeren van de endotracheale tube waarmee patiënten beademd worden. Dit is een belangrijk probleem maar valt nu buiten het bestek van dit best practice project. Deze decubitus, die heel specifiek is, kan in een later stadium aan dit best practice project bijgevoegd worden.

De aanbeveling van pijnbestrijding die in het KG brede protocol vermeld staat wordt ook achterwege laten omdat pijnbestrijding niet specifiek is voor de preventie van decubitus. Pijnbestrijding is belangrijk maar is een op zichzelf staande verpleegkundige diagnose die niet binnen dit bestek van het best practice project valt. Pijnbestrijding wordt ook niet als aanbeveling gegeven in de nationale richtlijnen ter preventie van decubitus.

Een aanbeveling uit de Belgische en Duitse richtlijn om rekening te houden met de voedingstoestand in het kader van de decubitusrisico van een patiënt wordt achterwege gelaten omdat in de aanzet voor het nieuwe protocol het decubitusrisico gemeten wordt met behulp van de NWR-methode en niet met een risicoschaal waarin voeding als een risico-indicator een onderdeel is. Het CBO (2002) en Defloor et al. (2004) geven aan dat ondervoeding mogelijk beschouwd kan worden als risico-indicator voor het ontstaan van decubitus maar dat er geen gegevens in de literatuur zijn die aantonen dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen voedingstoestand of voedingsinname en het ontstaan van decubitus. De

Belgische richtlijn geeft nog aan dat het inschakelen van voedingssupplementen niet bijdraagt tot een vermindering van de decubitusincidentie (Defloor et al. 2004).

Ten vijfde wordt het protocol aangepast op het punt van de maatregelen die niet zinvol zijn en ook niet toegepast dienen te worden bij de preventie van decubitus. De enige maatregel die in de aanzet van het nieuwe protocol daar vermeld wordt is die van het gebruik van ‘drukopheffende’ verbanden op de hielen of het inpakken van hielen met vette watten en zwachtels (Defloor 2004, CBO 2002). Dit is de enige interventie die systematisch wordt toegepast op de IC afdeling van het KG en die niet zinvol is. Dit heeft als consequentie dat in dit best practice project het hielprotocol waarin de hielen van de IC patiënten beplakt worden met een schuimverband wordt gestopt.

Een aantal maatregelen die niet zinvol zijn, die wel in het KG brede protocol staan heb ik weggelaten namelijk het ijzen en föhnen, opblaasbare ringen (windring), schapenvacht, weglaten van delen van het matras en ultraviolet lichtbestraling of low-level laserbehandeling, het gebruik van hielringen en met watergevulde handschoenen en massage van huiddelen omdat deze maatregelen niet meer voorkomen op de IC afdeling van het KG, ook al worden deze maatregelen nog wel genoemd in de drie nationale richtlijnen. Een andere maatregel die niet zinvol is, heb ik ook weggelaten en dat is het gebruik van een urine katheter. Deze maatregel is niet van toepassing op de IC afdeling omdat iedere patiënt op de IC afdeling al een urine katheter heeft of krijgt om de urine productie te monitoren en niet wordt gegeven om decubitus te voorkomen.

Ten zesde wordt de verslaglegging die beschreven wordt in het KG brede protocol achterwege gelaten in het specifieke protocol voor de IC afdeling omdat de verslaglegging al genoemd wordt in de werkwijze waarin de maatregelen voor de preventie van decubitus worden beschreven. De verslaglegging is ook niet een verplicht veld dat moet worden ingevuld in het format van de procedure protocollering KG. Zie bijlage 7.

Als laatste wordt het KG brede protocol aangepast op de specifieke situatie van de IC afdeling bij het onderdeel informatie. In het KG brede protocol worden een aantal protocollen genoemd die niets met de preventie van decubitus te maken hebben maar alles met de wondverzorging. Deze protocollen worden allemaal achterwege gelaten. Bijgevoegd wordt

het stroomschema 'keuze bed' en het document 'keuze bed voor opname' bij opname van de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG. Zie respectievelijk bijlage 9 en 10.

Het stroomschema is gebaseerd op twee nationale richtlijnen namelijk die van Nederland en België, in de nationale richtlijn van Duitsland wordt niet specifiek ingegaan op matrassen en bedden, en op de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG. De IC afdeling van het KG beschikt over een 'low foam' matras die drukreducerend is omdat dit matras het contactoppervlakte van de patiënt vergroot. Dit statisch drukreducerende matras is zinvol maar moet gecombineerd worden met wisselgigging (= wisselhouding, lichaamshouding en zwevende hielen) à 4 uur in een klassiek wisselgigging schema dat begint bij rugligging, gevolgd door zijligging en daarna weer rugligging. Een wisselgigging schema moet zoveel mogelijk rugligging inschakelen en zo weinig mogelijk zijligging (Defloor et al. 2004).

Risicopatiënten die geen wisselgigging kunnen krijgen, moeten op een altenerend systeem of op een dynamisch drukherverdelend systeem ('air-fluidised' bedden, 'low-air-loss' systemen) worden gepositioneerd (CBO 2002, Defloor et al. 2004). De IC afdeling van het KG beschikt over een dynamische lage druk matras (Primo matras van de firma Hill-Rom) voor patiënten tot 120 kg en over een speciaal IC bed (Total Care Bed van de firma Hill-Rom) met een lage druk matras met de mogelijkheid voor continu lage druk of lage wissel druk (Duo matras van de firma Hill-Rom) voor patiënten vanaf 120 kg. De IC afdeling kan in overleg met de decubitus- en wondverpleegkundigen een air-fluidised bed (zandbed) huren bij de firma Hill-Rom mochten de twee hierboven genoemde matrassen en/of bedden niet effectief zijn.

Wanneer patiënten op de IC afdeling een Primo of een Duo matras verzorgd worden wil dit niet automatisch zeggen dat deze patiënten geen wisselgigging nodig hebben. Een drukreducerende matras of een altenerende matras is onvoldoende ter preventie van decubitus ter hoogte van de hielen (CBO 2002, Defloor et al. 2004). Het risico op het ontwikkelen van decubitus moet door de NWR-methode continu dagelijks gemeten worden. Bij het optreden van NWR op een drukpunt dient de preventie onmiddellijk opgedreven worden door middel van het geven van een beter drukreducerend matras of bed en/of door wisselgigging.

Het document: 'Indicaties voor anti-decubitus matrassen en/of anti-decubitus bedden bij opname van de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG.' is een samenvatting van de 'richtlijnen' van de teamcoördinator en de decubitus commissie van de IC afdeling wat betreft de indicaties voor een anti-decubitusmatras en/of anti-decubitusbed. Deze indicaties zijn gebaseerd op gezond verstand en worden gebruikt als inschatting van het risico op het ontwikkelen van decubitus voordat de patiënt zelf gezien is op de IC afdeling.

Tot zover de aanpassingen van de KG brede protocollen ter preventie van decubitus in een aanzet tot een nieuw protocol voor de preventie van decubitus bij de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG. Deze aanpassingen staan beschreven in het format van een protocol zoals beschreven in de procedure protocollering KG. Zie bijlage 6. Dit protocol is gebaseerd op drie nationale richtlijnen van Nederland, België en Duitsland (de evidence) en is vormgegeven in de context van en binnen de mogelijkheden van de IC afdeling van het KG (de best practice). Het protocol kan vervolgens verder ontwikkeld worden zoals beschreven in de notitie beleid procedure protocollering KG (van Essen 2005).

In het volgende hoofdstuk volgt een beschrijving van het meetinstrument met indicatoren.

4. Een meetinstrument met kwaliteitsindicatoren.

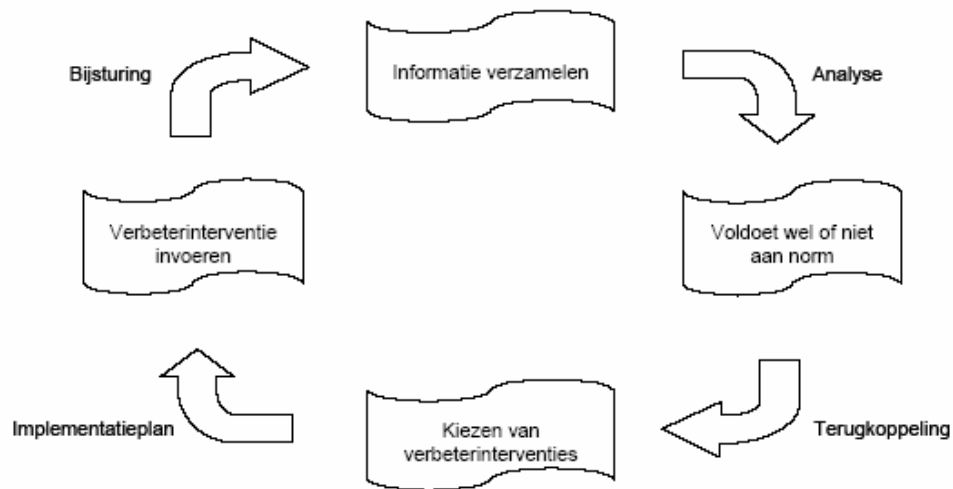
Een doelstelling van dit best practice project is het implementeren van een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitis bij volwassen patiënten te meten. Door middel van dit meetinstrument kan de decubituszorg op de IC afdeling van het KG worden verbeterd en gestuurd. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van dit meetinstrument.

Een meetinstrument om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitus te meten staat beschreven in het rapport model stuursysteem decubitus van het CBO (2003) en in het stappenplan bij dit model van het CBO & ZonMw (2004). Ik wil dit meetinstrument voor dit best practice project gebruiken om een aantal redenen.

Ten eerste wordt er in dit meetinstrument gebruik gemaakt van de (face)valide en betrouwbare indicatoren die beschreven staan in de Nederlandse nationale richtlijn decubitus (CBO 2002). Ten tweede is er ervaring opgedaan met dit meetinstrument in negen instellingen die mee hebben gedaan aan het project “Decubituszorg in de dagelijkse praktijk; door sturen steeds beter”. Het project werd uitgevoerd door het CBO en gefinancierd door ZonMw in het kader van het programma “Verplegende en verzorgende beroepen, tussen weten en doen”. De ervaring uit dit project is verwerkt in het stappenplan (CBO & ZonMw 2004). Ten derde gebruikt dit meetinstrument indicatoren die uit de kwaliteitszorg komen, proces- en uitkomstindicatoren die passen in het kwaliteitsmanagement systeem van het INK waarop het beleidsplan van de IC afdeling van het KG is gebaseerd. De motor van dit kwaliteitsmanagement systeem is de Plan-Do-Check-Act-cirkel van Deming. De PDCA-cirkel van Deming verschilt niet veel van de stuurcyclus die in het meetinstrument wordt gebruikt. De PDCA-cirkel en de stuurcyclus van het meetsysteem hebben als grondmodel de volgende stappen: probleemanalyse - doelen stellen, uitvoeren, evalueren en follow-up (Hollands et al. 2003). Zie figuur 1. De vierde reden waarom ik dit instrument wil gebruiken is dat het meetinstrument zich vooral richt op de verpleegkundige interventies om decubitus te voorkomen, dit komt tot uiting in de gebruikte proces- en uitkomstindicatoren en het ontbreken van structuurindicatoren. Maar het meetinstrument richt zich secundair ook op het management van de IC afdeling. De implementatie van het meetinstrument is een lijnverantwoordelijkheid en zal daarom behoren te liggen bij de leiding van de IC afdeling (CBO 2003).

Ten slotte wil ik dit Nederlandse meetinstrument gebruiken omdat de Belgische nationale richtlijn wel indicatoren formuleert om de decubituszorg in kaart te brengen maar geen theoretische kader gebruikt om de indicatoren systematisch in te plaatsen. De Belgische richtlijn gebruikt ook een andere classificatie voor de indicatoren namelijk een verdeling in prevalentie- indicatoren en incidentie-indicatoren (Defloor et al. 2004). In het meetinstrument van het CBO (2003) worden indicatoren gebruikt uit de classificatie van de kwaliteitszorg die gedeeltelijk ook kunnen behoren bij incidentie-indicatoren. Deze worden systematisch geplaatst in een raamwerk van het klinisch pad van de (decubitus) patiënt. De Duitse nationale richtlijn formuleert alleen in taal structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren die niet worden uitgewerkt in formules. De indicatoren worden ook niet systematisch in een klinisch pad van de (decubitus) patiënt geplaatst. De Duitse nationale richtlijn maakt vooral gebruik van uitkomstindicatoren en structuurindicatoren en niet van procesindicatoren (DNQP 2004). Deze procesindicatoren zijn juist voor het onderwerp van dit best practice project belangrijk omdat deze zich vooral richt op de processen van de preventieve zorg van decubitus.

In het meetinstrument wordt dus door middel van kwaliteitsindicatoren de decubituszorg gemeten (CBO 2003). Een indicator is een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van organisatie (Colsen en Casparie 1995 in CBO 2003). Indicatoren kunnen intern of extern worden gebruikt. Door middel van externe indicatoren kunnen de overheid, zorgverzekeraars of patiënten(organisaties) een oordeel geven over de kwaliteit van zorg. Dit is bijvoorbeeld de kwaliteitsindicator prevalentie van decubitus die onderdeel is van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2005 (IGZ, NFU, NVZ, Orde 2005). Het KG meet jaarlijks op instellingsniveau de prevalentie van decubitus met het LPZ-systeem (Halfens et al. 2005). Door middel van interne-indicatoren kan de IC afdeling van het KG op afdelingsniveau zelf een oordeel geven over de kwaliteit van de decubitus zorg en deze eventueel verbeteren. Het verbeteren van de zorg door middel van interne-indicatoren wordt ook wel sturen of de stuurcyclus genoemd. Hieronder staat het figuur van de stuurcyclus die staat in het rapport model stuursysteem decubitus (CBO 2003).



Figuur 1. De stuurcyclus (CBO 2003).

De stuurcyclus is een gesloten systeem dat een aantal fasen weer geeft. In de fase van informatie verzamelen wordt in de stuurcyclus door middel van interne-indicatoren de decubituszorg gemeten. In de fase van analyse wordt vastgesteld of er wel of niet voldaan wordt aan de norm. In de terugkoppelingsfase worden er verbeterinterventies gekozen en in de fase van het implementatieplan worden er verbeterinterventies ingevoerd.

Kwaliteitsindicatoren kan men dus onderscheiden in structuurindicatoren, procesindicatoren en uitkomstindicatoren (CBO 2007). Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. De structuurindicator ligt vooral op het gebied van het management van de IC afdeling. Dit best practice project is niet primair op het management gericht en richt zich in de kern ook niet op structuurindicatoren. Dat neemt niet weg dat de structuur van de afdeling belangrijk is voor de implementatie van het meetinstrument. De structuur van de IC afdeling staat beschreven in het hoofdstuk omgeving en in het volgende hoofdstuk wordt de implementatie beschreven.

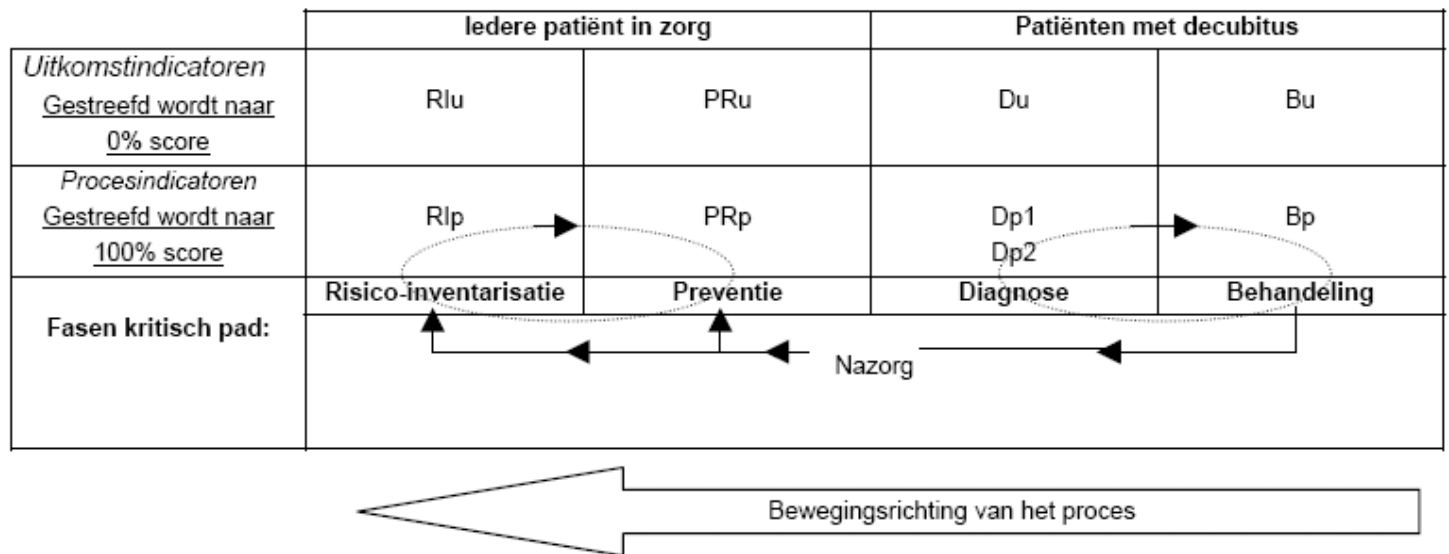
Bij procesindicatoren gaat het meestal om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is uitgevoerd. In de stuurcyclus gaat het in de fase van informatie verzamelen bij procesindicatoren om het percentage patiënten waarbij een verbeterinterventie is uitgevoerd. Het uitvoeren van een risicobepaling voor decubitus (NWR) en het uitvoeren van preventieve interventies tegen decubitus, het protocol preventie van decubitus of het niet

meer uitvoeren van een niet zinvolle interventie tegen decubitus, het hielprotocol. De norm is of gestreefd wordt naar een 100% score van de uitvoering van deze interventies.

De uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. In de stuurcyclus gaat het in de fase van informatie verzamelen bij productindicatoren om het percentage patiënten waarbij zich decubitus ontwikkelt. De norm is of gestreefd wordt naar een score van 0% (CBO 2003). De hierboven genoemde metingen zijn incidentiemetingen. Uiteindelijk wordt in het beleidsplan van de IC afdeling in eerste instantie in het aandachtsgebied ‘operationele resultaten’ gestreefd naar een 0% score namelijk: decubitus is niet aanwezig. In tweede instantie wordt er een tussenstap gemaakt namelijk: decubitus moet onder het landelijk gemiddelde komen te liggen. Er staat niet beschreven in het beleidsplan of dit om een incidentie cijfer gaat of over een prevalentie cijfer. Het landelijk gemiddelde van de prevalentie van decubitus ligt volgens Bours et al. (2001), in een onderzoek over prevalentie cijfers voor decubitus in het jaar 1998 en 1999 in respectievelijk 40 en 37 ICU’s, op 28,7 procent met een range van 7,8 procent tot 48,8 procent. De norm of het streven van de IC afdeling van het KG voor de jaarlijkse prevalentie meting van decubitus zou dan 28,7 procent zijn zoals in de doelstelling van dit best practice project staat. Deze doelstelling kan behaald worden door middel van de incidentiemetingen van het model stuursysteem decubitus (CBO 2003).

Voor het meetinstrument met kwaliteitsindicatoren om de verpleegkundige zorg betreffende de preventie van decubitus te meten op de IC afdeling van het KG wil ik voornamelijk gebruik maken van de (face)valide en betrouwbare indicatoren die beschreven staan in de Nederlandse nationale richtlijn decubitus (CBO 2002, CBO 2003). Eventueel kan na de invoering van dit project, mocht dit nodig zijn om de preventie van decubitus verder te verbeteren, gebruik gemaakt worden van de geformuleerde prevalentie- en incidentie-indicatoren van de Belgische nationale richtlijn decubitus preventie, omdat deze indicatoren op een aantal gebieden van de preventie gedetailleerder zijn (Defloor et al. 2004). Zie bijlage 8. Ik maak helemaal geen gebruik van de indicatoren die beschreven staan in de Duitse nationale richtlijn omdat deze alleen in taal worden beschreven en niet worden uitgewerkt als formules (DNQP 2004). De indicatoren van het CBO (2002) en van Defloor et al. (2004) zijn breuken en worden weergegeven als percentages.

Het CBO (2002, 2003) heeft in de Nederlandse nationale richtlijn bij de ontwikkeling van de indicatoren gebruik gemaakt van een raamwerk. Dit raamwerk wordt het ‘kritisch pad’ genoemd, dat de (decubitus) patiënt doorloopt. Zie figuur 2.



Figuur 2 Het kritisch pad (CBO 2002, 2003)

Het kritische pad of zorgproces is het proces dat een patiënt zou moeten doorlopen met betrekking tot een optimale preventie van decubitus en eventueel een optimale behandeling van decubitus. Dit betekent dat de patiënt zo min mogelijk risico op het ontwikkelen van decubitus loopt, dan wel een zo laag mogelijke graad van decubitus heeft en dat de decubitus in een zo kort mogelijke termijn geneest. Het decubituszorgproces bestaat uit twee deelprocessen met ieder twee fasen. Het eerste deelproces bestaat uit de fasen risico-inventarisatie en preventie. Het tweede deelproces bestaat uit de fasen diagnostiek en behandeling.

In dit best practice project wil ik gebruik maken van het eerste deelproces omdat dit de preventieve decubituszorg betreft maar ik wil ook gebruik maken van een onderdeel van de fase diagnostiek omdat voor de risicoinventarisatie de NWR methode wordt gebruikt. NWR is graad 1 in de classificatie voor decubitus. De fase diagnostiek is ook belangrijk om het resultaat van de preventie van decubitus te kunnen evalueren. Het continu meten van decubitus is een onderdeel van dit best practice project en het is een zorgresultaat van de verpleegkundige diagnose ‘risico op huidbeschadiging’ (Carpenito 2002) of ‘dreigend huiddefect’ (NANDA 2003). Het meten van decubitus expliciteert de zorgresultaten van de

verpleegkundige preventieve decubituszorg. Het expliciteren van het verpleegkundig proces is een probleem op de IC afdeling van het KG zoals beschreven in het hoofdstuk omgeving. Een bijproduct van dit best practice project is het starten van het expliciteren van het verpleegproces in het PDMS betreffende deze verpleegkundige diagnose. Het expliciteren van de mogelijke verpleegkundige interventies bij deze verpleegkundige diagnose staan beschreven in de aanzet van een nieuw protocol preventie decubitus IC afdeling van het KG.

Bij de ontwikkeling van de indicatoren in de Nederlandse nationale richtlijn is de volgende gedachtegang gevolgd bij de risico-inventarisatie fase, bij de preventie fase en bij een deel van de diagnose fase.

- bij iedere patiënt in zorg structureel het risico van decubitus dient te worden geïnventariseerd;
- geen enkele patiënt in zorg waarbij structureel het risico van decubitus is geïnventariseerd decubitus ontwikkelt;
- bij iedere patiënt in zorg met een verhoogd risico (op basis van de structurele risico-inventarisatie) de juiste preventieve maatregelen worden genomen;
- geen enkele patiënt in zorg waarbij structureel het risico van decubitus is geïnventariseerd en daarop de juiste preventieve maatregelen zijn genomen, decubitus ontwikkelt.
- bij iedere patiënt in zorg die decubitus ontwikkelt, de diagnose 'decubitus' wordt gesteld (CBO, 2003)

Hieruit volgen een aantal indicatoren die zijn aangepast op de situatie van de IC afdeling van het KG maar die grotendeels overeen met de beschreven indicatoren in het model stuursysteem decubituszorg van het CBO (2003). De indicatoren zijn breuken en worden weergegeven als percentages.

- Het percentage patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd door middel van de NWR-methode.
- Het percentage patiënten waarbij zich, ondanks de structureel uitgevoerde risico-inventarisatie door middel van de NWR-methode, toch decubitus ontwikkelt.
- Het percentage patiënten waarbij preventieve maatregelen worden genomen zoals beschreven in het protocol preventie decubitus van de IC afdeling van het KG.

- Het percentage patiënten waarbij zich ondanks de structureel uitgevoerde risico-inventarisatie door middel van de NWR-methode en de daarop geënte preventieve maatregelen vanuit het protocol preventie decubitus van de IC afdeling van het KG, toch decubitus ontwikkelt.
- Het percentage patiënten waarbij decubitus juist wordt gesignaleerd en gediagnosticeerd.
- Het percentage patiënten waarbij de juiste graad van decubitus wordt gesignaleerd en gediagnosticeerd.

Voor de zes hierboven genoemde indicatoren moet men over de volgende gegevens beschikken:

- het totaal aantal patiënten;
- het aantal patiënten waarbij gestructureerd de risico-inventarisatie is gedaan door middel van de NWR-methode;
- het aantal patiënten waarbij gestructureerd de risico-inventarisatie is gedaan door middel van de NWR-methode en waarbij tevens daarop geënte preventieve maatregelen vanuit het protocol preventie decubitus van de IC afdeling van het KG zijn genomen;
- het aantal nieuwe decubitusletsels sinds de vorige meting;
- het totaal aantal letsels;
- het aantal decubitusletsels dat bij artsen en verpleging bekend is;
- het aantal decubitusletsels dat bekend is na het doen van een extra diagnose ronde (CBO, 2003).

De indicatoren worden in percentages weergegeven en zien er dan als volgt uit:

$$Rlp^4 = \frac{\text{het aantal patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode}}{\text{het totaal aantal patiënten}}$$

⁴ Rlp = procesindicator

$$Rlu^5 = \frac{\text{het aantal nieuwe decubitusletsels ten opzichte van de vorige meting}}{\text{het aantal patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode}}$$

Het aantal patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode en waarbij preventieve maatregelen zijn genomen zoals beschreven in het protocol preventie decubitus van de IC afdeling van het KG

$$PRp^6 = \frac{\text{Het aantal patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode}}{\text{Het aantal patiënten waarbij structureel een risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode}}$$

$$PRu^7 = \frac{\text{Het aantal nieuwe decubitusletsels ten opzichte van de vorige meting}}{\text{Het aantal nieuwe decubitusletsels ten opzichte van de vorige meting}}$$

Het aantal patiënten waarbij structureel risico-inventarisatie is uitgevoerd d.m.v. de NWR-methode en waarbij preventieve maatregelen zijn genomen zoals beschreven in het protocol preventie decubitus van de IC afdeling van het KG

$$Dp1^8 = \frac{\text{Het aantal decubitus letsels dat bij de artsen en verpleging bekend is}}{\text{Het aantal decubitusletsels dat bekend is na het doen van een extra diagnose ronde}}$$

$$Dp2^9 = \frac{\text{De graad van elk letsel dat bij de artsen en verpleging bekend is}}{\text{De graad van elk letsel dat bekend is na het doen van een extra diagnose ronde}}$$

Tot zover de beschrijving van het meetinstrument met de kwaliteitsindicatoren voor de IC afdeling van het KG. Het implementeren van dit meetinstrument met kwaliteitsindicatoren heeft consequenties voor de IC verpleegkundigen en voor het management van de IC afdeling. Deze implementatie wordt onder andere beschreven in het volgende hoofdstuk implementatie en evaluatie.

⁵ Rlu = uitkomstindicator

⁶ Prp = procesindicator

⁷ PRu = uitkomstindicator

⁸ Dp1 = procesindicator

⁹ Dp2 = procesindicator

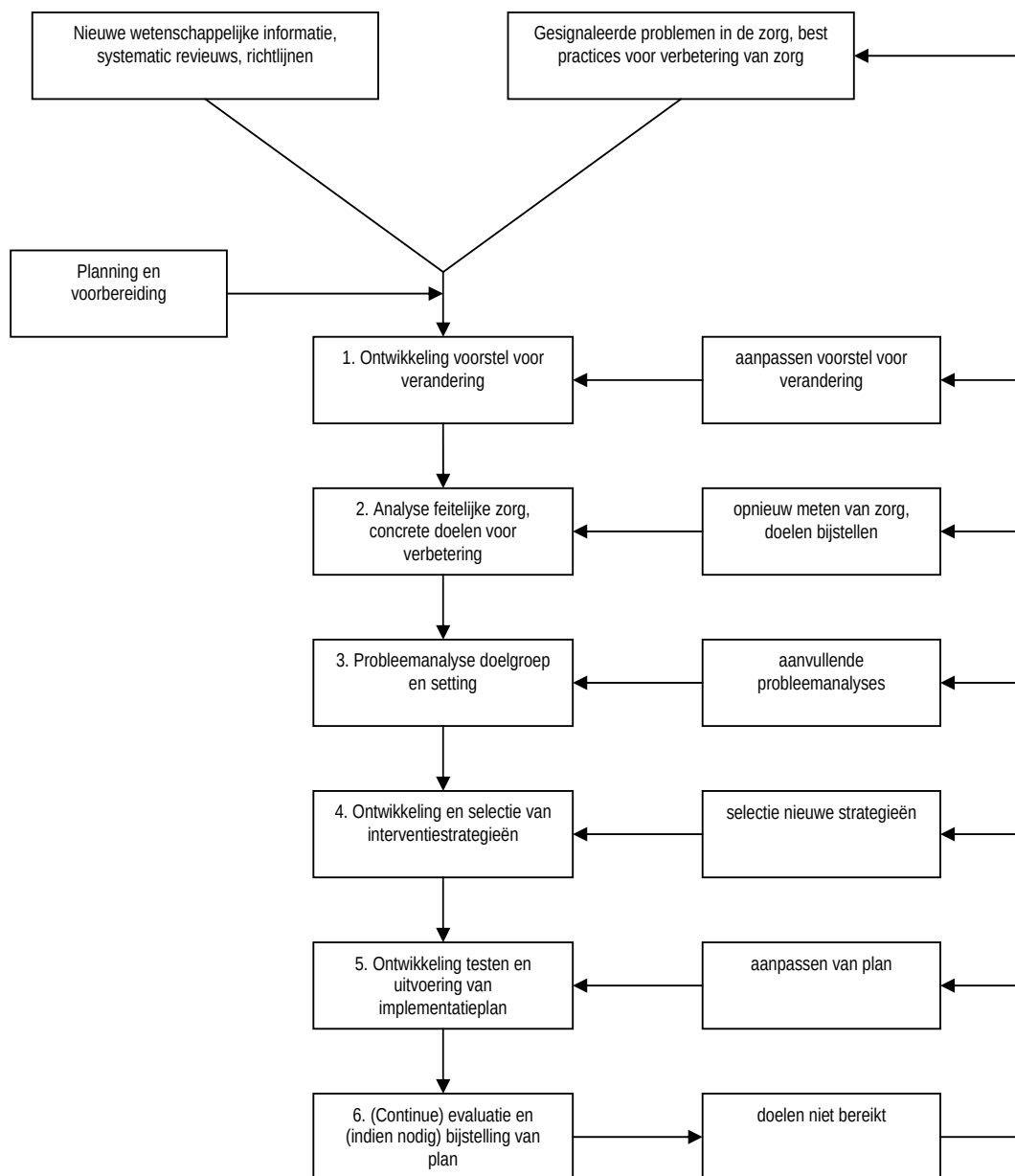
5. Implementatie en evaluatie

In dit hoofdstuk wordt een plan beschreven voor de IC afdeling van het KG hoe het proces van implementatie van een nieuw afdelingsspecifiek protocol en een meetinstrument met indicatoren betreffende de preventie van decubitus bij de volwassen patiënt kan plaats vinden met als doel om de prevalentie van decubitus onder de 28,7 procent te krijgen.

5.1 Implementatie van veranderingen

Zoals al beschreven is in het hoofdstuk kernbegrippen is volgens ZON implementatie een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Hulscher et al. 2000). Om de implementatie van dit best practice project zo procesmatig en planmatig te laten verlopen wordt er gebruik gemaakt van het model van Grol en Wensing (2006). Zie figuur 1. Planmatig betekent in dit model niet dat er niet meer van het plan wordt afgeweken. Er is juist sprake van een iteratief (herhalend) of een incrementeel (aangroeiend, toenemend) proces waarin steeds wordt geleerd van reeds gezette stappen en waarin de aanpak wordt bijgesteld als dat nodig is. Dat betekent echter niet dat er niets wordt gepland en voorbereid: ‘ook een dergelijk iteratief proces vraagt om systematiek, om een goede voorbereiding en om een aantal logisch achter elkaar te nemen stappen’ (Grol en Wensing 2006).

Het model geeft twee uitgangspunten voor een proces van implementatie. Aanleiding voor een proces van implementatie kan zijn nieuwe wetenschappelijke informatie uit bijvoorbeeld systematic reviews of uit richtlijnen, de andere aanleiding kan zijn gesignaleerde problemen in de zorg bijvoorbeeld uit audits of patiëntenvragenlijsten. De aanleiding voor dit proces van implementatie zijn de jaarlijkse hoge prevalentie cijfers voor decubitus bij de volwassen patiënten van de IC afdeling van het KG.



Figuur 1. Implementatie van veranderingen: een model (Grol en Wensing 2006)

5.2 Planning en voorbereiding

Een goede planning van de implementatieactiviteiten (wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie?) is van groot belang voor het succesvol introduceren van een meetinstrument met indicatoren en een gedeeltelijke nieuwe werkwijze, door middel van een vernieuwd protocol, betreffende de preventie van decubitus bij de volwassen patiënt op de IC afdeling.

Daar is een gemotiveerd team met voldoende expertise voor nodig die de activiteiten aanstuurt, coördineert en communiceert, en die, waar nodig, ondersteuning biedt bij de uitvoering. De volgende competenties zijn daar volgens Grol en Wensing (2006) voor nodig: leiderschap, coördinatievaardigheden, technische vaardigheden en administratieve vaardigheden.

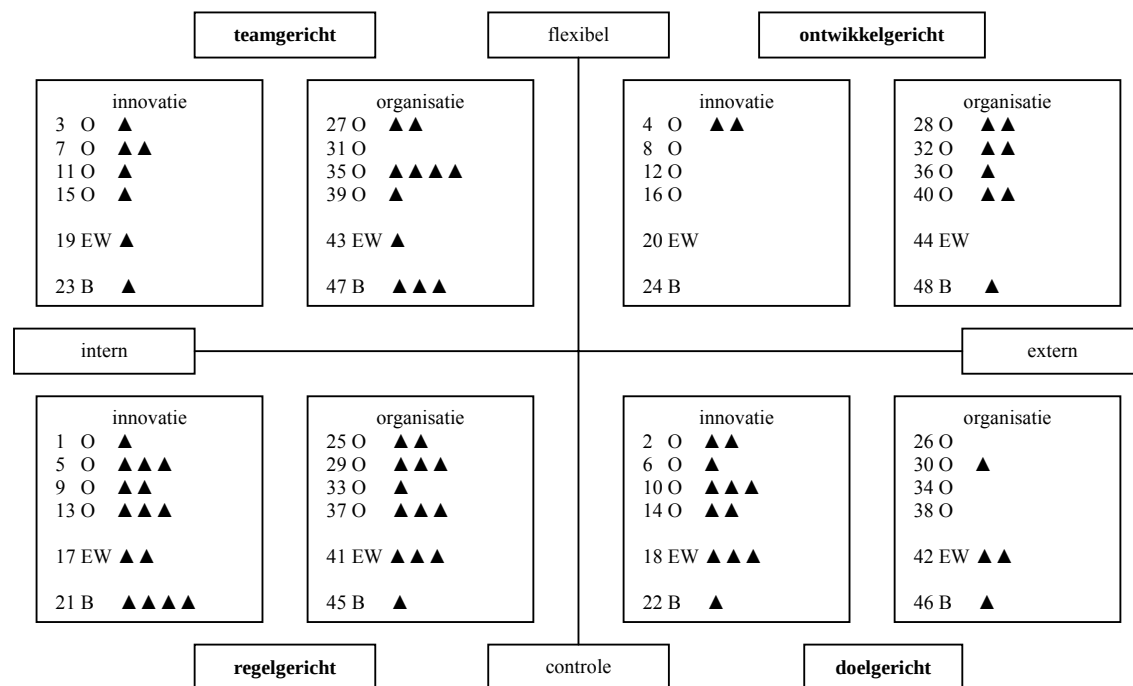
De eventueel te installeren projectgroep van dit best practice project zou in ieder geval moeten bestaan uit een teamcoördinator van de IC afdeling onder andere omdat de implementatie van het meetinstrument een lijnverantwoordelijkheid is en daarom zal behoren te liggen bij de leiding van de IC afdeling (CBO 2003). Ten tweede zou de projectgroep moeten bestaan uit een informatica verpleegkundige die het PDMS van de IC afdeling onderhoudt omdat het PDMS aangepast moet worden betreffende het verpleegproces rond de preventie van decubitus en voor het registreren van de gegevens voor de indicatoren van het meetsysteem. Ten derde zou de MANP'er i.o. projectleider kunnen worden van dit team omdat deze het best practice project geschreven heeft en omdat dit een project is waarin de aangeleerde competenties van de MANP'er in ontwikkeling kan worden gebracht. Ten vierde zou de IC verpleegkundige van de decubituscommissie van de IC afdeling deel uit kunnen maken van de projectgroep omdat het onderwerp de preventie van decubitus behoort tot deze commissie. Het is belangrijk om een intensivist te vragen om deel te nemen aan dit project omdat betrokkenheid van artsen ertoe leidt dat meer projecten worden uitgevoerd om de kwaliteit te verbeteren. Artsen zijn leiders en sleutelfiguren in instellingen (Grol en Wensing, 2006). Het is ook belangrijk om vertegenwoordigers uit de doelgroep te betrekken bij de implementatie van dit best practice project. Drie leden van deze mogelijke projectgroep werken als IC verpleegkundigen op de afdeling en zijn dus in staat om te doorgronden waarin dit best practice project in de praktijk moet gaan plaats vinden.

Een andere voorwaarde voor een succesvolle implementatie van dit best practice project is het maken van een goed schriftelijk plan die een tijdsplanning, een concreet tijdspad, bevat voor

de verschillende onderdelen van het project. Het plan moet ook de verschillende taken en verantwoordelijkheden die aan de diverse betrokken worden toebedeeld bevatten (Grol en Wensing 2006). In dit plan kan een schatting worden gemaakt hoeveel tijd in de dagdiensten de MANP'er i.o. en de IC verpleegkundige van de decubituscommissie nodig zouden hebben voor dit project want een adequaat budget met voldoende financiële middelen en beschikbaar personeel is ook een voorwaarde voor succes. In de onderhandeling met het management van de IC afdeling zal het in dit geval vooral gaan om de tijd die de projectleden mogen gebruiken voor dit best practice project. Tijd is geld. De praktische middelen zoals computers, instrumenten en materialen die nodig zijn moeten ook in het plan komen te staan. Deze middelen worden ook onderhandeld met het management van de IC afdeling maar zal een minder groot probleem worden omdat deze grotendeels allemaal aanwezig zijn.

Bij de implementatie van veranderingen in een praktijk is het van belang om aandacht te hebben voor de cultuur van in dit geval de IC afdeling van het KG. Dit wordt ondersteund vanuit denkbeelden, ervaringen en onderzoek van organisatie- en managementtheorieën (Grol en Wensing 2006). In het kader van de module innovatiemanagement is er op de IC afdeling van het KG een onderzoek gedaan naar de cultuur van de IC afdeling, naar aanleiding van de kenmerken van de afdeling en van twee innovaties namelijk: het dagelijks meten van decubitus en het afnemen van een risicoscore lijst voor decubitus door IC verpleegkundigen (de Valk 2005b). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het contingentie model van van Linge (1998) In dit model gaat men ervan uit dat er niet één beste manier is om innovaties in te voeren, maar dat men bij de keuze van een invoeringsstrategie rekening moet houden met kenmerken van de innovatie zelf en/of de kenmerken van de situatie waarbinnen de invoering zal plaats vinden. De genoemde kenmerken worden in de contingentiebenaderingen contingentiefactoren genoemd. Deze factoren zijn in drie lagen te verdelen namelijk, de operationele processen (O), de doelkenmerken of expliciete waarden (EW) en de diepte kenmerken (B). Deze factoren worden door van Linge (1998 in de Valk 2005b) in een configuratie schema gezet met vier kwadranten met aan de flexibele kant van het schema de teamgerichte en de ontwikkelgerichte configuratie en aan de controle kant de regelgerichte en de doelgerichte configuratie. Van Linge (1998 in de Valk 2005b) onderscheidt in dit schema ook een externe en een interne kant. Aan de externe kant van het schema staat de ontwikkelgerichte en de doelgerichte configuratie en aan de interne kant staat de teamgerichte en de regelgerichte configuratie. De kenmerken van de IC afdeling en de twee innovaties zijn door middel van vragenlijsten, die eigendom zijn van de onderzoekslijn invoering van

verpleegkundige innovaties van de Disciplinarygroep Verpleegwetenschap, UMC, in Utrecht van Oktober 2004, onderzocht en ingevuld door twee teamcoördinatoren, een praktijkbegeleider/donatiefunctionaris en drie IC verpleegkundigen van de IC afdeling. De uitslagen van de vragenlijsten worden in het configuratie-contingentie schema in figuur 2 weergegeven.



Figuur 2. Configuratie schema met kenmerken van de IC afdeling en van de innovaties met betrekking tot decubitus (de Valk 2005b).

Dit configuratie schema is geanalyseerd en de conclusies met betrekking tot de IC afdeling zijn dat de afdeling naar binnen gericht is (team- en regelgericht) en dat de IC afdeling intern discongruent is in de ontwikkelingsgerichte configuratie. Voor een succesvolle implementatie van dit best practice project moet rekening gehouden worden met een afdelingscultuur die team en regelgericht is en niet ontwikkelingsgericht (deValk 2005b).

5.3 De ontwikkeling van een voorstel van verandering

De eerste stap in het model implementatie van veranderingen is het ontwikkelen, selecteren of vaststellen van een concreet voorstel voor verbetering in de wijze van werken (Grol en

Wensing 2006). In dit best practice project zijn de hoge prevalentie cijfers van decubitus op de IC afdeling van het KG een probleem waarvoor concrete voorstellen worden gedaan om dit probleem op te lossen. De concrete voorstellen, de aanzet voor een nieuw afdelingsspecifiek protocol ter preventie van decubitus en het meetinstrument met indicatoren worden in dit best practice project in hoofdstuk 3 en 4 beschreven.

Deze ‘innovaties’ moeten van Grol en Wensing (2006) zorgvuldig ontwikkeld zijn, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoefte van de doelgroep, toepasbaar en gemakkelijk toegankelijk zijn, en een aantrekkelijke vormgeving hebben. De verbeteringen die worden nagestreefd moeten concreet, ambitieus en haalbaar zijn binnen de setting waar de implementatie gerealiseerd moet worden (Schellekens 2000 in Grol en Wensing 2006). In dit best practice project wordt een nagestreefte verbetering van zorg voorgesteld dat de IC afdeling van het KG een prevalentie van decubitus onder de 28,7 % behaalt.

Grol en Wensing (2006) geven aan dat al vroeg in de selectie dan wel ontwikkeling van een richtlijn of nieuwe werkwijze, in dit geval een vernieuwd protocol en een meetinstrument met indicatoren, rekening zou moeten worden gehouden met de mogelijkheden van implementatie en met de waarschijnlijke reactie van de doelgroep. Men kan hierbij rekening houden met:

- bepaalde kenmerken van innovaties die de implementatie bevorderen of belemmeren;
- een overzichtelijke en aantrekkelijke vormgeving die aan de implementatie een bijdrage kan leveren;
- de betrokkenheid van de doelgroep en de mogelijkheid om de innovatie aan te passen aan haar werksituatie wat de kans op implementatie kan vergroten.

Rogers (1983, 1995 in Grol en Wensing 2006) noemt een aantal cruciale kenmerken van innovaties die belemmerend of bevorderend kunnen zijn namelijk: voordeel, passendheid, complexiteit, probeerbaarheid en zichtbaarheid.

Het kenmerk ‘voordeel’ is de mate waarin een innovatie als een verbetering van de bestaande praktijk wordt gezien. Het voordeel van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol ter preventie van decubitus is dat het waarschijnlijk betere zorgresultaten op gaat leveren omdat in dit protocol zinvolle interventies staan beschreven die zijn afgeleid van evidence based richtlijnen en het niet zinvolle hielprotocol wordt gestopt. Dit laatste geeft een ander voordeel namelijk dat de kosten van schuimverbanden en circulaire elastisch verbanden worden gespaard. De schuimverbanden van 11 cm bij 11 cm kosten 3,20 euro per stuk, de schuimverbanden van 15 cm bij 15 cm kosten 8,20 euro per stuk. Het voordeel van het

meetinstrument met indicatoren is dat de IC verpleegkundigen elke week de resultaten van de preventieve decubituszorg kunnen zien in grafieken. Het laat het product zien: het wel of niet optreden van decubitus en het laat het proces zien: worden interventies wel of niet uitgevoerd. Nu wordt maar één keer per jaar één resultaat gemeten namelijk de prevalentie van decubitus en niet het proces.

Een nadeel van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol ter preventie van decubitus is dat het onrust kan geven omdat het gedeeltelijk vernieuwing met zich meebrengt. Andere nadelen zoals extra tijd is naar mijn mening te verwaarlozen en het gaat hoogst waarschijnlijk geld sparen i.p.v. kosten. Een nadeel van het meetinstrument met indicatoren is dat dit een volledige nieuwe interventie is en daarom extra tijd zal vergen van de IC verpleegkundigen en onrust zal veroorzaken. Dit kan tot een minimum beperkt worden door het meten van decubitus en het invullen van de gegevens van de indicatoren zo weinig arbeidsintensief te maken door het in het dagelijkse werk in te passen en het PDMS zo gebruiksvriendelijk als mogelijk te maken.

Het kenmerk 'passendheid' is de mate waarin de vernieuwing past bij bestaande opvattingen, behoeften, waarden en normen, en routines (compatibility). Volgens Tannenbaum (1996 in Grol en Wensing 2006) is er vaak een mismatch tussen het soort bewijs of inzichten die uit wetenschappelijk onderzoek komt en het soort bewijs dat zorgverleners graag zien of van toepassing achten op hun patiënten. Daarom is het belangrijk om gebruikers te betrekken bij de ontwikkeling van een richtlijn of voorstel voor verandering in de werkwijze zodat IC verpleegkundigen het belang ervan in kunnen zien en de werkwijze beter kunnen laten aansluiten bij de heersende opvattingen. Hierdoor wordt een breder draagvlak gecreëerd. Het in dit project beschreven nieuwe afdelingsspecifieke protocol ter preventie van decubitus is een eerste aanzet voor een nieuw protocol. Bij de verdere ontwikkeling van het protocol kunnen de IC verpleegkundigen maar ook de fysiotherapie en de intensivisten betrokken worden. Het beschreven meetinstrument met indicatoren is een ook een voorstel op papier. Bij de verdere ontwikkeling vooral bij het aanpassen van het PDMS kunnen IC verpleegkundigen betrokken worden.

Het kenmerk 'complexiteit' is de mate waarin een richtlijn of nieuwe werkwijze wordt gezien als moeilijk te begrijpen en lastig te gebruiken. Hoe ingewikkelder de innovatie hoe moeilijker de implementatie. Volgens Grol en Wensing (2006) is vooral de beleving van de complexiteit van een innovatie door de betrokkenen bepalend. Daarom is het van belang om veel aandacht te besteden aan de begrijpelijkheid en toegankelijkheid ervan door middel van samenvattingen, gebruik van diverse media, heldere teksten of het opdelen van het voorstel in

overzichtelijke stukken. Het afdelingsspecifieke protocol ter preventie van decubitus is een gedeeltelijke aanpassing op de huidige manier van werken. De meest opvallende verandering hierin is het stoppen van het hielprotocol en het starten van een nieuwe interventie tegen hieldecubitus. Deze nieuwe interventie is naar mijn mening weinig complex en praktisch snel onder de knie te krijgen. Het zal wel enige theoretische aandacht nodig hebben van uitleg en verklaring. Het meetinstrument met indicatoren vraagt een vaardigheid die naar mijn mening minder snel onder de knie te krijgen is en dat is de vaardigheid van het meten van decubitus in de vier graden en de vaardigheid om onderscheidt te maken in decubituswonden, smetplekken en incontinentieletsel. Om deze vaardigheden te leren is er een scholingsprogramma geschreven voor de module educatie en consultatie in het kader van de opleiding MANP (de Valk 2005a). In dit scholingsprogramma wordt onder andere het volgende leerdoel uitgewerkt:

De IC verpleegkundige is in staat om zelfstandig en dagelijks de decubitus bij zijn/haar toegewezen volwassen IC patient(en) te meten met behulp van de aanbevolen classificatie van decubitus in vier graden (CBO 2002), door de juiste graad van de decubitus te registreren en de decubitus wonden te onderscheiden van smetplekken en incontinentie letsel. (de Valk 2005).

Er worden twee didactische vormen gekozen om dit leerdoel te behalen. Er wordt gebruik gemaakt van een powerpoint programma met foto's van verschillende wonden en er wordt gebruik gemaakt van intercollegiale toetsing om graad 1 decubitus te leren herkennen met behulp van een decubituslens. Wanneer IC verpleegkundigen dit leerdoel hebben behaald is het gebruik van het meetinstrument met indicatoren naar mijn mening niet complex meer mits hiervoor een gebruiksvriendelijk registratie wordt gemaakt in het PDMS. Het best practice project kan in overzichtelijke delen worden aangeboden in begrijpelijke taal aan de IC verpleegkundigen met gebruik van de website van de IC afdeling, e-mail, klinische lessen, posters, grafieken en bedside teaching.

Het kenmerk 'probeerbaarheid' is de mate waarin men de vernieuwing op kleine schaal kan proberen, zonder meteen vast te zitten aan allerlei gevolgen die men niet meer terug kan draaien (triability). Het op kleine schaal proberen van een vernieuwing helpt om te ontdekken wat de waarde ervan is in de eigen setting en wat nodig is om deze te laten werken. Het is in feite een manier van omgaan met de onzekerheid die elke verandering met zich meebrengt (Grol en Wensing 2006). De veranderingen die worden voorgesteld in het best practice project zijn op kleine schaal uit te proberen. Bij de nieuwe interventie van zwevende hielen voor het voorkomen van hieldecubitus is dit al gedaan. Daarbij kwam aan het licht dat als men

de patiënt niet à 4 uur wisselgeving geeft en dus voor langere tijd op zijn rug laat liggen met kussens onder de onderbenen om zwevende hielen tot stand te brengen deze patiënten een grote kans hebben op het krijgen van spitsvoeten. Dit vraagt verder onderzoek mocht dit project van start mogen gaan. Het uit proberen van het meetinstrument met indicatoren kan ook op kleine schaal in eerst instantie worden uitgeprobeerd daarvoor moet eerst het PDMS worden aangepast.

Het kenmerk 'zichtbaarheid' is de mate waarin de resultaten van een nieuwe werkwijze zichtbaar zijn (observability). Laten zien dat de werkwijze in de praktijk haalbaar is en al snel de beoogde resultaten oplevert, kan de implementatie stimuleren (Grol en Wensing 2006). De veranderingen die in dit best practice project worden voorgesteld zijn al op kleine schaal zichtbaar en kunnen op kleine schaal zichtbaar worden gemaakt. De nieuwe interventie van zwevende hielen zijn al op kleine schaal zichtbaar gemaakt, alleen het resultaat van deze interventie nog niet. Dit zou mogelijk zijn door het meten van decubitus door het meetinstrument met indicatoren. Wanneer het meetinstrument met indicatoren in het PDMS is ontwikkelt bestaat hier ook de mogelijkheid dit eerst op kleine schaal uit te proberen en zichtbaar te maken.

Het volgende punt waar rekening mee gehouden kan worden bij de selectie en ontwikkeling van veranderingen in zorg is de vormgeving en de presentatie. Volgens Grol en Wensing (2006) zijn de volgende punten hierbij van belang:

- Een taalgebruik dat niet voor meerdere interpretaties vatbaar is (Field 1990 in Grol en Wensing 2006). De verschillende onderdelen van het best practice project kan hierop nagekeken worden door de eventueel te installeren projectgroep.
- Een logische, overzichtelijke presentatie van de aanbevelingen of de nieuw werkwijze. Er is hier in de aanzet van een nieuw afdelingsspecifiek protocol ter preventie van decubitus al een begin mee gemaakt maar hier zal nog naar gekeken moeten worden door de eventueel te installeren projectgroepleden. In het meetinstrument met indicatoren heeft men wat betreft de ontwikkeling van de indicatoren het 'kritisch pad' gevolgd wat de (decubitus) patiënt doorloopt in de zorg waardoor er een logische en overzichtelijk verband ontstaat tussen de indicatoren.
- Aanpassing van de vorm en het taalgebruik aan de dagelijkse problemen in de zorgpraktijk en de wijze waarop men daar te werk gaat. De aanzet van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol is gemaakt volgens de werkwijze en format van het KG.

In de aanzet van het nieuwe afdelingsspecifieke protocol is er een stroomschema 'keuze bed' opgenomen en deze is aangepast op de aanduidingen en aanwezige bedden en matrassen van de IC afdeling van het KG. Het meetinstrument met indicatoren bevat indicatoren die aangepast zijn op de werkwijze die voorgesteld wordt in dit best practice project namelijk de keuze voor de NWR-methode in plaats van een risicoschaal voor het opsporen van patiënten die een risico lopen om decubitus te ontwikkelen.

- Een presentatie die zich richt op de meest essentiële elementen in het handelen van de betrokken hulpverleners (Sanazaro 1983 in Grol en Wensing 2006). Deze presentatie van de meest essentiële elementen in het handelen van de IC verpleegkundigen moet nog ontwikkeld worden en in ingepland worden in het implementatieplan van de eventueel te installeren projectgroep.
- Levering van educatieve hulpmiddelen om een richtlijn of nieuwe werkwijze goed te leren begrijpen. Voor de meting van decubitus is er een scholingsprogramma ontwikkeld zoals hierboven beschreven en uitgebreid beschreven staat in het werkstuk 'Het voorkomen van decubitus bij volwassen IC patiënten' (de Valk 2005). Voor de vaardigheden van de andere interventies die beschreven staan in het afdelingsspecifieke protocol moet nog een educatieve vorm worden ontwikkelt en ingepland worden in het implementatieplan van de eventueel te installeren projectgroep. Wanneer het PDMS aangepast is voor de registratie van de gegevens voor de indicatoren van het meetinstrument moet voor deze vaardigheid ook een educatieve vorm voor worden ontwikkeld. Het aanpassen van het PDMS en de educatieve vorm daarbij wordt ook ingepland in het implementatieplan van de eventueel te installeren projectgroep.
- Zorgen voor een aantrekkelijke lay-out. Dit kan gerealiseerd worden door een aantrekkelijke typografische vormgeving en selectief gebruik van vetdruk en kleur; gebruik van samenvattingen; beperking van het aantal literatuurverwijzingen. Dit alles moet ook worden ingepland in het implementatieplan van de eventueel te installeren projectgroep.

Het laatste punt waar rekening mee kan worden gehouden bij de selectie en ontwikkeling van veranderingen in zorg is de betrokkenheid van de doelgroep en de lokale adaptatie. Het betrekken van (vertegenwoordigers van) de doelgroep bij de ontwikkeling of selectie van een richtlijn, zorgprotocol, preventief programma of voorstel voor verandering van de werkwijze

in de praktijk is van belang voor een goed draagvlak. Dit is van belang om de innovatie toe te snijden op de behoeften, ervaren problemen en werksetting van degenen die de innovatie moeten toepassen (Kotler 1991 in Grol en Wensing 2006). Het draagt er ook bij toe dat men het als iets van zichzelf gaat zien en er verantwoording voor wil nemen. Bij de selectie van wie er bij de ontwikkeling van de innovaties betrokken moet worden spelen de volgende kenmerken een rol: herkenbaarheid, representativiteit en deskundigheid (Grol en Wensing 2006).

Dit heeft te maken met de eventueel te installeren projectgroepleden die de veranderingen in zorg selecteren en/of ontwikkelen. Deze moeten herkenbaar zijn en de IC verpleegkundigen moeten zich met deze projectgroepleden kunnen identificeren. De projectgroepleden moeten representatief zijn om het draagvlak voor de innovatie te vergroten en representativiteit heeft ook betrekking op de vraag of gebruik is gemaakt van de ervaringen en expertise van alle relevante betrokkenen. De projectgroepleden moeten deskundig zijn, het aanzien dat de ontwikkelaars genieten op basis van hun expertise en autoriteit heeft eveneens invloed op de acceptatie van de innovatie. Dit is gedeeltelijk al genoemd in het kader van de een eventueel te vormen projectgroep in paragraaf 5.2 'planning en voorbereiding'. Tot zover stap 1. van het implementatie model van Grol en Wensing (2006). Nu volgt stap 2. van het model, de analyse van de feitelijke zorg.

5.4 Analyse van feitelijke zorg

De volgende stap in het implementatie model is de analyse van de feitelijke zorg en het stellen van concrete doelen voor verbetering. De analyse van de feitelijke zorg is al gedaan in hoofdstuk 3. Een concreet doel is gesteld in hoofdstuk 4 namelijk een prevalentie cijfer voor decubitus onder de 28,7 procent.

Grol en Wensing (2006) geven bij de stap 'analyse van de feitelijke zorg' aan dat het belangrijk kan zijn om een 'sense of urgency' te creëren bij de doelgroep. Dit lijkt ook te kloppen bij de IC verpleegkundigen die telkens aangeven dat zij denken dat decubitus niet vaak voorkomt op de IC afdeling. Om deze discrepantie tussen optimale zorg en feitelijke zorg te laten zien is het goed de feitelijke zorg in kaart te brengen. Dit is belangrijk om de motivatie van IC verpleegkundigen te stimuleren om een verandering in de eigen werkwijze aan te brengen. In dit best practice project wordt voorgesteld om een meetinstrument met indicatoren te gebruiken die beschreven staat in hoofdstuk 4. Dit kan ook gebruikt worden om de feitelijke zorg in kaart te brengen. Nadat het meetinstrument met indicatoren ingevoerd is

kunnen wekelijkse uitslagen en grafieken de IC verpleegkundigen feedback geven over de geleverde zorg. Deze feedback kan aanzetten en motiveren tot deelname aan een veranderingsproces (Grol en Wensing 2006).

Dit meetinstrument met indicatoren is ook belangrijk om uitgangswaarden te hebben waaraan kan worden afgemeten of de implementatie van bijvoorbeeld de interventie van zwevende hielen geslaagd is. Volgens Grol en Wensing (2006) is voortdurende evaluatie van de bereikte veranderingen van wezenlijk belang voor:

- het aanpassen van de doelen;
- het analyseren van problemen in de implementatie;
- het aanpassen van strategieën en maatregelen om tot verandering te komen;
- het aanpassen van het implementatieplan.

Volgens Grol en Wensing (2006) is het meten en evalueren van de zorgverlening niet iets wat men alleen aan het begin en aan het einde van een implementatieproject moet doen, maar continu zodat het implementatieplan voortdurend kan worden bijgesteld en aangescherpt op basis van de resultaten van deze continue monitoring.

Tot zover stap 2 van het implementatie model van Grol en Wensing (2006). Nu volgt stap 3. van het model, de probleemanalyse.

5.5 Probleemanalyse

Het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaats vindt, van kenmerken van de doelgroep en van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering vormt de volgende stap in het model (Grol en Wensing 2006).

De context waarbinnen de verandering van routines gaat plaats vinden in dit best practice project is beschreven in hoofdstuk 3. Een gedeeltelijke analyse van de IC afdeling van het KG is in dit hoofdstuk al beschreven naar aanleiding van een onderzoek naar de cultuur van de IC afdeling van het KG door middel van het contingentie model van van Linge (1998). De conclusie van dit onderzoek is dat voor een succesvolle implementatie van dit best practice project er rekening gehouden moet worden dat de IC afdeling team- en regelgericht is en niet ontwikkelingsgericht.

De analyse van de doelgroep heeft nog niet plaats gevonden en dit zou naar aanleiding van een ander model van Grol en Wensing (2006) gedaan kunnen worden. Dit model is gebaseerd

op basis van literatuur en ervaringen. In het model staan de fasen van een veranderingsproces. De kenmerken van de groep IC verpleegkundigen kunnen geanalyseerd worden op basis van deze 5 fasen, namelijk de oriëntatiefase, inzichtfase, acceptatiefase, veranderingsfase en de fase van behoud van verandering.

De oriëntatiefase is een fase die erop gericht is de grond rijp te maken voor verandering. De IC verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de innovatie of voorgestelde nieuwe wijze van werken. De inzichtfase is erop gericht de doelgroep te informeren wat de innovatie precies inhoudt en inzicht te geven wat de feitelijke zorgverlening is. In de acceptatiefase ligt de nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan. Men moet het gevoel krijgen dat verandering ook zinvol is en haalbaar is. De veranderingsfase is erop gericht een echte start met de verandering in de praktijk te maken. De IC verpleegkundigen moeten gaan experimenteren met de nieuwe werkwijze en het gevoel krijgen dat deze werkt en haalbaar is. In de behoud van verandering fase wordt de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de dagelijkse routines en de processen in de praktijk.

Tenslotte zijn er de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering in werkwijze. Volgens Grol en Wensing (2006) kunnen deze factoren een bepalende rol spelen. Inzicht in deze factoren kunnen helpen om te weten hoe implementatiestrategieën opgebouwd dienen te worden en welke activiteiten ontplooid moeten worden. De factoren kunnen volgens Grol en Wensing (2006) gerelateerd zijn aan:

- individuele hulpverleners
- sociale context
- organisatorische context
- economische en juridische context

De analyse van deze factoren moeten nog plaats vinden door een eventueel te installeren projectgroep. Deze factoren kunnen afgezet worden tegen de 5 fasen van het veranderingsproces van de IC verpleegkundigen. Vanuit deze afzetting kunnen strategieën en interventies worden aangepast voor de eventuele implementatie van dit best practice project. Tot zover stap 3 van het implementatie model van Grol en Wensing (2006). Nu volgt stap 4. van het model, ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën.

5.6 Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën

In de volgende stap van het model worden, gekoppeld aan gevonden factoren en andere informatie een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën voor de implementatie van dit best practice ontwikkeld en eventueel getest met de IC verpleegkundigen (Grol en Wensing 2006).

In de literatuur komt men een groot aantal verschillende strategieën tegen die gebruikt kunnen worden bij de invoering van innovaties en veranderingen. In de praktijk zien Grol en Wensing (2006) dat er meestal een combinatie van maatregelen nodig zijn om succes te boeken met de implementatie, aangezien er meestal meerdere factoren daarop invloed hebben. Net zoals Grol en Wensing (2006) dit zien, ziet ook van Linge (1998) dit met behulp van zijn contingentiebenadering. Van Linge (1998) zegt net zoals Grol en Wensing (2006) dit doen dat de aard van de relatie van de kenmerken van de innovatie en de kenmerken van de organisatie het belangrijkste gegeven zijn voor de keuze van een invoeringsstrategie. In het hierboven genoemde onderzoek met behulp van de contingentiebenadering van van Linge (1998) wordt er naar aanleiding van de kenmerken van de IC afdeling en de kenmerken van de innovaties het meten van decubitus en het afnemen van een risicoscorelijst een conclusie getrokken voor wat betreft de implementatiestrategie. De conclusie is dat de implementatiestrategie gericht moet zijn op de doelgerichtheid van de IC afdeling, met name op de operationele processen (de Valk 2005b). In dit best practice project valt hieronder de innovatie van het meetinstrument met indicatoren waarin het meten van decubitus een belangrijk element is. Volgens van Linge (1998) komt hiervoor een structuurinterventie, een gedetailleerd invoeringsplan, in aanmerking omdat de innovatie zoveel mogelijk intact gelaten moet worden en de integriteit gehandhaafd moet blijven. In het invoeringsplan staat de fasering beschreven van activiteiten of de te plegen interventies. De verdeling van de verschillende taken over de verschillende projectleden wordt in dit plan aangegeven. In het plan wordt beschreven hoe men het resultaat van de interventies geëvalueerd gaat worden. Belangrijk is bovendien de beschrijving in het invoeringsplan hoe men de resultaten van de uiteindelijke innovatie gaat meten omdat hiermee de IC afdeling resultaatgericht kan worden (de Valk 2005b). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze implementatie interventie door het voorstellen van het maken van een implementatieplan door een eventueel te installeren projectprojectgroep.

Een andere structuurinterventie wordt voorgesteld naar aanleiding van de contingentiebenadering van van Linge (1998) namelijk de standaardisatie van de

decubitusmeting die onderdeel is van het meetinstrument met indicatoren, omdat deze innovatie eenvoudig is en weinig complex en gebruikt gaat worden in een betrekkelijke grote eenheid. De IC afdeling van het KG heeft volgens de richtlijn intensive care van het NVA (2006) de grootste optimale grootte voor een level 3 IC afdeling, namelijk 12 bedden. Standaardisatie is geschikt omdat deze innovatie niet veel afstemming nodig heeft waarbij veel directe communicatie nodig is. Deze standaardisatie kan vorm gegeven worden in het PDMS.

Vanuit de human resource benadering wordt er ook een implementatie interventie voorgesteld om de IC afdeling doelgerichter te maken. De innovatie van decubitusmeting in het meetinstrument met indicatoren vraagt om nieuwe kennis, vaardigheden en attitude van de IC verpleegkundigen. Deze innovatie is een primair procesinnovatie en is dus sterk verbonden met de vaardigheden die nodig zijn om met deze innovatie om te gaan (van Linge1998). De didactische methode voor het leren van het meten van decubitus staat beschreven in het scholingsplan (de Valk 2005a). Er wordt voorgesteld om IC verpleegkundigen door middel van foto's decubitus wonden te leren classificeren en te onderscheiden van incontinentieletsel en smetplekken. Praktisch wordt de decubitus meting geleerd door middel van intercollegiale toetsing bij de verzorging van de IC patiënten (de Valk 2005a).

Andere human resource implementatie interventies hebben betrekking op deze didactische methode. Deze didactische methode zou zoveel mogelijk moeten aansluiten op hoe de innovatie in de praktijk gebruikt gaat worden en daarmee zou ook precies duidelijk worden wat de taken van de IC verpleegkundigen zijn in deze innovatie. Aan de IC verpleegkundigen moet precies worden duidelijk gemaakt hoe de toetsing van de vaardigheden wordt vastgesteld en beoordeeld. De toetsing van de vaardigheden bij deze innovatie is meetbaar en de normen waaraan voldaan moet worden staan beschreven in het scholingsplan wat een onderdeel kan worden van het implementatieplan. De termijnen waarbinnen de toetsing plaats zou kunnen vinden moet duidelijk beschreven staan en duidelijk gemaakt worden aan de IC verpleegkundigen.

De volgende human resource implementatie interventie die wordt voorgesteld heeft met de motivatie van de IC verpleegkundigen te maken bij het gebruiken van de innovatie. Daarbij is belangrijk dat de extra objectieve en subjectieve werklust van de innovatie zo klein mogelijk wordt gehouden (van Linge1998). Het registreren van de gegevens voor het meetinstrument met indicatoren in het PDMS moet eenvoudig en snel in te vullen zijn.

De laatste human resource implementatie interventie die wordt voorgesteld heeft met een van de taken van een teamcoördinator te maken namelijk het houden van

functioneringsgesprekken waarin het functioneren van de IC verpleegkundige ter sprake komt en uiteindelijk de prestaties van de IC verpleegkundige. Met deze interventie kan vooral de motivatie van de IC verpleegkundige worden beïnvloed door middel van feedback geven en het geven van een prestatiebeoordeling. Het gevolg van een prestatiebeoordeling kan een vorm van een beloning zijn (van Linge1998).

In deze paragraaf worden een aantal implementatie interventies genoemd die passen bij de innovatie van decubitusmeting wat centraal staat in het meetinstrument met indicatoren en de IC afdeling. Met de implementatie interventies kan worden getracht de IC afdeling meer resultaat of doelgericht te maken. De interventies zijn een gedetailleerd invoerings- of implementatie plan, standaardisatie, een scholingsplan, bevorderen van de motivatie van IC verpleegkundigen en functioneringsgesprekken. In de eventueel te installeren projectgroep zou voor de gedeeltelijke verandering in zorg door het vernieuwde protocol ter preventie van decubitus op dezelfde manier implementatie interventies kunnen worden voorgesteld. Tot zover stap 4 van het implementatie model van Grol en Wensing (2006). Nu volgt stap 5. van het model, ontwikkelen, testen en uitvoering van het implementatieplan.

5.7 Ontwikkelen, testen en uitvoering van implementatieplan

De volgende stap in het implementatie model van Grol en Wensing (2006) is de stap van het ontwikkelen van het uiteindelijke programma. De strategieën en maatregelen waarmee het implementatie proces wordt ingegaan vereist volgens Grol en Wensing (2006) een zorgvuldige voorbereiding. Er wordt aanbevolen een aantal zaken te regelen door de eventueel te installeren projectgroep.

- het testen van de geselecteerde strategieën op kleine schaal;
- opbouw van het plan volgens de fasen in een veranderingsproces;
- planning van activiteiten op verschillende niveaus;
- planning van activiteiten in tijd;
- inbouwen van het plan in bestaande activiteiten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg;
- definiëren van doelen en indicatoren ten behoeve van een (continue) evaluatie.

Het regelen van deze zaken moet nog door een eventueel te installeren projectgroep worden gedaan.

Bij punt 1. kan de standaardisatie van de primaire proces innovaties van de decubitusmeting, het meetinstrument met indicatoren en bijvoorbeeld de zwevende hielen uit de aanzet van een nieuw protocol ter preventie van decubitus worden uitgetest op kleine schaal. De zwevende hielen worden al op kleine schaal uitgetest op de IC afdeling.

Bij punt 2. moet in principe volgens Grol en Wensing (2006) bij een implementatieplan rekening worden gehouden met de fasen van het veranderingsproces: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Dit moet nog worden uitgewerkt door de eventueel te installeren projectgroep.

Bij het volgende punt ligt de planning van activiteiten in dit best practice project op het niveau van de IC afdeling, bijvoorbeeld het opstellen van een nieuw protocol betreffende de preventie van decubitus en het opzetten van een meetinstrument met indicatoren in het kader van de kwaliteitszorg. De planning van activiteiten in tijd moet ook worden uitgewerkt door de eventueel te installeren projectgroep.

Met de eventuele implementatie interventies moet zoveel mogelijk rekening gehouden worden met bestaande structuren en communicatiekanalen van de IC afdeling. In het scholingsplan wordt daar ook gebruik van gemaakt ook om de kosten zo laag mogelijk te houden. Het meetinstrument met indicatoren past goed in het kwaliteitsmanagement van het INK-model die uitgewerkt is in het beleidsplan van de IC afdeling.

In het laatste punt van de te regelen zaken in een eventueel implementatie plan staat het meetinstrument met incidentie-indicatoren centraal waarmee het prevalentie cijfer voor decubitus in de jaarlijkse landelijke meting onder de 28,7 procent moet komen.

Tot zover stap 5 van het implementatie model van Grol en Wensing (2006). Nu volgt stap 6 van het model, (continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van het implementatieplan.

5.8 (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan

Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de resultaten behaald? De evaluatie kan volgens Grol en Wensing (2006) consequenties hebben voor:

- aanpassing voor het voorstel voor verandering;

- opnieuw meten van de feitelijke zorg; bijstelling van de doelen als blijkt dat die onrealistisch zijn;
- aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren;
- strategieën en maatregelen om tot verandering te komen; potentiële effectievere strategieën kunnen worden ontwikkeld;
- planning en uitvoering van de implementatie; de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd wordt bijgesteld.

Dit zijn de 5 voorgaande stappen in het model van implementatie voor veranderingen van Grol en Wensing (2006). De evaluatie is in de ogen van Grol en Wensing (2006) geen eindstap in een implementatieproject maar een continuïteit om te weten of men nog op het goede spoor zit. En tijdens het implementeren kan men op basis van de uitkomsten van de evaluatie de aanpak bijstellen.

Grol en Wensing (2006) erkennen twee soorten evaluaties de effectevaluatie en de procesevaluatie. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 bij de kernbegrippen kan de effectevaluatie van dit kleinschalige kwaliteitsproject door middel van monitoring worden uitgevoerd. De eventueel te installeren projectgroep kan voor de monitoring het meetinstrument met de incidentie-indicatoren gebruiken en de jaarlijkse landelijke prevalentie meting van decubitus. In hoofdstuk 2 wordt ook beschreven dat Grol en Wensing (2006) de procesevaluatie een belangrijk hulpmiddel vinden voor het beschrijven van de implementatiestrategie zelf, de daadwerkelijke blootstelling van de IC verpleegkundigen aan deze strategie en de ervaringen van de IC verpleegkundigen met het veranderingsproces. Omdat het vaak moeilijk is om nu precies te weten wat er gemeten kan worden in een procesevaluatie hebben Grol en Wensing (2006) een raamwerk voor procesevaluatie gemaakt om invoerders en onderzoekers van implementatiestrategieën te ondersteunen. Dit raamwerk is op dezelfde basis gebaseerd als waarop het model van implementatie van veranderingen is gebaseerd. De eventueel te installeren projectgroep van dit best practice project kan dit als startpunt nemen bij de procesevaluatie.

In dit hoofdstuk heb ik geprobeerd een blauwdruk te geven van een eventueel implementatieplan voor dit best practice project naar aanleiding van het model implementatie van veranderingen van Grol en Wensing (2006). De eventueel te installeren projectgroep kan

met dit model aan de slag te beginnen met het maken van een gedetailleerd implementatie plan.

Hiermee kom ik aan het eind van mijn werkstuk voor de module : Best Practice Project in het kader van de opleiding Master in Advanced Nursing practice van de Hogeschool van Utrecht. Ik heb in dit werkstuk geprobeerd antwoord te geven op de vragen in hoeverre de verpleegkundige preventieve decubitus zorg aan volwassen patiënten van de IC afdeling van het KG evidence based is en hoe een afdelingsspecifiek protocol met preventieve evidence based verpleegkundige interventies voor de preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd? Hoe kan een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige preventieve decubitus zorg te meten worden geïmplementeerd?

De verpleegkundige preventieve zorg op de IC afdeling van het KG voor volwassen patiënten is niet helemaal evidence based. In dit werkstuk wordt een begin gemaakt met de ontwikkeling van een nieuw afdelingsspecifiek protocol voor de preventie van decubitus voor de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG waarin niet zinvolle verpleegkundige interventies die plaats vinden op de IC afdeling weg zijn gelaten en zinvolle verpleegkundige evidence based interventies worden toegevoegd. In dit werkstuk wordt beschreven hoe een afdelingsspecifiek protocol voor de preventie van decubitus en een meetinstrument met indicatoren om de verpleegkundige preventieve decubitus zorg bij volwassen patiënten op de IC afdeling van het KG te meten zou kunnen worden geïmplementeerd.

6. Literatuurlijst

Borst-Eilers E. (2001) Kwaliteitswet zorginstellingen. Wet van 18 januari 1996, betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen [Versie geldig vanaf: 01-01-2001]): Staatsblad 1996, 478; Staatsblad 1997, 510; Staatsblad 1999, 30

Bots Th.C.M., Apotheker B.F.G. (2004) The prevention of heel pressure ulcers using a hydropolymer dressing in surgical patients. Journal of Wound Care Vol. 13, No 9, October 2004.

Bours G.J.J.W., de Laat E., Halfens R.J.G., Lubbers M. (2001) Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. Critical Care medicine 27: 1599-1605.

Bruining H.A., P. Lauwers, L.G. Thijs (ed), (2000) Intensieve Geneeskunde Een klinische wegwijzer Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Carpenito L.J. (2002) Zakboek Verpleegkundige Diagnosen. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.

CBO (2002) Decubitus. Tweede herziening. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.

CBO (2003) Model Stuursysteem Decubituszorg. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.

CBO, ZonMw (2004) Stappenplan bij het model stuursysteem decubitus (project decubituszorg in de dagelijkse praktijk; door sturen steeds beter). Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.

CBO (2007) Indicatoren. Hulpmiddelen bij het verbeteren van de zorg. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.

http://www.cbo.nl/thema/folder20020822130331/default_view (29-01-2007)

Crassee D. (2006) Hielblaar goed te voorkomen. TVZ 2006;4

Defloor T. (1999) The risk of pressure sores: a conceptual scheme. Journal of Clinical Nursing, 8: 206-216.

Defloor T., L. Schoonhoven (2004) Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs. Journal of Clinical Nursing, 13, 952-959.

Defloor T., Herremans A., Grypdonck M., De Schuijmer J., Paquay L., Van den Bossche K., Vanderwee K., Bours G., Cuyvers A., de Laat E., Feyaerts S., Demaiter G., Haalboom J., Halfens R., Heyman H., Schoonhoven L., Van Kol E., Weststraete J. (2004) Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. <http://www.decubitus.be/richtlijnen/nl/index.htm> (29-03-2006)

Defloor T. (2006) Decubitusletsels en schaafwonden. TVZ 2006:6

DNQP (2004) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP, Osnabrück.

Essen van M. (2005) Beleid protocollering Kennemer Gasthuis. Kwaliteitsborging of bureaucratische rompslomp. Kennemer Gasthuis, Haarlem.

EPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel (2005) Pressure Ulcer Treatment Guidelines. <http://www.epuap.org>

Frederiks C. M. A. (2000) Epidemiologie voor kwalificatieniveau 5. Kavanah, Dwingeloo

Gezondheidsraad (1999) Decubitus. Gezondheidsraad; publicatie nr. 1999/23, Den Haag.

Gooyer P. (2004) Richtlijn inzet Primo bedden en Total-Care bedden. Kennemer gasthuis, Haarlem.

- Grol R. M. Wensing (2006) Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Grypdonck M. (1996) Het leven boven de ziekte uittillen, de opdracht voor verpleegkundigen en verplegingswetenschap voor chronisch zieken. Thieme Meulenhoff, Utrecht.
- Halfens R., M. Janssen, J. Meijers, S. Wansink (2005) Informatiemap LPZ Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005. Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Hartog den H. (2006) Beleidsplan intensive care 2006-2010. Kennemer Gasthuis, Haarlem.
- Heuzeveld A. (2003) Richtlijn inzet primo of duo bed. Kennemer gasthuis, Haarlem.
- Hollands L., L. Hendriks, H. Ariëns, F. Verheggen (2003) Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg. LEMMA, Utrecht.
- Hulscher M., M. Wensing, R. Grol (2000) Effectieve implementatie theorieën en strategieën. ZON, Den Haag.
- IGZ, NVZ, NFU, OMS (2006) Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset. Utrecht.
- INK (2003) Het INK-managementmodel. <http://www.ink.nl> (22-05-2006)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004) Decubitus doorlicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast. IGZ; 04-12, Den Haag
- Jong de A., H. Vandenbroele, M. Glorieux, L. de Maesschalck, M. Visser, A. van der Arend, K. Cox, S. van der Lyke, J. vande Moortel, W. Schnepf, M. Smits (2003) Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Keller B. P. J. A., Wille J., van Raamhorst B., van der Werken C. (2002) Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. Intensive Care Medicine 28: 1379-1388

Kennemer gasthuis (2005) De toekomst is begonnen. Strategisch beleidsplan 2005 – 2008.
Kennemer gasthuis, Haarlem.

LEVV (2006) Richtlijnen en protocollen <http://www.levv.nl/page.php?id=186&blz=1010> (15-06-2007)

Linge van R. (1998) Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek.
Elsevier/De tijdstroom, Maarssen.

Linge van R. (2004) Invoeringsstrategieën en interventies. UMC, Utrecht.

NANDA. (2003) NANDA Verpleegkundige diagnoses: definities en classificatie 2003-2004.
Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

NVA (2006) Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor
volwassenen in Nederland. Van Zuiden Communications, Alphen aan den Rijn.

NVDVV, LEVV, NIVEL (2004) Landelijke richtlijn verpleging en verzorging smetten
(intertrigo) preventie en behandeling. NVDVV, LEVV, NIVEL, Utrecht.

Offringa M., W.J.J. Assendelft, R.J.P.M. Scholten (2003) Inleiding in evidence-based
medicine klinische handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Bohn Stafleu Van Loghum,
Houten/Antwerpen.

Polet J. (2005) Best practice project 2005-2006. Centrum voor Verpleegkundige Studies,
Utrecht.

RIVM (2002) Decubitus http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_decubitus.html (21-05-2006)

Schiemann D., Moers M., Blumenberg P., Schemann J., (2004) Expertenstandard
Dekuditusprophylaxe in der pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung.
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück.

Topman H.J. (2003) Introductie tot de intensive care. In: G.T.W.J. van den Brink, F. Lindsen, Th. J.A. Uffink (ed): Leerboek Intensive-care-verpleegkunde Deel 1: Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Schoonhoven L., J.R.E. Haalboom, M.T. Bousema, D.E. Grobbee, M.H. Grypdonck, E. Buskens for the prePURSE study group (2002) Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers. British Medical Journal 2002;325(7368):797 (12 October)

Valk de, P. (2005a) Het voorkomen van decubitus bij volwassen IC patiënten Werkstuk van de module educatie en consultatie van de Hogeschool van Utrecht, IJmuiden. (devalk@kg.nl)

Valk de, P. (2005b) Het meten van decubitus en het afnemen van een risicoscore voor decubitus bij volwassen IC patiënten. Werkstuk van de module innovatiemanagement van de Hogeschool van Utrecht, IJmuiden. (devalk@kg.nl)

Valk de, P. (2005c) Praktijkgericht Onderzoek Conceptanalyse Portfolio Werkstuk van de module praktijkgericht onderzoek van de Hogeschool van Utrecht, IJmuiden. (devalk@kg.nl)

Vanderwee K., M. Grypdonck, D. De Bacquer, T. Defloor (2006) The reliability of two observation methods of nonblanchable erythema, Grade 1 pressure ulcer. Applied Nursing Research 19; 156-162

Vanderwee K., M. Grypdonck, T. Defloor (2007) Non-blanchable erythema as an indicator for the need for pressure ulcer prevention: a randomized-controlled trial. Journal of Clinical Nursing 16/2; 325-35

Verberk F., M. de Kuiper (2002) Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk. Koninklijke van Gorcum, Assen

Verpleegkundig consulenten wond- en decubituszorg (2006) Powerpoint presentatie prevalentiecijfers 2005. Kennemer Gasthuis, Haarem.

Walker, L.O., Avant, K.C. (2005) Strategies for theory construction in nursing: Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey.

Weststrate J., E. de Laat, L. Schoonhoven (2006) Wrijfkraft leidt niet tot decubitus. TVZ 2006:7/8

Bijlage 1

Richtlijn inzet Primo of Duo bed.

15-08-2003

Wanneer welk bed inzetten?

Er zijn geen duidelijke criteria over welk bedsysteem we bij welke patiënt inzetten. De Hill-Rom bedden die we nu gebruiken hebben er mede voor gezorgd dat we nauwelijks decubitus zien op de ICU. Qua preventie doen we het dus gewoon goed. Toch moeten we gezien de moeizame financiële tijden meer dan ooit kritisch zijn bij de inzet van bedsystemen. Hieronder volgen wat richtlijnen die een handvat kunnen zijn bij de keuze van een bedsysteem. Met name in de inzet van de DUO is mijns inziens winst te halen.

Wanneer een gewoon bed?

Het grijze “lowfoam” matras is al een anti-decubitus matras. Deze kan ingezet worden bij iedere niet(meer) beademde patiënt die wisselligging kan verdragen en/of zelf van houding kan veranderen.

Wanneer een patiënt naar de afdeling gaat gaan ze altijd op een gewoon bed. Hill-Rom systemen mogen alleen op de afdeling ingezet worden na overleg met de decubitus verpleegkundige.

Wanneer een Primo bedsysteem?

Deze worden ingezet bij iedere beademingspatiënt met een gewicht tot 120 Kg. In combinatie met ons hielprotocol volstaat dit bed bij de meeste beademingspatiënten zeker indien ze wisselligging kunnen verdragen.

Wanneer een DUO bedsysteem?

Deze worden ingezet indien de Primo niet volstaat bij patiënten die geen wisselligging kunnen verdragen, die meer dan 120 kg wegen, bij niervervangende therapieën en dergelijke. Denk niet alleen aan de noodzaak van het inzetten van de DUO maar ook dagelijks of de DUO nog steeds geïndiceerd is. Het verschil qua prijs met de Primo is bijna 30 euro per dag!! Voor alle duidelijkheid: een DUO bed maakt wisselligging niet overbodig!

Tot slot, denk aan het aan- en afmelden van het bedsysteem. Op ieder Hill-Rom bedsysteem staat een nummer dat samen met de naam van de patiënt en de datum van aan of afmelding in de agenda van de secretaresse gedaan moet worden. Veelal ligt er op het bedsysteem een rood

briefje met het nummer. De secretaresse meldt vervolgens het bedsysteem via intranet aan of af.

Namens de wond- en decubituscommissie
Anton Heuzeveldt

De afdeling heeft 5 Total-Care bedden aangeschaft. Dit levert op lange termijn een forse besparing op t.o.v. het huren van de Duo/ Primo-bedden zoals wij nu gewend zijn.

Wanneer inzet Total-Care bed:

- bij acute opname buitenshuis.
- bij opname vanaf verpleegafdeling (evt. via OK) inzet Total- Care op indicatie.(wanneer langdurige beademing verwacht wordt).
- bij patiënten die lang op de IC verblijven.
- bij patiënten die moeizaam weanen.

Wat te doen bij ontslag /overlijden van patiënt:

- Indien patiënt naar verpleegafdeling gaat overtillen op gewoon bed evt. met Primo, indien daarvoor een indicatie is. (Primo regelen via wond/decubitus verpleegkundige 8112162/of8112163 en verpleegkundig magazijn 6164.)
- Indien patiënt is overleden, dan op een gewoon bed naar het mortuarium brengen.
- Na gebruik Total-Care bed deze in de tussengang naar afd. 1-2 zetten. De bedden worden daar gereinigd en opgemaakt door de beddencentrale.
- Eventueel vuile hoes van matras verwijderen en in de container van hill-rom deponeren (sputa 2.

Glijhoezen gebruik op een total care bed:

-Indien een patiënt te ziek is om te mobiliseren of rechter op verpleegt te worden, dan een glij hoes inzetten.

Wanneer de patient kan worden gemobiliseerd of rechter op kan zitten, dan geen glij hoes gebruiken of eerder ingezette glij hoes verwijderen.

De bed matrassen van de Total Care bedden zijn stroef. Dit voorkomt het wegglijden van de patiënt. Op de zij en binnenkant van het bed zijn indicatoren

aangebracht waar de patiënt met zijn heup moet liggen als ideale uitgangspositie. Gebruik deze punten om overbodig omhoog tillen van de patiënt te voorkomen. Wanneer een patiënt toch hoger in bed moet, gebruik dan hiervoor de trendelenburg stand (zwaartekracht) van het bed. Til met z'n tweeën en probeer de patiënt in "drieën" te tillen.

De Total Care bedden hoeven niet meer aangemeld worden bij Hill-Rom. De glij hoezen worden nog wel gehuurd van Hill-rom.

Namens leidinggevende,
Patrick Gooijer

04-05-2004

De afdeling heeft 3 "eigen" Primo bedden tot haar beschikking . Dit levert op lange termijn een forse besparing op t.o.v. het huren van de Primo-bedden zoals wij nu gewend zijn. Primo bedden voor de IC zijn herkenbaar aan de rode stikers. Iedere pomp hoort bij een bepaald matras.

Wanneer inzet Primo bed:

- Bij acute opname van "buiten". Waarbij een Primo bed noodzakelijk is maar geen indicatie heeft voor een Total care bed.
- Bij opname vanaf verpleegafdeling (evt. via OK), inzet Primo bed op indicatie.
- Wanneer Total Care bedden in gebruik zijn.

Wat te doen bij ontslag /overlijden van patiënt:

- Indien patiënt met ontslag gaat naar de verpleegafdeling en het Primo matras is nog geïndiceerd dan afdeling en naam van patiënt vermelden in de agenda van de secretaresse. Zij bellen het verpleegkundig magazijn (6164) dat een Primo van de IC in gebruik is op de 'gewone' afdeling.
- Het verpleegkundig magazijn zorgt ervoor dat onze Primo bedden binnen 24 uur, via de beddencentrale die ze reinigt, weer retour komen op de IC.
- Wanneer het Primo matras niet meer geïndiceerd is dan de patiënt op een gewoon bed/matras overplaatsen. Afdeling bellen dat zij een bed mee nemen.
- Indien patiënt is overleden, dan op een gewoon bed naar het mortuarium brengen.
- Na gebruik Primo matras, het vuile bed, in de tussengang naar afd. 1-2 zetten (zover mogelijk richting de liften hal). De bedden worden daar gereinigd en door de beddencentrale.
- Eventueel vuile hoes van matras verwijderen en in de container van hill-rom deponeren (sputa 2).

Namens leidinggevende,
Patrick Gooijer

01-06-2004

Bijlage 2. Beschrijving van de literatuurstudies in vier nationale richtlijnen.

Nationale richtlijnen	Titel	Ontwikkelaar	Uitgever en datum	Literatuur
Engeland	Pressure ulcer prevention Pressure ulcer risk assessment and prevention, including the use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care* * Incorporates the recommendations in <i>inherited Clinical Guideline B</i> published by the institute in April 2001 Clinical guideline 7	The National Collaborating centre for Nursing and supportive Care	The national Institute for Clinical Excellence (NICE) October 2003	Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention Published by the Royal College of Nursing (RNC), April 2001 Evidence considered for this guideline has come from a number of sources: ▪ The Agency for health Care Policy and Research (AHCPR, 1992) evidence-linked guideline <i>pressure ulcers in adults: prediction and prevention</i> ▪ An update of sections of their research base (Rycroft-Malone and McInnes, 2000) ▪ The Effective Health Care Bulletin <i>The prevention and treatment of pressure sores</i> (EHCB, 1995) ▪ A systematic review of the effectiveness of pressure redistributing devices (Cullum et al, 2000) ▪ A systematic review of the effectiveness of risk assessment tools (McGough, 1999) ▪ The results of a formal consensus process (Rycroft- Malone, 2000) The AHCPR guideline (1992) included a literature review of topics such as skin care, positioning and education. An updated literature review of these areas (1991-1998) revealed little good research evidence had emerged in the interim period (Rycroft-Malone and McInnes, 2000). In the light of this, a formal consensus development process was used to integrate the different evidence sources and, where there was a weak research base, agree recommendations based on current best practice. The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary

				care. Methods used to collect/select evidence Hand-searches of Published Literature (Primary Sources) Hand-searches of Published Literature (Secondary Sources) Searches of Electronic Databases Electronic databases were searched between 1966 en October 2002. The electronic search was supplemented by hand search, twelve conference proceedings and search of systematic reviews of effectiveness.
Duitsland	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Entwicklung – Kosentierung - Implementierung	Fachhochschule Osnabrück University of Applied Sciences Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Osnabrück	Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Osnabrück, Februar 2004	Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe: ▪ Literaturangaben der Experten ▪ Literaturrecherche die Datenbanken Medline, Cinahl, Carelit, Cochrane Library ▪ Entsprechende Bibliographien, Referenzlisten ▪ Guidelines aus den Niederlanden (CBO 1992), USA (AHCPR 1992), Australien (The Joanna Briggs Institute 1997), Europa (EPUAP, 1998) Literaturrecherche von die Jahre 1990-1999 Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist durch Konsensus-Konferenzen entstanden. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002)
België	Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie	Afdeling Verplegingwetenschap Universiteit Gent	Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volkgezondheid en Leefmilieu, 2004	Eerste decubitusrichtlijn (2001) Op basis van een uitgebreide literatuurstudie, gebaseerd op Amerikaanse decubitusrichtlijn uit 1992 en aangevuld met de onderzoeksartikelen uit de periode tussen 1992 en 2000 De richtlijn werd voorgelegd aan wetenschappers uit België, Nederland en Frankrijk die actief betrokken zijn in decubitusonderzoek. De richtlijn werd waar nodig op

				basis van hun opmerkingen en suggesties bijgesteld. Herziening van de Belgische decubitusrichtlijn (2004) Wetenschappelijke literatuur i.v.m. decubituspreventie gepubliceerd sinds het opmaken van de eerste richtlijn voor de periode 2000-2003. Uit de databanken: Pubmed, Cinahl, cochrane database of systematic review Door middel van een dubbele Delphi-procedure met experts kwam de nieuwe richtlijn tot stand. Deze richtlijn vormt een weergave van de inzichten en de kennis beschikbaar op 1 februari 2004.
Nederland	Decubitus tweede herziening	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002	Literatuursearch Databases: Cochrane, Medkine, Embase, Cinahl en Pubmed Scoop: 1992 (moment van de eerste herziening) tot Juli 2000. Wetenschappelijke artikelen werden geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur. Andere richtlijnen aangaande decubitus werden geraadpleegd mits zij op wetenschappelijke bewijzen werden samengesteld. De richtlijn is gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitend meningsvorming gericht op het expliciteren van goed medisch, paramedisch en verpleegkundige handelen.

Bijlage 3.

Document ID
icc/icu/0008

Titel
decubitus van de hiel (icu)

Eigenaar
hoofd intensive care unit

Auteur
P. Gooijer, teamleider ICU

Documenttype
protocol

Doel/omschrijving
Voorkomen van hieldecubitus.

Uitvoering
Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de Intensive Care. Zie voor de bevoegdheden de richtlijn ['bevoegdheden verpleegkundige en verzorgende beroepen'](#).

Toepassingsgebied
Intensive Care Unit (ICU) van het Kennemer Gasthuis.

Indicaties
- bij iedere beademingspatiënt;
- bij langdurige bedlegerige patiënten.

Contra-indicaties
Niet op zwarte, necrotiserende hielen plakken.

Benodigdheden
- 2 schuimverbanden 11 x 11 cm of 15 x 15 cm;
- 2 sokjes tubigrip maat E.

Werkwijze/beschrijving
- schuimverband aan weersijden inknippen tot de schuimlaag en op hiel plakken;
- tubigrip maat E (enkel) ter voorkoming van opkrullen aantrekken.

Verslaglegging
- dagelijks inspectie en in ieder geval iedere 72 uur vervangen;
- vervangingsdatum aankruisen op verpleegplan.

Veiligheid
- pas op voor knellen van de tubigrip;
- bij extreem dikke enkels kan losjes zwachtelen met tricowindsel uitkomst bieden.

Publicatiedatum
12-7-2006

Bijlage 4.

Document ID
kgg/alg/0033

Titel
decubitus, richtlijn preventie van decubitus

Eigenaar
divisiemanagement zorg

Auteur
Verpleegkundig consulent wond- en decubituszorg

Documenttype
protocol

Doel/omschrijving

Het voorkomen van decubitus.

Decubitus is weefselversterf veroorzaakt door inwerking op het lichaam van druk-, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren.

Decubitus wordt ingedeeld in 4 gradaties;

graad 1	niet wegdrubbare roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding zijn andere mogelijke kenmerken.
graad 2	blaarvorming (intact blaardak; niet intact blaardak)
graad 3	huiddefect met schade of necrose van de huid en onderhuids weefsel (subcutis) evt. tot aan de onderliggende bindweefselvlies (facie)
graad 4	uitgebreide weefselschade of necrose aan de spieren, botweefsel of ondersteunend weefsel met of zonder schade aan de opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis)

Door preventieve maatregelen toe te passen probeert men te voorkomen dat bij de patiënt decubitus ontwikkelt. Een voorwaarde op om tot een goede preventie te komen is een multidisciplinaire samenwerking.

Uitvoering

Verpleegkundigen, leerling verpleegkundigen en verzorgenden conform de richtlijn [‘bevoegdheden verpleegkundige en verzorgende beroepen’](#).

Artsen

Toepassingsgebied
Kennemer Gasthuis

Indicaties

Het inschatten van het risico op het ontstaan van decubitus gebeurt het beste door de klinische blik van de hulpverlener.

Het gebruik van de decubitus- risicoscorelijst stimuleert het ontwikkelen van deze klinische blik, maar heeft zelf geen voorspellende waarde aangaande het al dan niet ontstaan van decubitus.

Mogelijke complicaties

Bij het niet (juist) uitvoeren van preventieve maatregelen kan de patiënt decubitus in alle

gradaties (1, 2, 3, of 4) ontwikkelen.

Benodigdheden

- [het decubitus-risicoscoreformulier](#)

Werkwijze/beschrijving

Door het nemen van preventieve maatregelen bij risicopatiënten zal de kans op decubitus beperkt worden. Belangrijke risico-indicatoren;

Inwendige risico-indicatoren	Uitwendige risico-indicatoren
- verhoogde lichaamstemperatuur	- til- en heftechnieken
- dehydratie	- incontinentie
- slechte voedingstoestand	- (knellende) kleding, vnl. schoenen
- leeftijd	- bewegingsbeperkingen/mobiliteit
- mentale toestand	- vocht (b.v. transpiratie)
- neurologische factoren	- drukkracht
- sensibiliteitsstoornissen	- schuif- en wrijfkracht
- doorbloedingsproblemen (extremiteten)	- hygiëne
- stress	- voedingsintake
- lichaamstype	- contracturen
- algehele malaise	- verminderde activiteit
- medicatie (o.a. sedativa, cortisonen, pijnstilling e.a.)	

Aanbeveling (1, 2, 3 en 4)

- de (leerling)verpleegkundige vult bij de opname van iedere patiënt die langer dan 4 dagen wordt opgenomen het risicoscoreformulier in. Bij iedere verandering van de algehele toestand van de patiënt, b.v. door operatie, moet er opnieuw gescoord worden;
- altijd een verpleegplan maken;
 - bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus
 - bij patiënten met decubitus
- patiënt wisselhouding geven en noteren op de vochtlijst of wisselliggingslijst. Zowel in zittende als in liggende positie om de 4 uur. In liggende positie dient de patiënt in een 30° houding rugwaarts te worden gepositioneerd (zie richtlijn 'wisselhouding');
- patiëntenfolder aan patiënt of zijn familie geven;
- hielen vrij leggen met behulp van kussens in de lengte richting, kussen ligt voorbij de knieholte om druk op de bloedvaten als daar te voorkomen (zie richtlijn 'wisselhouding');
- badstofsokken aan doen en/of onsteriele wondfolie op de hielen of op andere mogelijke risicoplaatsen plakken;
- dekenboog, of dekens los over het voeteneind hangen om druk op de tenen (en door extra bovendruk, druk op de hielen) te voorkomen;
- papagaai aan bed;
- vrij leggen van lichaamsdelen van externe druk (bedhekken, hoofd- en voeteinde, diverse ophangmaterialen aan bed, blaaskatheters);
- bij incontinentie huidbeschermer aanbrengen (barrièrefilm – Cavillonspray);
- pijnbestrijding als door pijn geen wisselhouding kan worden toegepast;
- zonodig vervangend anti-decubitusmatras aanvragen volgens de juiste procedure
- bij het gebruik van AD-materiaal altijd wisselligging blijven toepassen!

- lakens niet straktrekken (hangmateffect);
- lakens niet te los leggen, dit geeft plooiën en rimpelvorming wat verhoogde druk kan geven;
- dagelijkse inspectie en palpatie van de huid op de risicoplaatsen;
- fysiotherapie inschakelen voor hulp bij mobiliseren en ergotherapie inschakelen voor zithouding;
- zitkussen gebruiken bij mobilisatie (aanvragen bij verpleegkundige magazijn);
- overleg met de decubituscontactpersoon (decubituscoördinator) van de afdeling;

Maatregelen, die niet zinvol zijn en ook niet toegepast dienen te worden

- inpakken van hielen en/of ellebogen met vette watten en zwachtels;
- hielringen en met water gevulde handschoenen;
- ijzen en fohnen;
- massage, wrijven, smeren van de huddelen;
- opblaasbare ringen (windring);
- weglaten van delen van het matras;
- schapenvacht;
- katheter bij incontinentie
- ultraviolet lichtbestraling of low-level laserbehandeling.

Verslaglegging

- Maak bij opname van een patiënt met een verhoogd risico of met reeds bestaande decubitus **ALTIJD** een verpleegprobleem in het verpleegdossier.
- Voeg de algemene richtlijn decubituspreventie in het verpleegkundig dossier.
- Bij handelingen waaraan een richtlijn is verbonden, dient deze richtlijn altijd in het verpleegkundig dossier gevoegd te worden.

Informatie

Indien genoemd → raadpleeg de onderstaande protocollen;

- [algemene wondbehandeling](#)
- [de rode wond](#)
- [de gele wond](#)
- [de zwarte wond](#)
- de richtlijn [decubitusbehandeling](#)
- de richtlijn [‘opmeten van de wond’](#)
- de richtlijn [wisselhouding](#)

Publicatiedatum

25-8-2006

Bijlage 5.

Document ID
kgg/alg/0031

Titel
decubitus, richtlijn m.b.t. de wisselhouding

Eigenaar
divisiemanagement zorg

Documenttype
richtlijn

Doel/omschrijving

Doorliggen (decubitus) voorkomen door het nemen van preventieve maatregelen in de vorm van het veranderen van de lichaamspositie in ben en/of de (rol) stoel, bij patiënten die moeilijk of niet zelfstandig van houding kunnen veranderen.

Uitgangspunt is het verminderen van de grootte van de druk- en schuifkracht en het verkorten van de duur van de inwerking van deze krachten. Bij patiënten die langdurig op een bed moeten liggen of in een (rol)stoel moeten zitten is het geven van wisselligging of houding van essentieel belang. Door het geven van wisselligging in een voldoende hoge frequentie wordt de tijd waarin weefsel tekort hebben aan bloedtoevoer beperkt en treedt er geen weefselschade op. Bij wisselligging zijn zowel de lighouding als de tijd gedurende welke houding wordt aangenomen van belang.

Uitvoering

Verpleegkundigen, leerling verpleegkundigen en verzorgenden conform de richtlijn '[bevoegdheden verpleegkundige en verzorgende beroepen](#)'.

Toepassingsgebied
Kennemer Gasthuis

Mogelijke complicaties

Het ontstaan van decubitus, zie richtlijn '[decubitusbehandeling](#)'
Contractuurvorming

Werkwijze/beschrijving

Aandachtspunten voor in bed

- bij een liggende patiënt wordt de laagste druk gemeten in een semi Fowlerhouding, waarbij zowel het hoofdeinde als het voeteneinde 30° omhoog staat;



- leg de patiënt na zijligging altijd terug op de rug. In zijligging is de druk hoger dan in rugligging. Dit komt doordat het oppervlak waarmee het lichaam op de onderlaag rust kleiner is. Er is dan minder weefsel om de druk te verdelen;
- wanneer voor zijligging wordt gekozen, leg de patiënt dan niet in loodrechte zijligging, maar het liefst in half gekantelde zijligging van 30° met kussens in de rug ter bescherming. Controleer of de stuit vrij ligt van het matras. De benen zijn bij de heupen en de knieën licht gebogen. Het bovenste been wordt achter het onderliggende been gelegd, met een kussen ertussen;



- buikligging wordt over het algemeen weinig toegepast in de praktijk. Buikligging vormt een alternatief, mits dit voor de patiënt comfortabel is en geen medische risico's met zich meebrengt;



- indien een patiënt niet incontinent is, is het geven van wisselligging eens in de vier uur voldoende;
- pas wisselligging toe volgens het wisselliggingsschema dat door de verpleegkundige zelf is opgesteld. Teken na **iedere** wisselligging de tijd af op het schema. Indien het geven van wisselligging niet volgens schema mogelijk is om te geven, **dit rapporteren in het verpleegkundig dossier**;
- een traditioneel schema begint bij rugligging, gevolgd door zijligging en daarna weer rugligging;
- rechtop zitten in bed moet zoveel mogelijk worden beperkt, gezien er grote kans bestaat op het krijgen van decubitus aan de stuit, door de combinatie van hogere druk en schuifkrachten. Schuifkrachten zijn enigszins te beperken door de fowlerse houding toe te passen of een voetensteun in bed te plaatsen;



- om schuifkrachten te voorkomen is het aan te bevelen een patiënt (badstof)sokken te laten dragen of een niet-steriele wondfolie te plakken op de hielen;
 - instrueer en stimuleer de patient als het mogelijk is om regelmatig te liften door het zitvlak even op te lichten van de onderlaag. Gebruik hierbij eventueel in bed een papagaai;
 - rijk de patiënt de patiëntenfolder ‘decubitus voorkomen’ uit;
 - indien bij een patiënt die passief op bed ligt geen wisselligging kan worden toegepast en de patiënt mobiliseert (nog) niet, dan een luchtdrukmatras inzetten in overleg met de wond- en decubitusconsulent.
 - als blijkt dat een patiënt ondanks het geven van wisselligging om de vier uur toch graad 1 decubitus ontwikkelt, ook dan een luchtdrukmatras inzetten in overleg met de wond- en decubitusconsulent;
- inspecteer de bedreigde decubitusplaatsen 2 maal per dag (1,2)

Aandachtspunten voor de stoel

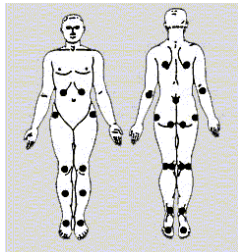
In de (rechtop) zittende houding wordt de patiënt bij voorkeur enigszins achterover (60°, halfzittende houding) gepositioneerd met de benen steunend op een bankje, de hielen vrij.



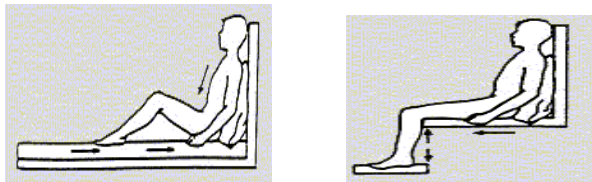
Indien de rugleuning niet achterover kan worden gekanteld, kan de patiënt het beste rechtop zitten met de voeten steunend op de grond. De hoogte van het zitvlak ten opzichte van de grond is daarbij belangrijk. Bij een te hoge stoel hangen de voeten en hebben daardoor geen steunfunctie. Bij een te lage stoel dragen de bovenbenen niet bij aan de drukreductie en wordt er juist meer druk op de stuit en op de heupen uitgeoefend. Ook bij een te grote stoel wordt de drukopvang van de bovenbenen sterk verminderd. Het gebruik van een voetenbankje wordt aanbevolen.

Als er geen voetenbankje aanwezig is het gebruik van een kussen mogelijk. Geen kussen toepassen bij onrustige patiënten of patiënten die de neiging hebben om te gaan lopen. Kan valproblemen met zich mee brengen.

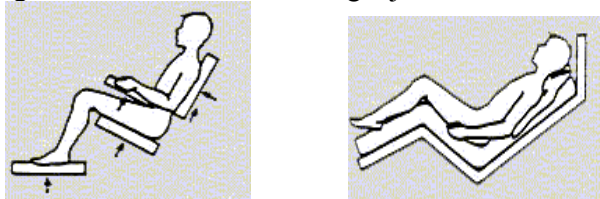
Risicoplaatsen voor het krijgen van decubitus.



Houdingen waardoor decubitus kan ontstaan (schuifkracht)



Houdingen waardoor decubitus mogelijk kan worden voorkomen.



Verslaglegging

Noteer op de vochtlijst of het speciale wisselliggingschema het tijdstip en de positie van de wisselhouding.

Publicatiedatum

24-5-2004

Bijlage 6.

1. Onderwerp

Preventie van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling.

2. Doel / omschrijving

Het voorkomen van decubitus bij volwassen patiënten op de IC afdeling door middel van meting van decubitus, risicobepaling voor het ontwikkelen van decubitus en het nemen van preventieve interventies tegen decubitus.

Decubitus is een degeneratieve verandering van het weefsel veroorzaakt door een zuurstof tekort ten gevolge van het collaberen van bloedvaten door weefselvervorming. Deze vervorming van het weefsel wordt veroorzaakt door een combinatie van druk en schuifkracht (Defloor et al. 2004).

Decubitus wordt als volgt geclassificeerd:

Graad 1:

Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.

Graad 2:

Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een oppervlakkige ontvelling.

Graad 3:

Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4:

Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis) (CBO 2002).

In dit protocol worden verpleegkundige evidence based preventieve interventies beschreven die decubitus kunnen voorkomen bij de volwassen patiënten op de IC afdeling. De preventie van decubitus is niet alleen een verantwoordelijkheid van de IC verpleegkundigen maar ook van de intensivisten en het management van de IC afdeling.

3. Uitvoering

Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de Intensive care en de scholing decubitusmeting hebben gevolgd. Zie voor de bevoegdheden de richtlijn 'bevoegdheden verpleegkundige en verzorgende beroepen'.

4. Toepassingsgebied

Intensive Care unit (ICU) van het Kennemer Gasthuis.

5. Indicaties

Bij opname binnen 24 uur en daarna dagelijks bij de verzorging van een volwassen IC patiënt wordt er een risicobepaling voor het ontwikkelen van decubitus gedaan en een decubitusmeting.

Bij het optreden van NWR (= Niet Wegdrukbaar Roodheid = graad 1 decubitus) op een druppunt wordt de preventie van decubitus onmiddellijk gestart of opgedreven en 24 uur per dag gecontinueerd.

6. Contra-indicaties

Niet alle interventies zijn geschikt bij patiënten die hemodynamisch of anderszins instabiel zijn.

7. Mogelijke complicaties

Indien interventies niet goed worden toegepast kan de patiënt decubitus ontwikkelen in alle vier de gradaties.

Indien interventies niet goed worden toegepast kan de patiënt spitsvoeten ontwikkelen.

8. Benodigdheden

Een ziekenhuisbed met een 'low foam' matras. (Tempur matras)

Een ziekenhuisbed met een dynamische lage druk matras. (Primo matras, Hill-Rom)

Een speciaal IC bed met een lage druk matras met de mogelijkheid voor continu lage druk of lage wissel druk. (Duo matras, Total Care bed, Hill-Rom)

Een glaasje om graad 1 decubitus te kunnen constateren (Vanderwee et al. 2006).

Hoofdkussens om wisselhouding aan patiënten te geven (CBO 2002, Defloor et al. 2004).

Een dekenboog (CBO 2002).

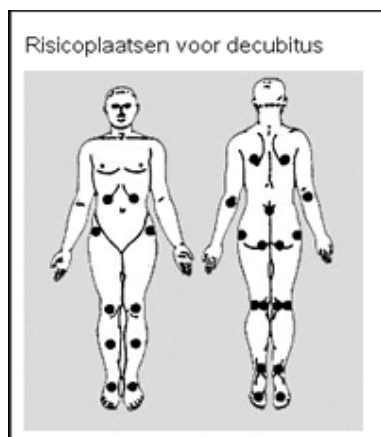
9. Werkwijze

Volwassen IC patiënten met een verminderde activiteit en/of mobiliteit moeten steeds als risicopatiënt beschouwd worden (Defloor et al. 2004, CBO 2002).

Indicaties voor de verschillende matrassen en bedden bij opname van een volwassen patiënt op de IC afdeling voordat er een decubitusmeting is gedaan of het risico op het ontwikkelen van decubitus is bepaald staan beschreven in het document 'Indicaties voor anti-decubitus matrassen en/of anti-decubitus bedden bij opname van de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG'.

- De IC verpleegkundige meet bij opname van de IC patiënt, zodra dit mogelijk is, maar binnen 24 uur, de decubitus en de risico op het ontwikkelen van decubitus, respectievelijk met de hulp van de vertaalde classificatie van decubitus van de EPUAP van het CBO (2002) en met behulp van de NWR methode en legt dit vast in het digitale dossier (CBO 2002, Defloor et al. 2004, DNQP 2004).

- De IC verpleegkundige meet na de opname dagelijks de decubitus en het risico op het ontwikkelen van decubitus bij de IC patiënt met behulp van de hierboven beschreven meetinstrumenten en legt dit vast in het digitale dossier (CBO 2002, Defloor et al. 2004, DNQP 2004).
- Bij het optreden van niet-wegdrukbaar roodheid (NWR) op een drukpunt dient de preventie onmiddellijk gestart of opgedreven te worden en dit wordt vastgelegd in het digitale dossier (CBO 2002, Defloor et al. 2004).



Het opdrijven van de preventie vindt onder andere plaats door middel van een anti-decubitusmatras of anti-decubitusbed. De volgorde van oplopende preventie bij matrassen en bedden op de IC afdeling van het KG is:

1. Het 'lowfoam' matras. (Tempur matras)
2. Een dynamisch lage druk matras, patiënten tot 120 kg. (Het primo matras van Hillrom)
3. Het lage druk matras met de mogelijkheid van continu lage druk of lage wisseldruk, patiënten vanaf 120 kg (Duo matras op een Total Care Bed van Hillrom)
4. Het zandbed of 'air-fluidised' bed. (Huren i.o.m. decubitus- en wondverpleegkundige)

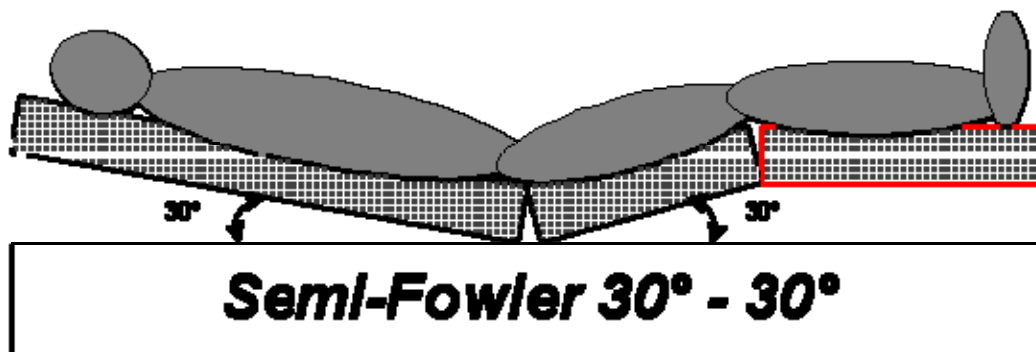
Zie stroomdiagram antidecubitus-matrassen-bedden en wisselligging.
Wisselligging is wisselhouding, lichaamshouding en zwevende hielen.
Het ingezette bed en/of matras wordt vastgelegd in het digitale dossier.

- Zowel het aantal lagen tussen de patiënt en drukverlagende matras/kussen, als het aanspannen van de lagen vermindert het drukreducerend effect van de matras/kussen. Lakens niet straktrekken (hangmat effect). Lakens niet te los leggen, dit geeft plooiën en rimpelvorming (CBO 2002, Defloor et al. 2004).
- Beperk rechtop zitten in bed. Gebruik bij voorkeur een halfzittende houding en beperk deze in duur (CBO 2002, Defloor et al. 2004).

Het opdrijven van de preventie vindt ook plaats door middel van wisselligging (= wisselhouding, lichaamshouding en zwevende hielen) (CBO 2002, Defloor et al. 2004).
Zie het stroomdiagram antidecubitus-matrassen-bedden en wisselligging.

Wisselhouding, lichaamshouding en zwevende hielen:

- Gebruik in rugligging bij voorkeur een 30° semi-fowlerhouding of gewone rugligging, (indien 30° semi-fowlerhouding niet mogelijk is) hierbij wordt de laagste druk gemeten (CBO 2002, Defloor et al. 2004, DNQP 2004).



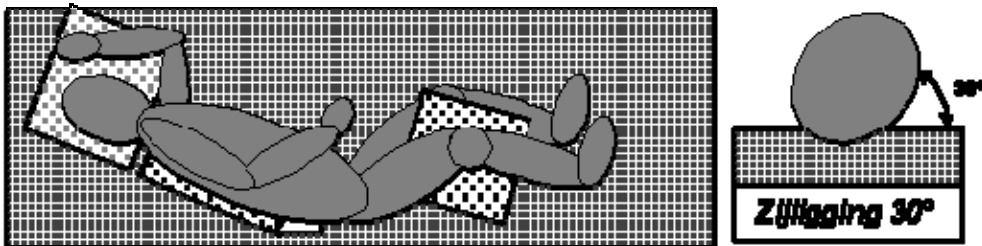
- Een drukreducerende matras is onvoldoende voor de preventie van decubitus ter hoogte van de hielen (CBO 2002, Defloor et al. 2004).
- De techniek van 'zwevende hielen' voorkomt decubitus ter hoogte van de hielen (CBO 2002, Defloor et al. 2004).
- De hielen moeten te allen tijde en bij alle tijde en bij elke immobiele patiënt opgetild worden van het drukoppervlak ter preventie van decubitus (Defloor et al. 2004).
- Het gebruik van 'drukopheffende' verbanden op de hielen of het inpakken van hielen met vette watten en zwachtels zijn niet zinvol (Defloor 2004, CBO 2002).

De hielen worden vrij gelegd door een kussen onder de onderbenen te leggen, van aan de kniekuil tot aan de achillespees, waarbij de hiel opgetild wordt en niet langer op het matras steunt. Bij het gebruik van een kussen onder de onderbenen van de patiënt moet gezorgd worden dat het kniegewricht voldoende ondersteund wordt zodat er geen gewrichtsproblemen ontstaan zoals overstrekking van de knie. (CBO 2002, Defloor et al. 2004)

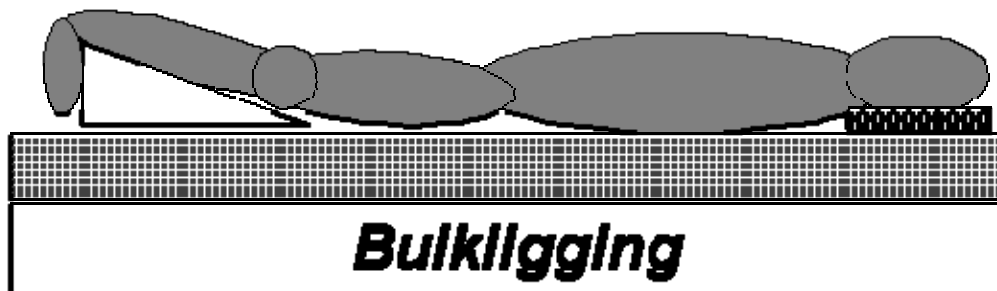
Wanneer de patiënt geen wisselligging krijgt en voortdurend op de rug ligt met kussens onder de onderbenen is er een hoog risico op het ontwikkelen van spitsvoeten. Om dit te voorkomen worden de voeten ook aan de onderkant met een kussen ondersteund zodat de voeten niet naar beneden hangen en wordt er eventueel een dekenboog aangebracht om lakens en dekens niet op de voeten te laten rusten.

- Gebruik in zijligging een 30° zijligging en controleer of het sacrum (heiligbeen) drukvrij is. De rug van de patiënt kan met een kussen worden ondersteund. De benen worden in de heupen en de knieën licht gebogen. Het bovenliggende been wordt achter het

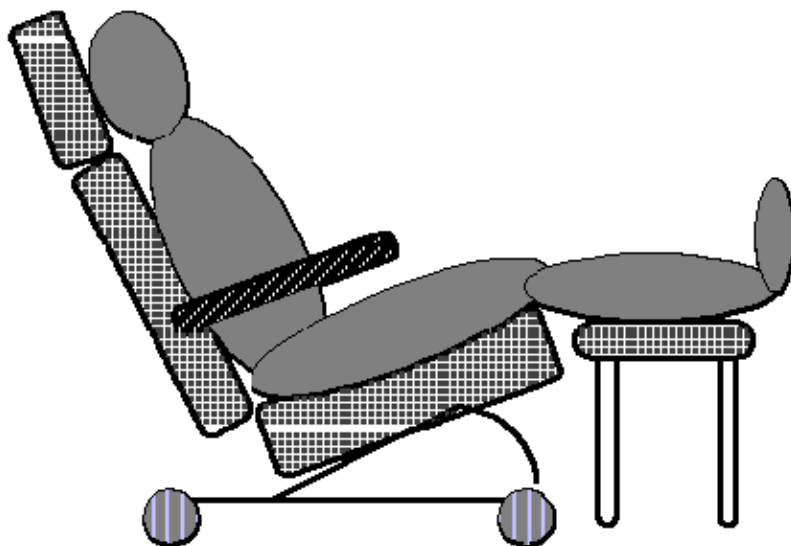
onderliggende been gelegd, met een kussen ertussen. Leg de patiënt na zijligging altijd terug op de rug. In zijligging is de druk hoger dan in rugligging.



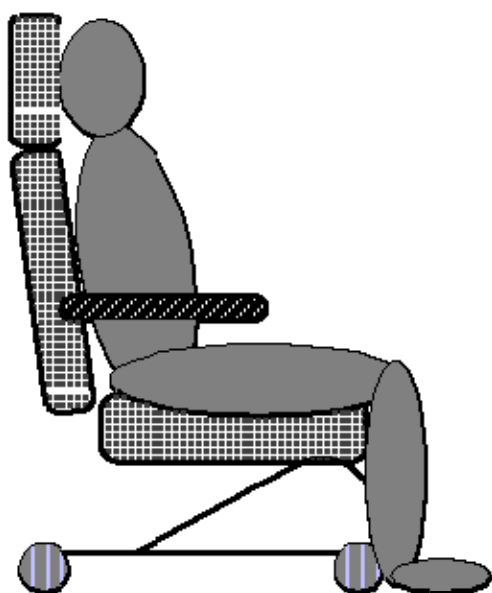
- Buikligging kan soms een alternatief bieden (Defloor et al. 2004).



- Patiënten die in een stoel zitten, worden bij voorkeur gepositioneerd in een achterover zittende houding (60°) met de benen liggend op een bankje en de hielen vrij (CBO 2002, Defloor et al. 2004).



- Als de rugleuning van de stoel niet achterover kan kantelen, worden patiënten die zitten in een stoel bij voorkeur rechtopzittend gepositioneerd met de voeten op de grond, de hoogte van het zitvlak ten opzichte van de grond is daarbij belangrijk. Bij een instelbare stoel let men op de zithoogte en zitdiepte. Bij een te hoge stoel hangen de voeten en hebben geen steunfunctie, bij een te lage stoel dragen de bovenbenen niet bij aan de drukreductie en wordt er juist meer druk op de stuit en heupen uitgeoefend. Ook bij een te korte stoel wordt de drukopvang van de bovenbenen sterk verminderd. Het gebruik van een voetenbankje wordt aanbevolen (CBO 2002, Defloor et al. 2004).



- Het gebruik van armleuningen kan helpen de houding te stabiliseren (Defloor et al. 2004).
- Het voorkomen dat zittende patiënten onderuitglijden of schuinzakken is belangrijk (Defloor et al. 2004).
- De tijd die een patiënt al zittend doorbrengt op een stoel wordt het best zo kort mogelijk gehouden (Defloor et al. 2004).
- Het risico op decubitus is groter tijdens het zitten dan tijdens het liggen (Defloor et al. 2004).
- Het gebruik van een drukreducerende kussen moet gecombineerd worden met wisselhouding (Defloor et al. 2004).
- Dikke luchtkussens zijn aan te bevelen in het kader van decubitus preventie (Defloor et al. 2004).

Bij het dynamisch lage druk matras (Primo matras van de firma Hillrom) kan een onafhankelijk zitkussen met behulp van dezelfde bedieningsunit worden opgeblazen. (aanvragen bij verpleegkundig magazijn)

- Wisselhouding dient bij voorkeur om de 4 uur te gebeuren in combinatie met een drukreducerende matras (CBO 2002, Defloor et al. 2004).
- Een wisselhouding schema moet zoveel mogelijk rugligging en zo weinig mogelijk zijligging inschakelen (Defloor et al. 2004). Een klassiek wisselligging schema begint bij rugligging, gevolgd door zijligging en daarna weer rugligging.
- Indien geen drukreducerend matras gebruikt (kan) worden, dient wisselhouding om de 2 uur te gebeuren. Dit systematisch toepassen is echter moeilijk haalbaar (Defloor et al. 2004).
- Wisselhouding met een lagere frequentie dan om de 2 uur bij een patiënt liggend op een niet-reducerende matras is onvoldoende (Defloor et al. 2004).

10. Informatie

- Stroomschema antidecubitus-matrassen-bedden en wisselligging.
- Document: Indicaties voor anti-decubitus matrassen en/of anti-decubitus bedden bij opname van de volwassene patiënt op de IC afdeling van het KG.

Contactpersoon:

P. de Valk
MANP i.o.,
Verpleegkundig Specialist,
IC-verpleegkundige.

Bijlage 7

Document ID

kga/kwa/0001

Titel

checklist voor het opstellen van protocollen & richtlijnen

Eigenaar

hoofd kwaliteitszorg

Auteur

B. Hof

I. Adema

Documenttype

richtlijn

Doel/omschrijving

Handleiding voor het opstellen van protocollen en richtlijnen die in het elektronisch handboek worden opgenomen.

Uitvoering

Auteurs, beoordelaars en eigenaren van protocollen & richtlijnen.

Toepassingsgebied

Kennemer Gasthuis

Werkwijze/beschrijving

Wanneer er behoefte is aan een nieuw protocol, is het raadzaam dat de auteur voordat hij start met de ontwikkeling de onderstaande stappen c.q. vragen doorneemt;

De voorbereiding

- Waarom een nieuw protocol ontwikkelen, wat is de reden van standaardisering?
- Zijn er voldoende tijd, middelen en deskundigen aanwezig?
- Wegen de inspanningen van het maken van een protocol op tegen de te verwachten voordelen?
- Is het proces stabiel genoeg om schriftelijk vast te leggen?
- Is er een tijdsplanning opgesteld, wanneer moet het klaar zijn?
- Is de invoering op de betrokken afdeling(en) of de scholing geregeld?

Ontwikkelen van een protocol

- Wie stelt het protocol op?
- Wie zijn de belanghebbenden en zijn deze benaderd? Denk bijv. aan de apotheek, artsen, collegae, infectiepreventie, maar ook het facilitair bedrijf, afdeling kwaliteitszorg etc.
- Wie worden erbij betrokken en zijn ze vooraf geïnformeerd?
- Raadpleeg de betrokkenen vroegtijdig. Plan evt. een bijeenkomst om samen de inhoud te bespreken.
- Zijn er al protocollen m.b.t. het onderwerp, vraag dit na bij de applicatiebeheerders en/of beroepsverenigingen of zoek op internet.

- Is er een relatie met reeds bestaande KG-protocollen?

Onderbouwing door kennis en ervaring

- Wat voor literatuur? Verwijs in het protocol naar literatuur.
- Met andere protocollen vergelijken, zowel in- als externe protocollen.
- Andere deskundige(n) erbij betrekken
- Is er consensus over de inhoud?

Gewenste inhoud van het protocol

- Titel kort formuleren, denk aan trefwoorden en op de afdeling gebruikte termen.
- Doel van het protocol uitgebreid formuleren.
- Geef onder uitvoering de verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk aan.
- Geef onder toepassingsgebied aan voor welke afdeling/situatie het protocol geldt.
- Vermijd zoveel mogelijk locatiegebonden protocollen, probeer 1 KG-breed protocol te maken
- Vermijd zoveel mogelijk persoons- of functiegebonden protocollen, probeer 1 protocol te maken
- Wees terughoudend met het opnemen van medicatie en doseringsschema's i.v.m. mogelijke wijzigingen (patiëntgerelateerde doseringen, toedieningsbeleid) die na publicatie kunnen plaatsvinden. Gebruik bij voorkeur de termen 'medicatie op voorschrift arts' en/of 'medicatie volgens het medicatieopdrachtformulier'.
Is het wel noodzakelijk medicatie/doseringsschema's op te nemen, **zorg er dan voor** dat wijzigingen ook in het protocol worden verwerkt!.
- Duidelijke definities van begrippen geven.
- Beschrijf de handelingen vanuit het gezichtspunt van de gebruiker.
- Schrijf kort en bondig, maar gebruik niet teveel afkortingen.
- Verwijs in het geval van geneesmiddelen indien aanwezig naar de PIF (productinformatiefolder) van de apotheek. Indien mogelijk wordt er een hyperlink naar de PIF aangebracht
- Gebruik zoveel mogelijk stofnamen i.p.v. merknamen.
- Wordt in het protocol naar een formulier verwezen, zorg dat er een digitale versie op intranet geplaatst wordt (overleg met de applicatiebeheerders)

Wat hoort niet thuis in een protocol

- Achtergrondinformatie die niet relevant is.
- Achtergrondinformatie die wel relevant is, kan geplaatst worden op het Intranet en aan het protocol gekoppeld worden. Dit geldt ook voor formulieren (overleg met de applicatiebeheerders).
- (Basis) kennis die vanuit een beroepsopleiding als bekend verondersteld mag worden.
- Te veel "verwante" onderwerpen in één document, beter is 2 kleine protocollen dan 1 groot protocol. Deze protocollen kunnen aan elkaar gekoppeld worden.
- Namen/telefoonnummers.

Lay-out

- Het protocolsjabloon is te vinden in de werkbalk van Word onder de knop sjablonen of in de map k:\algemene KG-sjablonen
- Maak een keuze uit de sjablonen, er zijn 3 keuzemogelijkheden
- Maak optimaal gebruik van de alinea-indeling

Eigenaar

- Aangeven wie (in de lijnorganisatie) verantwoordelijk is voor het protocol.
- Wat is de geldigheidsduur? (gemiddeld 2 jaar). Zijn er binnen deze termijn wijzigingen te verwachten?

Beoordelaar

- Geef aan wie het protocol moeten beoordelen op juistheid en verantwoordelijkheid (meestal een selectie van de betrokkenen).
- In geval van medicatie is de apotheek altijd medebeoordelaar (zie protocol '[autorisatie van KG-protocollen](#)').
- Let op dat beoordelaars al in de ontwikkelfase betrokken worden om discussie achteraf te vermijden.

Voorwaarden voor autorisatie en invoering

- Heeft de eigenaar en beoordelaar(s) voor akkoord getekend?
- Is er voldoende kennis aanwezig op de afdeling(en) om volgens het protocol te werken of is bijscholing nodig?
- Is iedereen op de afdeling(en) op de hoogte van het protocol?
- Is er een plan opgesteld voor de invoering van het protocol?

Distributie en evaluatie

- Hoe wordt het protocol bekendgemaakt en bij wie?
- Wie worden bij de evaluatie betrokken?
- Evaluatiemoment vastleggen.
- Vaststellen wie de evaluatie doet.
- Op welke wijze wordt naleving getoetst?

Informatie

Volgens het [protocollenbeleid Kennemer Gasthuis](#) vastgesteld d.d. 1 juli 2005.

Heeft u vragen of wilt u een korte introductie over het elektronisch handboek, dan kunt u contact opnemen met de applicatiebeheerders. Zij zijn werkzaam op de afdeling kwaliteitszorg.

Publicatiedatum

29-1-2007

Bijlage 8.

De prevalentie-, en incidentie-indicatoren uit de Belgische nationale richtlijn (Defloor et al. 2004)

De prevalentie-indicatoren zijn de volgende:

1. Het aantal patiënten dat decubitus heeft

$$DI = \frac{P_{DEC}}{P_{TOT}} * 100$$

DI = Decubitus-indicator

P_{DEC} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling met decubitus graad 1 of hoger

P_{TOT} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

2. Het aantal patiënten dat decubitusletsel graad 2 of hoger heeft

$$DLI = \frac{P_{DECL}}{P_{TOT}} * 100$$

DLI = Decubitusletsel-indicator

P_{DECL} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling met decubitus graad 2 of hoger

P_{TOT} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

3. Het aantal patiënten dat niet-wegdrukbare roodheid heeft

$$NWRI = \frac{P_{NWR}}{P_{TOT}} * 100$$

NWRI = Niet-wegdrukbare-roodheid-indicator

P_{NWR} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling met drukgerelateerde niet-wegdrukbare roodheid

P_{TOT} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

4. Het aantal patiënten dat decubitusletsel graad 2 of hoger ter hoogte van de hielen heeft

$$HDI = \frac{P_{HIEL}}{P_{TOT}} * 100$$

HDI = Hieldecubitus-indicator

P_{HIEL} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling dat decubitus graad 2 of hoger op de hielen heeft

P_{TOT} = Het aantal patiënten opgenomen op de afdeling/instelling

Norm = 0%

5. Het aantal risicopatiënten dat adequate preventieve maatregelen krijgt

- Totale preventie

$$PI = \frac{P_{PREV}}{P_{RIS}} * 100$$

PI = Preventie-indicator

P_{PREV} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens het liggen en het zitten adequate preventie krijgt

P_{RIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling

Norm = 100%

- Ligpreventie

$$LPI = \frac{P_{LIG}}{P_{RIS}} * 100$$

LPI = Ligpreventie-indicator

P_{LIG} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens het liggen adequate preventie krijgt

P_{RIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling

Norm = 100%

- Zitpreventie

$$ZPI = \frac{P_{ZIT}}{P_{ZRIS}} * 100$$

ZPI = Zitpreventie-indicator

P_{ZIT} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens het zitten adequate preventie krijgt

P_{ZRIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling dat ook opzit in zetel, op stoel of in rolstoel

Norm = 100%

De incidentie-indicatoren zijn de volgende:

1. Het aantal patiënten dat decubitus ontwikkelt

$$DI = \frac{P_{DEC}}{P_{TOT}} * 100$$

DI = Decubitus-indicator

P_{DEC} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling dat tijdens de observatieperiode decubitus graad 1 of hoger ontwikkelt

P_{TOT} = Het aantal patiënten opgenomen op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

2. Het aantal patiënten dat decubitusletsel graad 2 of hoger ontwikkelt

$$DLI = \frac{P_{DECL}}{P_{TOT}} * 100$$

DLI = Decubitusletsel-indicator

P_{DECL} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling dat tijdens de observatieperiode decubitus graad 2 of hoger ontwikkelt

P_{TOT} = Het aantal patiënten opgenomen op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

3. Het aantal patiënten dat niet-wegdrukbaar roodheid ontwikkelt

$$NWRI = \frac{P_{NWR}}{P_{TOT}} * 100$$

NWRI = Niet-wegdrukbaar-roodheid-indicator

P_{NWR} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling dat tijdens de observatieperiode drukgerelateerde niet-wegdrukbaar roodheid ontwikkelt

P_{TOT} = Het aantal patiënten opgenomen op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = Afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

4. Het aantal patiënten dat decubitusletsel graad 2 of hoger ter hoogte van de hielen ontwikkelt

$$HDI = \frac{P_{HIEL}}{P_{TOT}} * 100$$

HDI = Hieldecubitus-indicator

P_{HIEL} = Het aantal patiënten op de afdeling/instelling dat tijdens de observatieperiode decubitus graad 2 of hoger op de hielen ontwikkelt

P_{TOT} = Het aantal patiënten opgenomen op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = 0%

5. Het aantal risicopatiënten dat continu (24 uur op 24 uur) adequate preventieve maatregelen krijgt

- Totale preventie

$$PI = \frac{P_{PREV}}{P_{RIS}} * 100$$

PI = Preventie-indicator

P_{PREV} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens de observatieperiode continu adequate preventie in bed en zetel/stoel krijgt

P_{RIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = 100%

- Ligpreventie

$$LPI = \frac{P_{LIG}}{P_{RIS}} * 100$$

LPI = Ligpreventie-indicator

P_{LIG} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens de observatieperiode continu adequate preventie in bed krijgt

P_{RIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode

Norm = 100%

■ Zitpreventie

$$ZPI = \frac{P_{ZIT}}{P_{ZIS}} \cdot 100$$

ZPI = Zitpreventie-indicator

P_{ZIT} = Het aantal risicopatiënten dat tijdens de observatieperiode continu adequate preventie in zetel/stoel krijgt

P_{ZIS} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode dat ook opzit in zetel, op stoel of in rolstoel

Norm = 100%

6. Het aantal patiënten met een decubitusletsel dat toeneemt in graad en/of ernst waarvan de preventieve maatregelen worden bijgestuurd

$$API = \frac{P_{BIJ}}{P_{DECE}} \cdot 100$$

API = Aanpassen-preventie-indicator

P_{BIJ} = Het aantal decubituspatiënten waarvan de preventie wordt bijgestuurd direct nadat de decubitus toeneemt in graad en/of ernst

P_{DECE} = Het patiënten met decubitus op de afdeling/instelling tijdens de observatieperiode waarvan de decubitus toeneemt in graad en/of ernst

Norm = 100%

7. Het aantal risicopatiënten waarvan familie en thuiszorg voor het ontslag geïnformeerd werd over de noodzakelijke preventieve maatregelen thuis

$$OI = \frac{P_{INF}}{P_{ONT}} \cdot 100$$

OI = Ontslag-indicator

P_{INF} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling dat ontslagen wordt en waarvan familie en thuiszorg (of andere zorgverleners) voor het ontslag geïnformeerd werd over de noodzakelijke preventieve maatregelen thuis

P_{ONT} = Het aantal risicopatiënten op de afdeling/instelling dat ontslagen wordt

Norm = 100%

8. Het aantal patiënten dat ondanks preventie toch decubitus ontwikkelt

$$DPI = \frac{P_{DPREV}}{P_{PREV}} \cdot 100$$

DPI = Effect-preventie indicator

P_{DPREV} = Het aantal patiënten dat continu adequate preventie krijgt en een of meerdere nieuwe decubitusletsel graad 2 of hoger ontwikkelt

P_{PREV} = Het aantal patiënten dat continu adequate preventie krijgt op de afdeling/instelling

Norm = afhankelijk van type patiënt/afdeling en van preventiestrategie

Bijlage 9.

Indicaties voor anti-decubitus matrassen en/of anti-decubitus bedden bij opname van de volwassen patiënt op de IC afdeling van het KG

Dit is een samenvatting van de indicaties voor de verschillende matrassen en bedden bij opname van een volwassen patiënt op de IC afdeling voordat er een decubitusmeting is gedaan of het risico op het ontwikkelen van decubitus is bepaald. Deze staan beschreven in drie richtlijnen van de teamcoördinator en de decubituswerkgroep van de IC afdeling (Gooyer 2004, Heuzeveld 2003).

‘Low foam’ matras (standaard ziekenhuis matras, tempur):

Niet beademde patiënt die zelf van houding kan veranderen.

Dynamisch lage druk matras (primo matras van de firma Hill-Rom):

Beademde patiënt tot 120 kg, bij acute opname van buiten, bij acute opname vanaf verpleegafdeling en/of via O.K. en wanneer lage druk matrassen met de mogelijkheid voor continu lage druk of lage wisseldruk (duo matras op een Total Care Bed van de firma Hill-Rom) in gebruik zijn.

Lage druk matras met de mogelijkheid van continu lage druk of lage wisseldruk (duo matras op een Total Care Bed van de firma Hill-Rom):

Beademde patiënt vanaf 120 kg, bij acute opname van buiten, bij niervervangende therapieën, bij acute opname vanaf de verpleegafdeling en/of via O.K., bij verwachting van langdurige beademing, weanen en/of langdurig IC verblijf.

Diagram om het juiste bed voor de IC patiënt te kiezen

