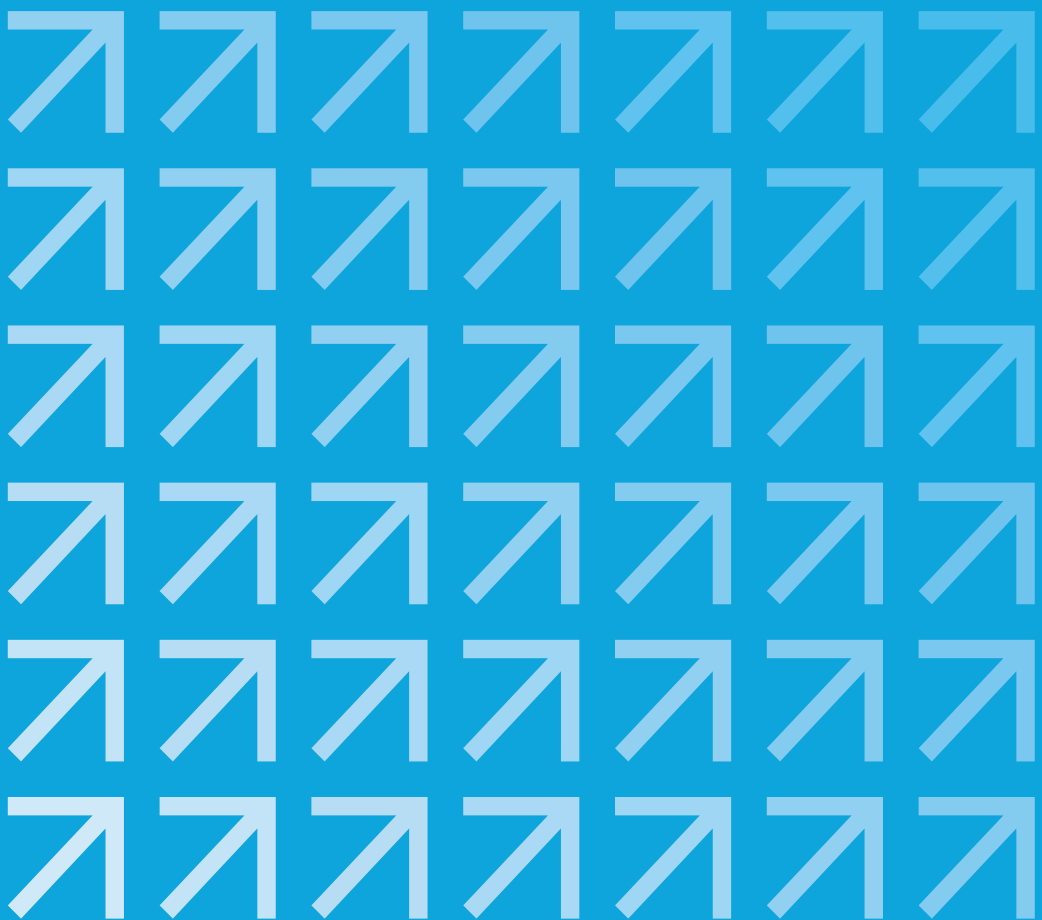


Standaardisatie van decubituszorg in de regio: Een eerste verkenning

E. Meesterberends en R.J.G. Halfens

Department of Health Services Research

Focusing on Chronic Care and Ageing



**Standaardisatie van
decubituszorg in de regio
Een eerste verkenning**

2013

In opdracht van:



Nefemed is de belangenorganisatie van producenten en leveranciers van medische hulpmiddelen. De leden hebben vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid een duidelijke strategische visie op de toekomst van de gezondheidszorg in het algemeen en de rol en bijdrage van de medische hulpmiddelensector daarin in het bijzonder. De leden van Nefemed onderscheiden zich doordat zij zich richten op innovatie, het structureel werken aan verbetering van de producten ten behoeve van de patiënt, in samenwerking met artsen, patiënten en wetenschappers.

Bij Nefemed zijn ruim 60 bedrijven aangesloten met een gezamenlijke jaaromzet van ruim € 950 miljoen.

Hiermee vertegenwoordigt Nefemed een significant deel van de Nederlandse markt van medische hulpmiddelen.

Standaardisatie van decubituszorg in de regio **Een eerste verkenning**

2013

E. Meesterberends en R.J.G. Halfens
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing

Januari 2013

Universiteit Maastricht
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing

Inhoudsopgave

1.	Achtergrond	6
2.	Conclusies	7
3.	Aanvullende opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek	8
4.	Inleiding	9
5.	Methode	10
5.1.	<i>Onderzoeksopzet</i>	<i>10</i>
5.2.	<i>Vragenlijst</i>	<i>10</i>
5.3.	<i>Onderzoekspopulatie</i>	<i>10</i>
5.4.	<i>Analyse LPZ data</i>	<i>11</i>
6.	Resultaten	12
6.1.	<i>Respons vragenlijst</i>	<i>12</i>
6.2.	<i>1e analyses: mate van regionale samenwerking</i>	<i>12</i>
6.3.	<i>2e analyses: thuiszorginstellingen met multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht</i>	<i>13</i>
6.4.	<i>3e analyses: hoge en lage decubitus prevalentie</i>	<i>14</i>
7.	Discussie/Conclusie	16
8.	Referenties	17
9.	Bijlage 1: Vragenlijst regionale samenwerkingsafspraken t.a.v. decubituszorg	18

1. Achtergrond

In 2013 zal het College van zorgverzekeringen (CVZ) de minister adviseren over de (wijze van) vergoeding van wondbehandeling en de bijbehorende producten. Een uitspraak is noodzakelijk en wenselijk voor alle betrokken partijen om een helder vergoed kader te hebben voor wondbehandeling. Dit betreft pakketbeheer en de vraag hoe producten voor wondverzorging in de te verzekeren prestatie(s) het best kunnen worden verankerd. Tevens is zo'n kader voor CVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) noodzakelijk om hierbinnen op verifieerbare en transparante wijze maatregelen te kunnen nemen die tot besparingen moeten leiden op de uitgaven rondom wondbehandeling.

In 2009 heeft het CVZ wegens moverende redenen afgezien van het uitbrengen van een duiding. Destijds heeft overleg over deze problematiek plaatsgevonden met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hierbij is afgesproken dat de verstrekkingenpraktijk rondom wondzorg, zoals die tot op dat moment werd toegepast, gehandhaafd mocht blijven, ondanks dat er twijfel bestond over de vraag of de omschrijving van de te verzekeren prestatie in wet- en regelgeving de lading wel dekt. CVZ heeft, om nadere informatie te verkrijgen over de dagelijkse praktijk van wondbehandeling, het UMC St. Radboud opdracht gegeven een verkenning uit te voeren naar de wondzorg in Nederland; rapport 'Verkenning wondbehandeling in Nederland'.

In opdracht van Nefemed heeft ook Maastricht University (School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) als gerenommeerd onderzoeksinstituut op het gebied van onder meer decubitusonderzoek (LPZ) verkennend onderzoek verricht naar de dagelijkse praktijk van wondbehandeling en vooral naar het effect van een regionaal protocol ten opzicht van het werken zonder regionaal protocol. Door partijen in het veld wordt verondersteld dat een regionaal geprotocolleerde wondzorg doelmatiger en meer effectief is, omdat het leidt tot snellere sluiting van een wond, met minder behandelmomenten en daarmee tot minder zorgkosten. Met bewijslast daaromtrent zou dit onderzoek een directe bijdrage leveren aan de overwegingen van CVZ in de oriëntatie rondom pakketbeheer en vergoeding van wondzorg. Gezien de snelheid waarmee resultaten van zo'n onderzoek wenselijk waren, is gekozen voor de LPZ als databron en daarmee decubitus als wondsoort.

De eerste conclusies uit het onderzoek zijn gepresenteerd tijdens een speciale door CVZ georganiseerde bijeenkomst op 23 oktober 2012 jl. Wij vertrouwen erop dat elementen uit de conclusies worden meegenomen in de overwegingen door CVZ, ZN en andere betrokken partijen.

2. Conclusies

Uit de analyses van de LPZ-data komt geen eenduidig beeld naar voren dat regionale samenwerking een positieve uitkomst heeft op de prevalentie, preventie en behandeling van decubitus. Diverse verklaringen hiervoor zijn mogelijk. Zo valt niet uit te sluiten dat juist in die regio's waar veel decubitus voorkomt, men overgaat tot de invoering van een regionaal protocol. Dit onderzoek heeft zich niet bezig kunnen houden met het onderbouwen van mogelijke verklaringen. Daarvoor is verder onderzoek noodzakelijk. Echter de meest voor de hand liggende verklaring is dat regionale samenwerking weliswaar op papier aanwezig is, maar niet tot uiting komt in het daadwerkelijke handelen. Uit diverse onderzoeken is bekend dat de aanwezigheid van een protocol of richtlijn binnen een instelling, geen garantie is voor het daadwerkelijk toepassen van het protocol of richtlijn. Daarvoor is meer nodig dan de beschikbaarheid. Invoering vereist een gedegen analyse van bijvoorbeeld al aanwezige kennis en de cultuur van de organisatie. Na invoering lijkt controle op het daadwerkelijk toepassen van de richtlijnen ook een essentiële factor voor het succes van een richtlijn.

Doelmatigheid en kostenbesparing die met een richtlijn bereikt moet worden, staat of valt bij het kennisniveau van de handen aan het bed én met name de cultuur binnen organisaties en tussen de organisaties. Tevens is bekend (ook uit andere onderzoeken en aantoonbaar in het buitenland), dat de cultuur binnen de organisatie allesbepalend is om mensen kritisch te laten zijn in hun eigen handelen en het aanspreken van elkaar over een gekozen behandeling. Verander je niets aan deze cultuur, dan zijn investeringen op het gebied van behandeling of materialen zinloos en alleen maar kostenverhogend.

Wel kan uit het onderzoek worden geconcludeerd dat in de thuiszorg en binnen de wonen, zorg en welzijn (wzw) instellingen een significante kostenbesparing valt te realiseren. De prevalentiecijfers zijn hier relatief hoog, evenals de uitgaven aan preventieve maatregelen. Binnen alle soorten van instellingen dient de verantwoordelijkheid en beoordeling van de behandeling door de persoon aan het bed plaats te vinden, al dan niet met steun van een meewerkend hoofdverpleegkundige. Alleen dan heeft geprotocolleerd handelen zin en levert het doelmatige en effectieve zorg op.

De te bereiken kostenbesparing blijkt in ziekenhuizen aanzienlijk minder. Daar zijn de prevalentiecijfers lager, en ook de preventieve maatregelen zijn minder groot. De oorzaak zou wellicht te herleiden zijn richting het aanwezige (hogere) opleidings- en kennisniveau op de afdelingen binnen ziekenhuizen dan in wzw- en thuiszorginstellingen. Tevens wordt hier wellicht het protocol beter gevolgd. Ook zijn in ziekenhuizen wonddeskundigen sneller beschikbaar. Deze factoren dragen wellicht bij aan de lagere prevalentiecijfers in ziekenhuizen.

3. Aanvullende opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek

Het belang van opleidingen op het gebied van wondzorg, dus niet alleen op de afdeling, maar ook binnen het regulier onderwijs (MBO/HBO en Universitair) zijn essentieel in het verbeteren van het kennisniveau aan bed. Op dit moment lijkt binnen het reguliere onderwijs de aandacht voor wondzorg in de opleiding nog minimaal. Stimuleren van meer aandacht binnen het reguliere onderwijs en extra opleidingen leidt tot vergroting van het aantal deskundigen in de organisatie die weer als kennisdrager geraadpleegd kan worden. Ook van belang is het verkrijgen van bewijslast over inzet en effecten van materialen. Beschrijving van casuïstiek is daarin de eerste stap. Alleen dan kunnen de 'papierene tijgers' (richtlijnen en protocollen) inhoud en acceptatie krijgen. Daarmee krijgen de partijen inzicht in de daadwerkelijke bijdragen van behandeling en product aan de wondgenezing.

Het onderzoek heeft dus geen eensluidende conclusies opgeleverd over de noodzaak voor samenwerking in de regio. Wel is een aantal duidingen gedaan die een bijdrage leveren aan de discussie rondom inrichting van de wondzorg in zowel de eerste als tweede lijn. Nefemed heeft samen met Maastricht University met dit onderzoek een actieve bijdrage willen leveren aan de discussie rondom inrichting en kaderstelling van de wondzorg in de nabije toekomst.

4. Inleiding

Decubitus is een veel voorkomend probleem in de gezondheidszorg. Niet alleen in Nederland, maar ook internationaal. Studies in Europa rapporteren prevalentie cijfers van 7,9 % (Shiels 1998) oplopend tot 83,6 % (Bours 1999). Decubitus veroorzaakt pijn en ongemak bij patiënten en kan resulteren in een verminderde kwaliteit van leven, een verhoging van sterftcijfers, meer intensieve zorg, een verhoging van de werkdruk voor zorgverleners en een toename van de kosten voor de gezondheidszorg (de Laat 2005, Health Council 1999, Berlowitz 1997, Allman 1999, Severens 2002, Erwin-Toth 1995, Haalboom 1991).

In Nederland wordt sinds 1998 jaarlijks door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) de prevalentie van decubitus in gezondheidszorginstellingen gemeten (Bours et al, 1999). In 2011 was de prevalentie 13,1% in academische ziekenhuizen, 10,5% in algemene ziekenhuizen, 7,4% in de wonen, zorg en welzijn (WZW) sector en 6,1% in de thuiszorg (Halfens et al. 2011).

De laatste jaren zijn veelvuldig richtlijnen ontwikkeld, zowel nationaal als regionaal. Daarnaast is de afgelopen jaren ook een trend te zien in de ontwikkeling van regionale wondcentra. Door regionale samenwerking kan de zorg beter op elkaar afgestemd worden, waardoor de zorg voor de patiënt verbeterd kan worden en kostenbesparing plaats kan vinden.

Aanleiding van dit onderzoek was de veronderstelling dat standaardisering van de zorg in de regio de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Doel van dit onderzoek is om met behulp van de LPZ-data na te gaan of regionale samenwerking een positief effect heeft op de kwaliteit van decubituszorg (prevalentie, preventie en behandeling).

Voor dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Wordt er door Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen regionaal samengewerkt en zo ja, leidt deze samenwerking tot verschillen in decubitus prevalentie, preventie en behandeling?

5. Methode

5.1. Onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek is allereerst een vragenlijst ontwikkeld om te bepalen welke ziekenhuizen, WZW instellingen en thuiszorginstellingen regionaal samenwerken. Vervolgens zijn op basis van deze indeling analyses uitgevoerd met behulp van de decubitus gegevens van de LPZ van 2009 en 2010.

5.2. Vragenlijst

De vragenlijst die voor dit onderzoek is ontwikkeld bevatte vragen over het al dan niet aanwezig zijn van een regionaal decubitus (preventie en/of behandel) protocol binnen de instelling en de aanwezigheid van een decubitus commissie binnen de instelling. Vervolgens werd gevraagd of er binnen de regio samenwerkingsafspraken gemaakt zijn ten behoeve van decubituszorg. Indien er sprake was van regionale samenwerkingsafspraken werd gevraagd welke instellingen betrokken zijn bij deze samenwerking, op welke gebieden deze samenwerking betrekking heeft, wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van deze samenwerking, of er overlegmomenten zijn om de regionale samenwerking te evalueren en welke instellingen hierbij betrokken zijn. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

5.3. Onderzoekspopulatie

De vragenlijst is per e-mail verstuurd naar alle coördinatoren van ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen die hebben deelgenomen aan de LPZ in 2009 en/of 2010.

Na een periode van 3 weken zijn alle coördinatoren van de instellingen welke geen vragenlijst geretourneerd hadden, telefonisch benaderd. Hierbij is de vragenlijst alsnog ingevuld of telefonisch beantwoord.

Op basis van de antwoorden verkregen uit de vragenlijst werden een indeling gemaakt van instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking, instellingen met een zwakke mate van regionale samenwerking en instellingen zonder regionale samenwerking. Instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking voldeden aan de volgende voorwaarden: er nemen meerdere soorten instellingen deel aan de regionale samenwerking, er is sprake van regionale samenwerking op meerdere gebieden (bv. (door)verwijzingen en afspraken betreffende opname/ontslag), er is een persoon verantwoordelijk voor de coördinatie van de regionale samenwerking en er is minimaal 4 keer per jaar een overleg om de regionale samenwerking te evalueren. Bij instellingen met een zwakke mate van regionale samenwerking was er wel sprake van regionale samenwerking, maar werd niet voldaan aan alle hierboven beschreven voorwaarden.

5.4. Analyse LPZ data

Vervolgens zijn deze drie groepen met elkaar vergeleken op basis van hun LPZ gegevens. Hierbij is gekeken naar de volgende factoren: patiënt kenmerken (leeftijd, geslacht, ziektebeelden, decubitus risico), prevalentie decubitus, duur decubitus, preventie (bij risico patiënten) en behandeling.

Op basis van de verkregen resultaten zijn vervolgens verdere analyses uitgevoerd waarbij thuiszorginstellingen met multidisciplinair overleg en standard overdracht tussen afdelingen vergeleken zijn met thuiszorginstellingen waar geen sprake was van multidisciplinair overleg en standard overdracht tussen afdelingen.

Als laatste is in vervolganalyses gekeken of er verschillen zichtbaar zijn voor ziekenhuizen en thuiszorginstellingen met een hoge/lage decubitus prevalentie. Hierbij is gebruikgemaakt van de volgende indeling:

Ziekenhuizen: lage prevalentie ($\leq 4,0\%$) versus hoge prevalentie ($> 4,0\%$)

Thuiszorginstellingen: lage prevalentie ($\leq 2,5\%$) versus hoge prevalentie ($> 2,5\%$)

6. Resultaten

6.1. Respons vragenlijst

De respons op de vragenlijst is weergegeven in tabel 1. De hoogste respons werd verkregen binnen de ziekenhuizen.

In totaal hebben 212 instellingen met 38.286 patiënten deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 1: Deelnemende instellingen en mate van regionale samenwerking.

	Totaal	Ziekenhuizen	Verpleeghuizen	Thuiszorg= instellingen
Respons vragenlijst	57.8%	67.3%	54.4%	56.8%
Aantal deelnemende instellingen	212	35	153	24
Aantal patiënten	38.286	11.757	19.745	6.784
Samenwerking: sterk	15.513	5.480	7.377	2.656
Samenwerking: zwak	9.359	1.547	5.953	1.859
Samenwerking: geen	13.414	4.730	6.415	2.269

6.2. 1e analyses: mate van regionale samenwerking

Patiëntkenmerken

Tussen instellingen met een verschillende mate van regionale samenwerking werden geen verschillen gevonden in patiënten kenmerken, dit geldt voor alle drie de sectoren.

Kwaliteitsindicatoren

Op instellingsniveau wordt bij ziekenhuizen en verpleeghuizen met een zwakke en/of sterke mate van regionale samenwerking significant vaker aangegeven dat er een standaard overdracht plaatsvindt vergeleken met instellingen zonder regionale samenwerking. Het omgekeerde beeld geldt echter voor de thuiszorginstellingen waar significant vaker standaard overdracht plaatsvindt bij instellingen zonder regionale samenwerking.

Op afdelingsniveau wordt echter door de thuiszorginstellingen vaker aangegeven dat er een standaard overdracht plaatsvindt bij instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking.

Preventieve maatregelen

Bij de ziekenhuizen en verpleeghuizen zien we ten aanzien van de inzet van preventieve maatregelen geen grote verschillen tussen de verschillende mate van regionale samenwerking. Bij de thuiszorg instellingen echter zien we dat vaker geen preventieve maatregelen genomen worden bij instellingen zonder en met een zwakke mate van

regionale samenwerking in vergelijking met de instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking.

Bij de instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking zien we dat hier vaker antidecubitus kussens ingezet worden. Bij de inzet van antidecubitus matrassen zien we echter geen duidelijke verschillen.

Ontwikkeling decubitus

Bij de ziekenhuissector zien we dat er meer decubitus wordt ontwikkeld binnen de eigen instelling (excl. categorie 1) als er geen regionale samenwerking is. Bij de thuiszorginstellingen zien we juist dat decubitus vaker wordt ontwikkeld bij thuiszorginstellingen met een sterke mate van regionale samenwerking.

Duur decubitus

De mate van samenwerking heeft geen invloed op de duur van de decubitus wonden, dit geldt voor alle drie de sectoren.

Samenvattend kan gezegd worden dat uit deze eerste analyses geen duidelijk effect gevonden wordt van regionale samenwerking.

6.3. 2e analyses: thuiszorginstellingen met multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht

Uit de eerste analyses kwam naar voren dat het al dan niet hebben van een standaard overdracht en multidisciplinair overleg binnen de thuiszorg wisselende resultaten lieten zien. Dit was reden om vervolganalyses uit te voeren waarbij deze groepen met elkaar vergeleken worden.

Preventieve maatregelen

De thuiszorginstellingen zonder multidisciplinair overleg en standaard overdracht zetten vaker geen preventieve maatregelen in vergeleken met de instellingen waarbij wel multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht plaatsvindt. Dit beeld geldt ook voor de inzet van antidecubitus kussens, maar niet voor de inzet van antidecubitus matrassen.

Ontwikkeling decubitus

De prevalentie van decubitus is het laagst bij instellingen zonder multidisciplinair overleg en standaard overdracht, dit geldt zowel voor de totale prevalentie van decubitus, als voor de prevalentie van decubitus ontwikkelt binnen de instelling (excl. categorie 1).

Duur decubitus

De analyses laten geen verschillen zien voor de duur van decubitus voor instellingen met en zonder multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht.

Samenvattend blijkt uit deze analyses dat in thuiszorg instellingen waar multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht plaatsvindt meer preventieve maatregelen worden ingezet. Dit vertaalt zich echter niet in een lagere prevalentie van decubitus, aangezien de decubitus prevalentie het laagst was bij thuiszorginstellingen waar geen multidisciplinair overleg en/of standaard overdracht plaatsvond. Onduidelijk is hoe dit geïnterpreteerd moet worden.

6.4. 3e analyses: hoge en lage decubitus prevalentie

De voorgaande analyses gaven geen duidelijk beeld van het effect van regionale samenwerking. In de volgende analyses zijn de instellingen daarom ook op basis van hun decubitus prevalentie (hoog vs. laag) vergeleken.

In thuiszorginstellingen

Patiënt kenmerken

De analyses laten geen verschillen zien voor patiënt kenmerken tussen thuiszorginstellingen met een hoge en lage decubitusprevalentie.

Kwaliteitsindicatoren

Op instellingsniveau hebben thuiszorginstellingen met een hoge decubitusprevalentie vaker een decubitus commissie, beheers protocol en informatiebrochure voor patiënten. Tevens ligt het totaal aantal kwaliteitsindicatoren hier hoger. Echter, thuiszorginstellingen met een lage prevalentie maken vaker gebruik van een standaard overdracht. Op afdelingsniveau hebben thuiszorginstellingen met een hoge decubitusprevalentie vaker een decubitus verpleegkundige, monodisciplinair overleg, multidisciplinair overleg en standaard overdracht. Tevens ligt het totaal aantal kwaliteitsindicatoren hier hoger.

Preventieve maatregelen

Bij thuiszorginstellingen met een lage decubitusprevalentie worden vaker geen maatregelen genomen om decubitus te voorkomen, dit geldt ook voor de inzet van antidecubitus matrassen en -kussens.

Duur decubitus

De analyses laten geen significante verschillen zien voor thuiszorginstellingen met een hoge en lage decubitusprevalentie wat betreft de duur van decubitus.

In ziekenhuizen

Patiënt kenmerken

De analyses laten geen verschillen zien voor patiënt kenmerken tussen ziekenhuizen met een hoge en lage decubitusprevalentie.

Kwaliteitsindicatoren

Op instellingsniveau verzorgen ziekenhuizen met een hoge decubitusprevalentie vaker bijscholing op het gebied van decubitus. Ziekenhuizen met een lage decubitusprevalentie hebben vaker een centrale registratie van patiënten met decubitus en vaker een standaard overdracht. Op afdelingsniveau hebben ziekenhuizen met een hoge decubitusprevalentie vaker een monodisciplinair en multidisciplinair overleg. Ziekenhuizen met een lage decubitusprevalentie leggen vaker het risico op decubitus bij patiënten vast en hebben vaker een informatiebrochure voor patiënten en standaard overdracht.

Preventieve maatregelen

Ziekenhuizen met een hoge decubitus prevalentie zetten vaker geen antidecubitus matrassen en/of – kussens in.

Duur decubitus

In ziekenhuizen met een hoge prevalentie is het percentage decubitus dat korter dan 2 weken bestaat hoger.

Samenvattend kan gezegd worden dat uit deze analyses blijkt dat thuiszorginstellingen met een hoge decubitus prevalentie aan meer kwaliteitsindicatoren voldoen. Tevens blijkt dat deze instellingen ook vaker preventieve maatregelen inzetten. Voor de ziekenhuizen geldt dat juist bij een lage prevalentie vaker antidecubitus matrassen en/of – kussens ingezet worden.

7. Discussie/Conclusie

Uit dit onderzoek komt geen eenduidig beeld naar voren dat regionale samenwerking een positieve uitkomst heeft op de prevalentie, preventie en behandeling van decubitus. Instellingen met een sterke mate van regionale samenwerking passen enerzijds wel meer preventieve maatregelen toe, anderzijds zijn de prevalentiecijfers hier niet lager.

Het feit dat er geen eenduidig beeld naar voren komt dat regionale samenwerking een positieve invloed heeft op zowel de prevalentie, preventie als behandeling van decubitus kan meerdere verklaringen hebben. Uit eerder onderzoek is bekend dat een scala aan factoren een (in)directe invloed kunnen hebben op de prevalentie van decubitus. In dit onderzoek hebben we echter niet alle mogelijke verklarende factoren voor de prevalentie van decubitus mee kunnen nemen. De analyses voor dit onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van de gegevens van de LPZ. De opzet van de LPZ is cross-sectioneel. Het nadeel van dit type onderzoek is dat het niet mogelijk is causale verbanden te leggen, hiervoor zijn andere onderzoeken nodig zoals een longitudinaal onderzoek.

De meest waarschijnlijke verklaring voor het onduidelijke beeld is, dat regionale samenwerking weliswaar aanwezig is, maar niet tot uiting komt in het daadwerkelijke handelen. Dit kan inhouden dat de regionale samenwerking zich beperkt tot het management niveau van de zorginstelling en niet daadwerkelijk de werkvloer bereikt waar de zorg verleend wordt. Een regionaal samenwerkingsverband is in dit opzicht te vergelijken met een richtlijn. Ook daarvan is bekend dat deze weliswaar vaak aanwezig zijn binnen de instelling, maar dat blijkt geen garantie te zijn voor het daadwerkelijk toepassen van een richtlijn. Daarvoor is meer nodig dan de beschikbaarheid van een richtlijn. Een goed voorbeeld is Duitsland. In Duitsland is de prevalentie van decubitus, zowel in verpleeghuizen als in ziekenhuizen, beduidend lager dan in Nederland (Tannen et al. 2006; 2008; 2009). Uit een eerdere studie van Meesterberends et al. (2012) blijkt ook dat richtlijnen in Duitsland nauwlettender worden ingevoerd dan in Nederland. Van een richtlijn die weliswaar aanwezig is, maar niet wordt uitgevoerd mag men uiteraard niet verwachten dat de richtlijn ook daadwerkelijk effect heeft. In Duitsland kent men nog de "oude" organisatiestructuur van de verpleging. Men heeft nog een verpleegkundig directeur en de zogenaamde hoofdzuster. Beide zijn verantwoordelijk voor een goede implementatie van richtlijnen en controleren dit ook. Dat dit effect heeft blijkt uit de afname van het gebruik van een schapenvacht in Duitse verpleeghuizen na publicatie van de decubitusrichtlijn in 2002. Het gebruik daalde van 61% naar 3% in twee jaar (Dassen et al. 2004). Voor een goede implementatie van een richtlijn lijkt controle op de uitvoering op een afdeling dus noodzakelijk.

Aangezien regionale samenwerking in theorie een belangrijke stap voorwaarts kan zijn voor de verbetering van de kwaliteit van zorg, bevelen we regionale samenwerking, ondanks de tegenvallende onderzoeksgegevens, toch aan. Regionale samenwerking kan echter alleen succesvol zijn als deze daadwerkelijk wordt toegepast. Gezien de ervaringen in Duitsland adviseren we iemand op de afdeling verantwoordelijk te maken dat het beleid daadwerkelijk wordt uitgevoerd in de praktijk.

8. Referenties

- Allman RM, Goode PS, Burst N, Bartolucci AA and DR Thomas (1999). Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Advances in Wound Care***12**, 22-30.
- Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson JJ, Du W and HK Brand (1997). Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. *Journals of Gerontology, Series A. Biological Sciences and Medical Sciences***52**, M106-M110.
- Bours GJJW Halfens RJG, Lubbers M and JRE Haalboom (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management***45**, 28-40.
- Dassen T, Halfens R, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A, Bielitz H, Eichhorn J, Pieper EM and U Siegmund (2004). *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2004*. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.
- Erwin-Toth P (1995) Cost-effective pressure ulcer management in extended care. *Ostomy Wound Management***41**, 64S-68S.
- Haalboom JRE (1991) De kosten van decubitus. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde***135**, 606-610.
- Halfens R, Meesterberends E, Meijers JMM, Du Moulin MFMT, van Nie NC, Neyens JCL en JMGA Schols (2011). *Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2011*, Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Health Council of the Netherlands (1999). *Pressure Ulcers*. Health Council of the Netherlands, The Hague.
- de Laat EH, Scholte op Reimer WJ en Tvan Achterberg (2005). Pressure ulcers: Diagnostics and interventions aimed at wound-related complaints: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing***14**, 464-472.
- Meesterberends E, Halfens RJG, Lohrmann C, and JMGA Schols (2012). The implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch and German nursing homes: a qualitative study. *Nursing Research*, submitted.
- Severens JL, Habraken JM, Duivenvoorden S and CMA Frederiks (2002). The cost of illness of pressure ulcers in The Netherlands. *Advances in Skin & Wound Care***15**, 72-77.
- Shiels C and B Roe (1998) Pressure sore care. *Elder Care***10**, 30-34.
- Tannen A, Bours G, Halfens R and T Dassen (2006). A comparison of pressure ulcer prevalence rates in nursing homes in the Netherlands and Germany, adjusted for population characteristics. *Research in Nursing & Health* **29**, 588-596.
- Tannen A, Dassen T and R Halfens (2008). Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany: associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* **17**, 1237-1244.
- Tannen A, Dietz E, Dassen T and R Halfens (2009). Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany: adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **15**, 85-90.

9. Bijlage 1: Vragenlijst regionale samenwerkingsafspraken t.a.v. decubituszorg

Deze vragenlijst gaat over (regionale) protocollen en samenwerking ten aanzien van decubitus. Indien U geen specifiek decubitus protocol heeft maar wel een wond protocol, dan kunt U de vragen invullen over het wond protocol. Daar waar gesproken wordt over decubitus leest U dan wond protocol.

U kunt uw antwoord direct achter de vraag zetten.

Regionaal decubitus protocol

- 1.1 Wordt er binnen uw instelling gewerkt volgens een regionaal decubitus preventie en/of behandel protocol? (ja/nee)
- 1.2 Zo ja, sinds wanneer (startdatum) is dit protocol aanwezig binnen uw instelling?
- 1.3 Welke van de onderstaande instellingen zijn betrokken (geweest) bij de ontwikkeling van het regionale decubitus preventie/behandel protocol? (meer antwoorden mogelijk)
 - a. ziekenhuis
 - b. verpleeghuis
 - c. verzorgingshuis
 - d. thuiszorg
 - e. anders, namelijk
- 1.4 Zijn er personen vanuit uw instelling betrokken bij de ontwikkeling van het regionale decubitus preventie/behandel protocol? (ja/nee)
- 1.5 Is er een decubitus commissie/werkgroep binnen uw instelling? (ja/nee)
- 1.6 Is er binnen uw instelling iemand werkzaam die gespecialiseerd is in decubitus zorg? (ja/nee)
- 1.7 Is uw instelling verbonden aan een gespecialiseerd wondcentrum, of maakt U hiervan gebruik? (ja/nee)
- 1.8 Welke strategieën zijn er gebruikt om het regionale decubitus protocol binnen uw instelling te implementeren? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - a. lezingen
 - b. trainingen/scholingen
 - c. overleggen (afdeling/team)
 - d. herinneringen
 - e. informatie via internet/intranet
 - f. workshops
 - g. anders, namelijk

- 1.9 Welke personen zijn er binnen uw instelling verantwoordelijk voor het monitoren van het gebruik van het regionale decubitus protocol?
- 1.10 Het implementeren van een protocol is een van de moeilijkste zaken. Hoeveel procent van de zorgverleners denkt U dat het protocol daadwerkelijk gebruikt? %

Regionale samenwerking m.b.t. decubitus zorg

- 2.1 Is uw instelling betrokken bij regionale samenwerkingsafspraken mbt decubitus-zorg? (ja/nee)

Hebt u 'nee' geantwoord bij vraag 2.1, dan is dit voor u het einde van de vragenlijst

- 2.2 Op welke gebieden hebben deze regionale samenwerkingsafspraken betrekking (meerdere antwoorden mogelijk)?

- a. protocol/richtlijn
- b. (door)verwijzingen
- c. afspraken betreffende opname/ontslag
- d. wondcentrum
- e. anders, namelijk:

- 2.3 Welke instellingen zijn betrokken bij deze regionale samenwerkingsafspraken (meerdere antwoorden mogelijk)?

- a. ziekenhuis
- b. verpleeghuis
- c. verzorgingshuis
- d. thuiszorg
- e. anders, namelijk:

- 2.4 Wie is verantwoordelijk voor de coördinatie van deze samenwerking?

Discipline:
Soort/type instelling:

- 2.5 Worden er overleggen gepland om regionale samenwerkingsafspraken te evalueren en/of bij te stellen? (ja/nee)

- 2.6 Zo ja, welke instellingen zijn betrokken bij deze overleggen?

- (meerdere antwoorden mogelijk)
- a. ziekenhuis
 - b. verpleeghuis
 - c. verzorgingshuis
 - d. thuiszorg
 - e. anders, namelijk

2.7 Zo ja, hoe vaak vinden deze overleggen plaats?

- a. vaker dan 1 keer per maand
- b. 1 keer per maand
- c. een keer in de 2 maanden
- d. 4 keer per jaar
- e. 1 keer per jaar
- f. minder dan 1 keer per jaar

2.8 Op welke wijze communiceren jullie regionale samenwerkingsafspraken binnen jullie instelling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. nieuwsbrief
- b. huisblad
- c. educatie
- d. aan afdelingshoofd
- e. intranet
- f. anders, namelijk

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Gelieve de vragenlijst weer terug te sturen naar: LPZ@maastrichtuniversity.nl



Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Duboisdomein 30
6229 GT Maastricht
P.O. Box 616
6200 MD Maastricht
T +31 433881559
E lpz@maastrichtuniversity.nl

www.lpz-um.eu | www.maastrichtuniversity.nl/hsr

Based in Europe, focused on the world. Maastricht University is a stimulating environment. Where research and teaching are complementary. Where innovation is our focus. Where talent can flourish. A truly student oriented research university.