

Datum Oktober 2014  
Door Eddy Koopman  
Wondconsulent  
Werkzaam bij Deventer Ziekenhuis

---

**"Wondconsulent, neem je verantwoordelijkheid!"**

"Eigenlijk is het zo eenvoudig om mijn functie als wondconsulent uit te oefenen. Het is een kwestie van concrete doelen stellen, meten, van consequent volgen en draagvlak creëren op Raad van Bestuur niveau. Dat gebeurt niet in een jaartje of zo, we zijn er hier in 1996 al mee gestart, en door vallen en opstaan hebben we nu een proces gerealiseerd waarbij decubitus integraal onderdeel is van het kwaliteitsbeleid." Aan het woord Eddy Koopman, wondconsulent van het Deventer ziekenhuis.

*Is dat hanteerbaar maken dan niet 'gebruikelijk', of is het Deventer Ziekenhuis daar uniek in?*

"Uniek geloof ik niet, maar we zijn op het gebied van decubitus wél toonaangevend geworden. We hebben goed geluisterd naar het OZL in Kerkrade, vakliteratuur nauwkeurig gevolgd en veel met leveranciers gesproken."

*Tot zover niets nieuws lijkt het? Dat doen toch alle ziekenhuizen naar we hopen?*

"Het ligt zo voor de hand dat wat wij doen, bij alle ziekenhuizen uit te voeren en daarom begrijp ik niet altijd waarom niet alle ziekenhuizen een soortgelijke methode volgen, maar feit is dat wij dagelijks de conditie van de huid monitoren. Het huidige decubitus percentage, daarmee bedoel ik dat van vandaag, is 0,39%. Gister was het 0,40% en toen we begonnen te meten was het 18%. Decubitus is in 95% van de gevallen uitstekend te voorkomen!"

*Hoe is dat proces ontstaan, waar is het begonnen?*

"In feite met de vraag aan de Raad van Bestuur wat het gewenste decubituspercentage in ons ziekenhuis zou moeten zijn. Waar ik hoopte op een laag percentage werd ik blij verrast door een gewenst percentage van niet meer dan 0%. Immers, als decubitus in de meeste gevallen te voorkomen en behandelbaar is, dan is geen ander getal acceptabel dan die 0%."

*Heb je dit allemaal lokaal georganiseerd, of zijn er ook landelijke ontwikkelingen geweest waar je bent aangehaakt?*

"In 1998 is de Universiteit van Maastricht een landelijk project gestart om middels puntprevalentie metingen vast te stellen hoe vaak decubitus voorkomt. Dit is enkele jaren later opgepikt door de inspectie volksgezondheid (IGZ), die decubitus opnam als indicator voor de kwaliteit van basiszorg. Door dit project is decubitus in de belangstelling komen staan, een positieve ontwikkeling. Dat het Algemeen Dagblad rond 2001 daaruit een lijst produceerde van de beste en slechtste ziekenhuizen' was vervolgens jammer maar helaas. Niet lijstjes en cijfers maken het ene ziekenhuis beter dan het andere, het gaat om de mentaliteit de beste zorg na te streven voor de patiënt. Natuurlijk moet deze meetbaar zijn, maar dit kan nooit resulteren in een top 5, waar het publiek weer onjuiste conclusies uit zouden kunnen trekken!!"

*De ergernis is uit Eddy's stem te horen. Een goed project met de juiste mensen wordt door de media uit haar context gehaald. Het is al meer dan 10 jaar een bron van ergernis, die gelukkig het resultaat bij het Deventer Ziekenhuis niet nadelig beïnvloed heeft.*

"Elke dag worden alle patiënten door de zorgprofessionals beoordeeld op het risico op decubitus middels hun klinische blijk, ondersteund door een risicoscorelijst. Deze data zie ik als wondconsulent dagelijks. Op basis daarvan kan ik bijsturen waar nodig. Zijn er specifieke vragen dan word ik door de professionals persoonlijk aangesproken en maken we een maatoplossing. De professionals hebben overigens de verplichting om de wondconsulent te raadplegen bij elke afwijking, duidelijk niet vrijblijvend en vooral gericht op preventie. Daarnaast loop ik zelf dagelijks over alle afdelingen om eigen checks te doen en de professionals met raad en daad bij te staan.

Let wel, we komen uit het tijdperk dat in de maand april het prevalentieonderzoek afgerond was en dat de conclusies pas in september gepresenteerd werden. Vandaag hebben we alle data dagelijks op het beeldscherm en kunnen we dus meer adequaat en op patiëntniveau, in plaats van afdelingsniveau bijsturen of inspringen! Zo hebben we ontdekt dat amputatiepatiënten een groter decubitusrisico lopen dan andere patiënten. We kunnen daarvoor preventief enorm veel kwaliteit bijdragen door hier goed mee om te gaan."

*Goed, nu heb je de data, je herkent het probleem, hoe besluit je dan welke matrassen te kopen? Normaal gesproken kiest een afdeling inkoop voor het 'standaard ziekenhuis matras' en worden de decubitusmatrassen in geval van nood gebruikt. Dan komen er kostbare, technische oplossingen om de hoek kijken die, naar onze mening, niet altijd nodig zijn.*

"Laat ik vooraf duidelijk zijn, er is niet zoiets als een standaard ziekenhuis matras. De belangrijkste eigenschap van een goed matras is de balans tussen de veerkracht van het materiaal en de druk verdelende eigenschappen.

Het is een misvatting dat visco-elastisch schuim (traag schuim) het beste materiaal zou zijn. Risico van dit materiaal is dat je er doorheen zakt door het ontbreken van veerkracht. Ik bewaak als consulent de levensduur van de matrassen. Deze wordt bepaald door slijtage, kuilvorming en economische afschrijving. Als het tijd is om de matrassen te vervangen (+/- iedere 5 á 6 jaar) start ik in samenwerking met inkoop en huishoudelijke dienst een inkoopproces op.

De voorselectie hebben we zelf als wondconsulent uitgevoerd door ervaringen van collegae te vergelijken, marktonderzoek en gesprekken met leveranciers. We hebben vijf leveranciers uitgenodigd voor een eerste gesprek, samen met onze afdeling inkoop en de budgethouder. We werden daadwerkelijk gesteund door inkoop omdat de uitgangspunten helder waren: 0% decubitus, waarmee de aanschafprijs van het matras in feite een minder belangrijke beslisreden bleek te zijn. Meer ligkwaliteit en minder kans op decubitus levert minder verpleegdagen op, dat was de Raad van Bestuur, onze afdeling inkoop, maar ook ons vooraf al duidelijk. Daarnaast is het onze core business de beste zorg voor onze patiënten te garanderen. Deze twee argumenten hebben de keuze bepaald.

We hebben in ons eigen ziekenhuis een proefopstelling gemaakt met vrijwilligers met een ondergewicht, een overgewicht en een gemiddeld gewicht. Deze hebben we in een halfzittende houding onder dezelfde condities gemeten op een drukmeetmat met 1200 sensoren. We hebben de proefopstelling uitgevoerd op de twee door ons gekozen matrassen waarbij de drukspreiding, dus het voorkomen van piekdrukken, het belangrijkste argument was.

Het ene goede matras had een traag schuim toplaag, het door ons gekozen Culsana matras was van een nieuw ontwikkelde foam en een zone opbouw zoals je ook ziet bij een pocketveringmatras, met uiteindelijk betere meetwaarden. Doorslaggevend was het gebruik van beide zijden van het Culsana matras. De aanschafprijs van beide matrassen was nagenoeg gelijk, maar door gebruik te kunnen maken van beide zijden was de levensduur nagenoeg verdubbeld. Maar niet de economische randvoorwaarden hebben deze keuze bepaald, de beste drukspreiding gaf voor ons de doorslag. We waren dermate enthousiast dat we alle 400 bedden van dit matras hebben voorzien. De patiënt komt immers op de eerste plaats.”