

Preventie en behandeling van smetten

Knelpuntenanalyse onder verpleegkundigen en verzorgenden



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Scientific Center for
Quality of Healthcare

Preventie en behandeling van smetten

Knelpuntenanalyse onder verpleegkundigen en verzorgenden

Kim de Groot¹
Maud Heinen²
Anita Huis²
Anke de Veer¹
Anneke Francke¹

Juni 2018

¹ Nivel, Utrecht

² IQ healthcare Radboudumc, Nijmegen

Dit project is mogelijk gemaakt door:



ISBN 978-94-6122-511-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

IQ healthcare Radboudumc, Postbus 9101, huispost 114, 6500 HB NIJMEGEN

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel, IQ healthcare Radboudumc en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Om de beste zorg te verlenen, is het belangrijk dat het handelen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners met een verpleegkundige achtergrond¹ gebaseerd is op actuele kennis en inzichten. Voor deze beroepsgroepen worden om die reden nieuwe kwaliteitsstandaarden ontwikkeld - via ZonMw - in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) prioriteert de onderwerpen voor deze kwaliteitsstandaarden, waaronder smetten.

Smetten komt relatief veel voor. Het was echter niet duidelijk of verpleegkundigen en verzorgenden specifieke knelpunten ervaren in hun handelen bij de preventie en behandeling van smetten. Daarnaast was het ook niet duidelijk of deze knelpunten het beste via een kwaliteitsstandaard aangepakt kunnen worden. ZonMw heeft aan Nivel en IQ healthcare Radboudumc een onderzoeksubsidie gegeven om gezamenlijk een knelpuntenanalyse over smetten uit te voeren.

Dit rapport gaat over de uitkomsten van deze knelpuntenanalyse. Veel dank gaat uit naar alle verpleegkundigen en verzorgenden die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek en de interviews. Ook danken wij de cliënten die deelnamen aan de interviews. Daarnaast danken we Tamara Michiels – de Jong (wondconsulent bij Vivent) voor haar bruikbare adviezen en betrokkenheid in de projectgroep, en Annick Bakker-Jacobs (onderzoekmedewerker bij IQ healthcare) voor haar ondersteuning bij de literatuurstudie. Tot slot danken we het Alke Nijboer en Eefje Verhoof (programmabureau Kwaliteitsstandaarden van V&VN) voor hun ondersteuning.

Utrecht/Nijmegen, juni 2018

Kim de Groot, Maud Heinen, Anita Huis, Anke de Veer en Anneke Francke

¹ Vanwege leesbaarheid schrijven we in dit rapport verder over ‘verpleegkundigen en verzorgenden’

Inhoud

Voorwoord	3
Publiekssamenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergronden en aanleiding	7
1.2 Doel- en vraagstellingen	8
1.3 Leeswijzer	8
2 Resultaten literatuurverkenning	9
2.1 Introductie	9
2.2 Literatuurverkenning	9
2.3 Richtlijnen	10
3 Resultaten vragenlijstonderzoek en kwalitatieve interviews	11
3.1 Introductie	11
3.2 In aanraking komen met smetten in de praktijk	11
3.3 Ervaren knelpunten	12
3.4 Oplossingsrichtingen	18
3.5 Bekendheid en ervaringen met huidige richtlijn	20
4 Conclusies en adviezen	23
4.1 Conclusies per onderzoeksvraag	23
4.2 Adviezen	24
Referenties	26
Bijlage A Methoden literatuurverkenning	28
Bijlage B Methoden vragenlijstonderzoek	31
Bijlage C Methoden kwalitatieve interviews	36

Publiekssamenvatting

Smetten is een oppervlakkige huidaandoening in de grote huidplooien. Veel voorkomende symptomen zijn roodheid, verweking en loslaten van de opperhuid, nattende huid, scheurtjes en korstjes. Om verpleegkundigen en verzorgenden bij de preventie en behandeling van smetten te ondersteunen, verscheen in 2011 de richtlijn Smetten.

Nivel en IQ healthcare gingen na of grondige herziening of uitbreiding van deze richtlijn noodzakelijk is. Dat is niet het geval. Wel is het nodig om de aanbevelingen uit de richtlijn verder te implementeren. Veel zorgprofessionals kennen de richtlijn nog niet en/of volgen de aanbevelingen niet op.

Knelpunten bij preventie

Na het verschijnen van de richtlijn in 2011, is er geen belangrijke nieuwe wetenschappelijke kennis over het voorkomen of behandelen van smetten gevonden, terwijl er in de zorgpraktijk nog steeds knelpunten zijn. Ruim vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden rapporteren in vragenlijstonderzoek knelpunten bij de preventie van smetten. Probleem is vooral dat men preventieve maatregelen - die te maken hebben met de dagelijkse huidzorg, voorkomen van transpiratie en huid-op-huid contact en met droog houden van de huid - vaak vergeet. Daarnaast blijkt uit interviews met verpleegkundigen, verzorgenden en cliënten dat als er wel preventieve maatregelen worden toegepast, deze soms niet volgens de richtlijn worden uitgevoerd. Verder is een knelpunt dat cliënten zelf nog weinig betrokken worden bij de preventie van smetten.

Knelpunten bij behandeling

Voor de behandeling van smetten adviseert de huidige richtlijn verschillende maatregelen, zoals toepassing van Zinkoxidesmeersel. In de praktijk gebruikt men echter soms producten anders dan de richtlijn beschrijft. Soms gebruikt men ook producten die de richtlijn helemaal niet noemt, zoals Sudocrem. Er heerst onduidelijkheid bij professionals en cliënten over welke producten nu wel of niet gebruikt mogen worden. Bijna vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden ervaren knelpunten bij de behandeling van smetten. Relatief vaak zijn dit verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een beperking. Het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken over de behandeling is het meest genoemde knelpunt in het vragenlijstonderzoek. Ook bij het behandelen van smetten is een knelpunt dat cliënten weinig betrokken worden.

Investeer in implementatie en onderzoek

De onderwerpen waar knelpunten bij spelen, worden al wel besproken in de huidige richtlijn. Naast aandacht voor preventie en behandeling, is daarin ook al aandacht voor samenwerking en voor betrekken van cliënten. Mede daarom, maar ook vanwege het feit dat er nauwelijks nieuwe wetenschappelijke kennis op dit terrein is gevonden, is er geen aanleiding om de richtlijn helemaal te herzien. Wel adviseren de onderzoekers om te investeren in implementatie. Daarvoor is van belang om eerst na te gaan waar precies de implementatie van de huidige richtlijn haperde. Als dat duidelijk is, kunnen gerichte implementatie-acties plaatsvinden. Ook is vervolgonderzoek nodig naar de werkzaamheid van maatregelen op het gebied van preventie en behandeling van smetten om de wetenschappelijke basis van de richtlijn, en daarmee het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij smetten, te verstevigen.

Aanpak van de knelpuntenanalyse

De knelpuntenanalyse vond plaats in de periode januari – juni 2018 en bestond uit meerdere onderdelen: internationale literatuurverkenning naar relevante reviewstudies en richtlijnen; kwalitatieve interviews met verpleegkundigen, verzorgenden en cliënten; landelijk vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden. De deelnemende zorgprofessionals waren werkzaam in ziekenhuizen, wijkverpleging, huisartsenzorg, intramurale ouderenzorg, GGZ of zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor een uitgebreidere beschrijving van de onderzoeksmethoden, zie de Bijlagen A tot en met C.

1 Inleiding

1.1 Achtergronden en aanleiding

Verpleegkundigen en verzorgenden vormen de grootste beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg. Zij hebben veelal langdurig en intensief contact met cliënten. Het is daarom van groot belang dat hun handelen gebaseerd is op actuele kennis en inzichten. Het Ministerie van VWS heeft vanaf 2015 per jaar één miljoen euro beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling en actualisering van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Kwaliteitsstandaarden hebben veelal de vorm van een richtlijn met (bij voorkeur evidence-based) aanbevelingen voor het professioneel handelen. Ze helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. De nieuwe kwaliteitsstandaarden moeten ondersteunend zijn aan een manier van werken waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn.

De beroepsvereniging V&VN prioriteert de onderwerpen voor de kwaliteitsstandaarden. ZonMw faciliteert, ondersteunt en monitort het uitvoerings- en beoordelingsproces en organiseert de subsidierondes². De kwaliteitsstandaarden worden veelal ontwikkeld samen met patiëntorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Eén van de door V&VN geprioriteerde onderwerpen voor de ontwikkeling kwaliteitsstandaarden is smetten.

Wat is smetten?

Smetten is 'een in de grote huidplooien gelokaliseerde, oppervlakkige huidaandoening welke zich kenmerkt door altijd roodheid (erytheem) aan beide zijden van de plooi' (V&VN,2011a). Daarnaast kunnen een of meerdere van de volgende objectieve symptomen voorkomen: maceratie (verweking), fissuren (scheurtjes), erosies, een nattende huid of korstvorming. Subjectieve symptomen die kunnen voorkomen bij smetten zijn: pijn, jeuk, schrijnend en brandend gevoel en een onaangename geur (V&VN, 2011a).

Mate waarin smetten voorkomt

Smetten komt het meest voor in de langdurige (chronische) zorg (Halfens e.a., 2016). In 2015 had 7,0% van alle cliënten in verpleeg- of verzorgingshuizen één of meer smetplekken. In de wijkverpleging kwam smetten nog vaker voor: bij 11% van de cliënten (Halfsen e.a., 2016). Het risico op smetten neemt toe met de leeftijd van de cliënt. Daarnaast zijn er meerdere risicofactoren voor het ontstaan van smetten, namelijk vrouw zijn, obesitas, verminderde mobiliteit, verhoogde lichaamstemperatuur, vochtige huid (door transpireren of incontinentie), diabetes, verminderde weerstand en beperkingen in de ADL (Mistiaen & Van Halm-Walters, 2010; Janniger e.a., 2005).

Huidige richtlijn smetten

De huidige richtlijn over de preventie en behandeling van smetten heeft de herzieningstermijn van vijf jaar gepasseerd. Het was onduidelijk of en op welke onderdelen de huidige richtlijn verouderd is. Daarnaast beschrijft de richtlijn verschillende interventies, waaronder het gebruik van diverse medicamenteuze crèmes, waar nauwelijks of geen bewijs over hun werkzaamheid voor beschikbaar was (Mistiaen & Van Halm-Walters, 2010). Het was onbekend of er inmiddels nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn.

² Zie <http://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/kwaliteit-van-zorg-ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden/>

Knelpuntenanalyse

Naast de eerder genoemde kennislacunes was het ook onduidelijk welke knelpunten verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in de praktijk. Het was de vraag in hoeverre de huidige richtlijn daarop een antwoord biedt of dat deze knelpunten om aanvullende activiteiten vragen. Om deze redenen heeft V&VN aan ZonMw verzocht een knelpuntenanalyse over smetten uit te laten voeren. Deze knelpuntenanalyse vormde de basis voor gerichte adviezen aan V&VN over vervolgactiviteiten.

1.2 Doel- en vraagstellingen

De doelen van deze knelpuntenanalyse waren om na te gaan 1) op welke onderdelen van de huidige richtlijn herziening of uitbreiding nodig is en 2) of er andere activiteiten of producten nodig zijn om knelpunten die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren aan te pakken.

Richtinggevend voor deze knelpuntenanalyse waren de volgende onderzoeksvragen:

1. Bij welke onderdelen is herziening van de huidige richtlijn over smetten vereist, omdat er nieuwe wetenschappelijke kennis is over de werkzaamheid van preventieve interventies en/of behandelingen van smetten?
2. Hoe vaak hebben verpleegkundigen en verzorgenden in hun dagelijks werk te maken met cliënten met smetten?
3. Bestaan er in de praktijk kennislacunes of andere knelpunten waarvoor aanvullende modules bij de richtlijn over smetten ontwikkeld moeten worden?
4. Is een actualisering van de richtlijn en/of andere activiteiten of middelen de meest geschikte manier om gesignaleerde kennislacunes of knelpunten aan te pakken?

1.3 Leeswijzer

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van literatuurverkenning, een online vragenlijstonderzoek en kwalitatieve interviews. Hoofdstuk twee beschrijft de resultaten van de literatuurverkenning. In hoofdstuk drie staan de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de interviews centraal. In het vierde en laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken op basis van een synthese van alle onderzoeksonderdelen. In de bijlagen is meer informatie te vinden over de onderzoeksmethoden.

2 Resultaten literatuurverkenning

2.1 Introductie

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van de zoektocht naar en de resultaten van nieuwe, relevante literatuur op het gebied van preventieve interventies en/of behandeling van smetten. In dit kader zijn recente internationale reviewstudies en richtlijnen. Meer informatie over de methoden van de literatuurverkenning is te vinden in Bijlage A.

2.2 Literatuurverkenning

In vier databases, PubMed, CINAHL, Embase, en Cochrane, is gezocht naar relevante internationale reviews vanaf 1 januari 2010 tot 1 februari 2018, uitgevoerd na de internationale review van Mistiaen en Van Halm-Walters (2010) waar de aanbevelingen uit de huidige richtlijn aan zijn ontleend. We identificeerden één relevante review (Lichterfeld-Kottner e.a., 2017). Die review beschreef de kosteneffectiviteit van de preventie en behandeling van de meest voorkomende huidaandoeningen bij de oudere populatie (≥ 65 jaar). In die review was er een gecontroleerde studie opgenomen die relevant is voor het onderwerp smetten (Schoonhoven e.a., 2015), namelijk een studie over ‘wassen zonder water’ in relatie tot lichte huidschade. Hierna lichten we die studie toe.

2.2.1 Wassen zonder water

In de studie van Schoonhoven e.a. (2015) werd de effectiviteit en kosteneffectiviteit van ‘wassen zonder water’ onderzocht bij volwassen verpleeghuisbewoners in Nederland. In die studie is niet specifiek gekeken naar de effecten op de behandeling of preventie van smetten, maar op lichte huidschade in het algemeen. Uit de studie is af te leiden dat het principe van het wassen zonder water zou toegepast kunnen worden, waardoor het meerdere malen per dag reinigen en verzorgen van smetplekken mogelijk makkelijker zou worden, met name vanuit het cliëntenperspectief. De onderzoekers vergeleken het optreden van huidschade bij ‘wassen zonder water’ met traditioneel wassen met water en zeep (usual care). Het ‘wassen zonder water’ werd uitgevoerd met wegwerpwashandjes van zacht materiaal, geïmpregneerd met een snel verdampende huid reinigende en verzorgende lotion.

Het optreden van huidschade werd gedurende een periode van zes weken op zeven momenten geobserveerd. In de groep die werd verzorgd via ‘wassen zonder water’ daalde het percentage bewoners met lichte huidschade in de tijd naar 73%. Het percentage bewoners met lichte huidschade in de groep die werd verzorgd via ‘traditioneel water en zeep wassen’ nam in de loop van de tijd toe naar 78%. Het behandelingseffect was statistisch significant in het voordeel van de groep met wassen zonder water (OR=0.48; p=0.04). Wassen zonder water leek iets goedkoper, maar dit verschil was niet significant. Zowel verpleeghuisbewoners als verzorgenden waren overwegend positief over ‘wassen zonder water’. Verpleeghuisbewoners beoordeelden het ‘wassen zonder water’ methode met een rapportcijfer van 7,1 en verzorgenden gaven een 7,5 als rapportcijfer.

2.3 Richtlijnen

Naast de zoektocht naar recente relevante reviews is ook gezocht naar actuele internationale richtlijnen. Dit is gedaan door te zoeken op websites van relevante beroepsverenigingen en onderzoeksinstituten, zoals de American Academy of Dermatology (AAD), the European Dermatology Forum (EDF), the British Association of Dermatologists, and the National Guideline Clearinghouse. In Bijlage A in tabel A.1 wordt een overzicht gegeven van de websites en de hier gevonden richtlijnen. Alle bestaande richtlijnen over smetten zijn voornamelijk gebaseerd op literatuur ouder dan die waarop de Nederlandse richtlijn van 2011 is gebaseerd. Een vijftal artikelen waarnaar verwezen wordt in (best practice) richtlijnen zijn gescreend op nieuwe informatie (Black e.a.,2011; Gray e.a.,2010; Kalra e.a.,2014; Sibbald e.a. 2013; Woo e.a. 2017) (zie bijlage A, tabel A.3). Geen van deze artikelen geven echter nieuwe inzichten of evidentie voor nieuwe methoden voor behandeling of preventie van smetten.

3 Resultaten vragenlijstonderzoek en kwalitatieve interviews

3.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een online vragenlijstonderzoek en kwalitatieve interviews. Het online vragenlijstonderzoek is in maart 2018 gehouden onder verpleegkundigen en verzorgenden die deelnemen aan het Nivel Panel Verpleging & Verzorging³. In het totaal vulden 826 paneldeelnemers de vragenlijst in (netto respons: 45%⁴). Meer informatie over de methode van het vragenlijstonderzoek staat in Bijlage B.

Ter verdieping en aanvulling op de inzichten uit de literatuurstudie en het vragenlijstonderzoek, zijn zes individuele interviews gehouden met verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Tevens zijn vier cliënten die bekend zijn met smetten geïnterviewd. Meer informatie over de methoden van de kwalitatieve interviews is te vinden in Bijlage C.

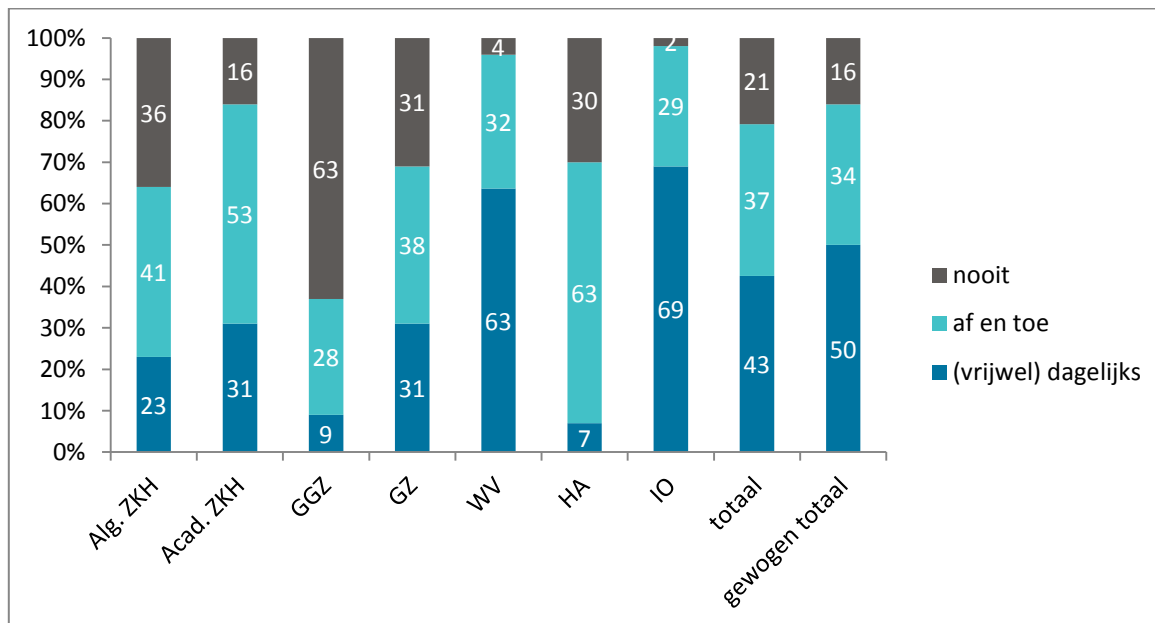
3.2 In aanraking komen met smetten in de praktijk

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden in hun werk in aanraking komt met cliënten met (risico op) smetten. Het gewogen totaal in figuur 1 geeft een indicatie van het landelijke beeld. Hieruit blijkt dat de helft (50%) van de zorgverleners dagelijks met deze cliënten te maken heeft en ruim een derde (34%) heeft af en toe te maken met cliënten met (risico op) smetten. Ook laat het vragenlijstonderzoek duidelijke verschillen zien naar de sector waarin verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners werkzaam zijn (figuur 3.1). Verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg komen vaker dan gemiddeld in aanraking met cliënten met (risico op) smetten. In de GGZ komen verpleegkundigen in hun dagelijks werk het minst vaak in aanraking met deze cliënten.

Twee op de tien (21%) geeft aan (vrijwel) nooit te maken te hebben met cliënten met (risico op) smetten. Als reden hiervoor geven de meeste professionals aan dat dit komt doordat smetten niet voorkomt bij de cliëntengroep in hun werkomgeving, bijvoorbeeld omdat zij op de spoedeisende hulp werken of omdat zij werken met cliënten met psychische problematiek.

³ Zie www.nivel.nl/panelvenv

⁴ Dit percentage is een onderschatting van de werkelijke respons, zie Bijlage B



Figuur 3.1 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden die in aanraking komen met cliënten met (risico op) smetten, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=826)

De analyses en resultaten in de volgende paragrafen gaan over de 655 verpleegkundigen en verzorgenden die in hun werk te maken hebben met cliënten met (risico op) smetten. Deze groep verpleegkundigen en verzorgenden bestaat overwegend uit vrouwen (91%) en de gemiddelde leeftijd ligt op 49,9 jaar (zie bijlage B, tabel B.1). Twee derde (67,5%) heeft 20 jaar of meer werkervaring. Zes op de tien werkt in de VVT-sector: respectievelijk in de wijkverpleging (30,4%) of in de intramurale ouderenzorg (29,9%). Overige respondenten werken in het ziekenhuis (21%), de zorg voor mensen met een beperking (7,5%), de huisartsenzorg (6,1%) of de GGZ (5,2%). De meeste ondervraagde professionals (37,9%) hebben een mbo-opleiding tot verpleegkundige gevolgd. De overige professionals hebben een hbo-opleiding tot verpleegkundige (29,6%) of een mbo-opleiding tot verzorgende (32,5%) gevolgd. Het opleidingsniveau hangt sterk samen met de zorgsector waarin de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn (zie bijlage B, tabel B.2). Zo werken de verzorgenden voornamelijk in de intramurale ouderenzorg en wijkverpleging, en niet of nauwelijks in andere sectoren⁵.

3.3 Ervaren knelpunten

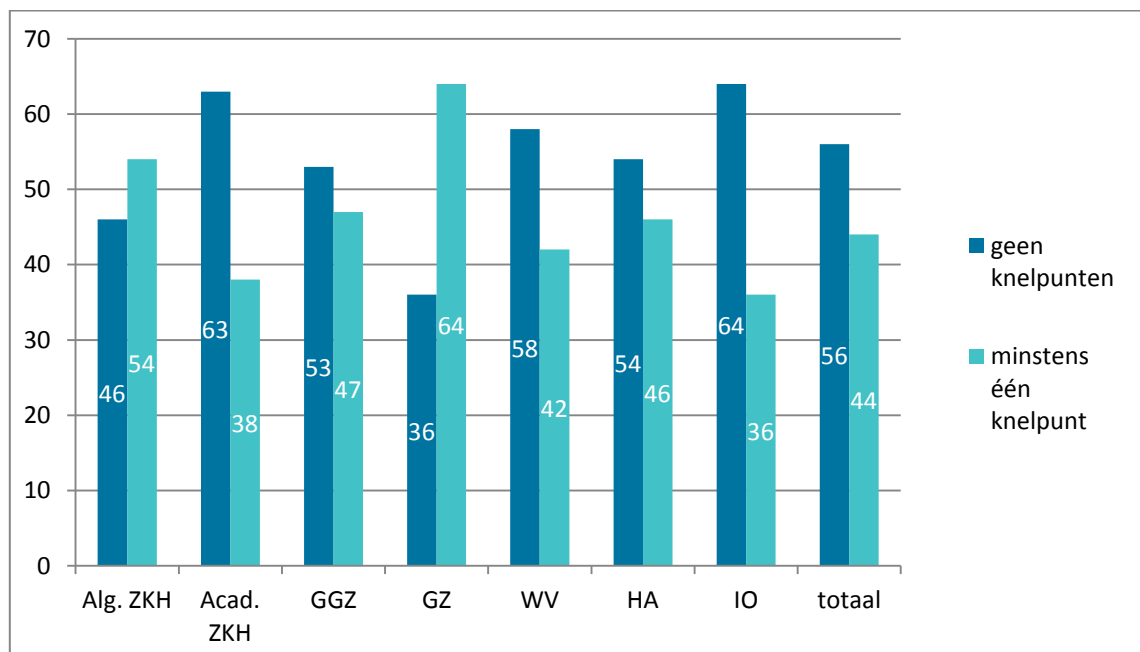
3.3.1 Knelpunten bij de preventie van smetten

De huidige richtlijn Smetten (V&VN, 2011a) beveelt verschillende maatregelen aan voor de *preventie* van smetten. Die maatregelen hebben te maken met dagelijkse huidzorg (bijvoorbeeld weinig of geen zeep gebruiken), het drooghouden van huidplooien en het voorkomen van overmatig transpireren en huid-op-huid contact.

In het vragenlijstonderzoek werden verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met smetten gevraagd of zij knelpunten ervaren in de preventie van smetten. Een meerderheid (56,2%) geeft als antwoord dat zij geen knelpunten ervaren. Ook hierbij zijn verschillen tussen zorgsectoren zichtbaar (figuur 3.2). In de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking geeft ruim zes op de tien (63,8%) aan dat zij knelpunten ervaren, dat is duidelijk vaker dan in de andere sectoren. In de

⁵ Dit heeft te maken met de samenstelling van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging, waar in principe alleen verzorgenden aan deelnemen die werkzaam zijn in de wijkverpleging of intramurale ouderenzorg.

intramurale ouderenzorg zijn de meeste verpleegkundigen en verzorgenden (63,7%) werkzaam die geen knelpunten ervaren.



Figuur 3.2 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat wel/geen knelpunten ervaart in de preventie van smetten, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=639)

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die geen knelpunten ervaren noemt bijna de helft (47,6%) als reden hiervoor dat de preventie van smetten goed gaat (tabel 3.1). Vooral verpleegkundigen en verzorgenden uit de wijkverpleging en de intramurale ouderenzorg geven dit aan. Daarnaast ervaart 8,6% dat het niet hun taak is om preventieve maatregelen toe te passen. Dit wordt vooral genoemd door praktijkondersteuners werkzaam in de huisartsenzorg.

Het meest genoemde (23,8%) knelpunt in dit vragenlijstonderzoek is het vergeten van preventieve maatregelen (tabel 3.1). Dit knelpunt wordt het meeste ervaren door verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een beperking. Zij noemen, samen met verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen, ook vaker dan anderen het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol als knelpunt. Het ontbreken van een richtlijn wordt in totaal door 8,8% ervaren als knelpunt. Echter, deze ondervraagde professionals zijn nagenoeg allen onbekend met de huidige richtlijn en praktijkkaarten (zie bijlage B, tabel B.4).

Verder zijn verpleegkundigen en verzorgenden positief over hun eigen kennis: slechts 5,0% vindt de eigen kennis over preventieve maatregelen onvoldoende en slechts 3,1% vindt eigen kennis over risicofactoren onvoldoende. Vrijwel alle verpleegkundigen en verzorgenden die vinden dat hun kennis onvoldoende is zijn onbekend met de huidige richtlijn en praktijkkaarten.

Andere knelpunten die de ondervraagde professionals in de vragenlijst bij deze open vraag beschrijven zijn divers. Meest genoemd wordt dat de kennis bij collega's onvoldoende is (n=12). Ook het gebrek aan motivatie bij cliënten voor de preventie van smetten (n=8) en het gebrek aan eenduidig beleid (n=4) worden meerdere keren genoemd als knelpunt.

Alleen binnen de wijkverpleging zijn statistisch significante verschillen zichtbaar tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus. Verzorgenden in de wijkverpleging vinden vaker dat de preventie van smetten goed gaat, terwijl de hbo-opgeleide verpleegkundige vaker aangeven dat preventieve maatregelen worden vergeten (zie bijlage B, tabel B.5).

Tabel 3.1 Ervaren knelpunten in de preventie van smetten¹

Knelpunten bij preventie (in %)	Alg. ZKH (n=93)	Acad. ZKH (n=40)	GGZ (n=34)	GZ (n=47)	WV (n=193)	HA (n=39)	IO (n=193)	totaal (n=639)
preventieve maatregelen worden vaak vergeten en daardoor niet uitgevoerd*	26,9	12,5	8,8	38,3	28,5	15,4	20,7	23,8
geen duidelijk richtlijn of protocol beschikbaar*	18,3	10,0	8,8	17,0	6,7	10,3	3,6	8,8
lastig om de cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de preventie van smetten	7,5	5,0	11,8	14,9	10,4	2,6	6,2	8,3
lastig om te bepalen wanneer preventieve maatregelen toe te passen*	17,2	10,0	8,8	8,5	3,6	12,8	4,7	7,5
ander knelpunt*	3,2	2,5	14,7	8,5	7,3	5,1	2,1	5,2
onvoldoende kennis over welke preventieve maatregelen toe te passen *	7,5	5,0	17,7	10,6	2,1	10,3	2,1	5,0
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	2,2	10,0	2,9	4,3	5,7	0	5,2	4,7
onvoldoende tijd voor preventieve maatregelen	6,5	10,0	0	4,3	1,6	0	4,2	3,6
onvoldoende kennis over risicofactoren	3,2	5,0	2,9	2,1	2,1	5,1	3,6	3,1
Geen knelpunten ervaren, want:								
- preventie van smetten gaat goed*	33,3	47,5	38,2	29,8	54,4	25,6	58,0	47,6
- het is niet de taak om preventieve maatregelen toe te passen*	12,9	15,0	14,7	6,4	3,6	28,2	5,7	8,6

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant (p<0,05)

Verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met smetten werden in het vragenlijstonderzoek ook gevraagd van welke knelpunten zij de meeste belemmering ervaren bij de preventie van smetten (tabel 3.2). Ook hier blijkt dat de meeste belemmering ervaren wordt door het vergeten van preventieve maatregelen.

Tabel 3.2 Knelpunten met meeste ervaren belemmering in de preventie van smetten

Prioritering ervaren knelpunten bij preventie (in %)	N=632
preventieve maatregelen worden vaak vergeten en daardoor niet uitgevoerd	19,0
geen duidelijk richtlijn of protocol beschikbaar	7,0
lastig om de cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de preventie van smetten	6,5
lastig om te bepalen wanneer preventieve maatregelen toe te passen	6,0
ander knelpunt	4,1
onvoldoende kennis over welke preventieve maatregelen toe te passen	4,0
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	3,8
onvoldoende tijd voor preventieve maatregelen	2,7
onvoldoende kennis over risicofactoren	1,4

Ook in de kwalitatieve interviews gingen we na welke knelpunten verpleegkundigen en verzorgenden ervaren bij de preventie van smetten.

Als knelpunt wordt aangegeven dat de preventieve maatregelen, zoals het drogen van huidplooiën en het verwijderen van zinkoxide, vaak niet goed worden uitgevoerd. Ook geven professionals in de interviews aan dat er variatie zit in de mate waarin verschillende zorgverleners aandacht hebben voor de preventie van smetten. Deze bevindingen komen overeen met het meest genoemde knelpunt in het vragenlijstonderzoek.

Daarnaast noemen de professionals in de interviews ook als knelpunt dat cliënten onvoldoende betrokken en geïnformeerd worden over het voorkómen van smetten. Cliënten geven in de interviews zelf aan dat zij geen informatie hebben ontvangen over smetten. De motivatie van cliënten om preventieve maatregelen toe te passen kan eveneens een knelpunt zijn, aldus de professionals.

“Wanneer mensen geen last ervaren maakt dat dat mensen minder of niet bereid zijn om preventieve maatregelen te nemen.” (Professional 1)

Daarnaast noemen professionals en cliënten dat wanneer een product niet vergoed wordt dit een belemmering kan vormen voor het toepassen van de preventieve maatregel.

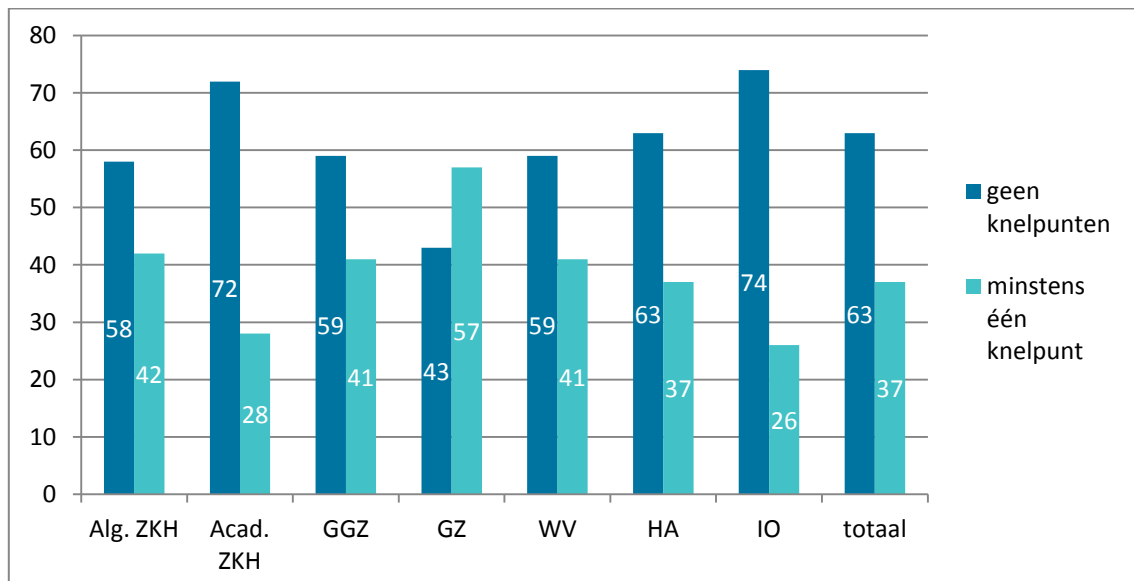
“Wat ik merk is dat steeds meer mensen in de wijk het financieel niet breed hebben. En als je het hebt over motivatie en ook de preventie doorzetten, dan zal je ook moeten kijken naar de mogelijkheden en daarin zal je steeds creatief moeten zijn.” (Professional 3)

Net als bij het vragenlijstonderzoek geven ook de deelnemers aan de interviews prioriteit aan het aanpakken van het vergeten van preventieve maatregelen. Daarnaast geven zij vaak prioriteit aan het betrekken van de cliënten.

3.3.2 Knelpunten bij de behandeling van smetten

De huidige richtlijn smetten (V&VN, 2011a) beschrijft ook verschillende maatregelen voor de *behandeling* van smetten. Zo wordt bijvoorbeeld bij een felrode, glanzende huid die nog dicht is een zinkoxidesmeersel FNA of een barrièreproduct aangeraden.

Ruim zes op de tien (63,3%) van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met smetten ervaart geen knelpunten bij de behandeling van smetten (figuur 3.3). Net als bij preventie geven ook bij de behandeling van smetten de verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg voor mensen met een beperking vaker aan knelpunten te ervaren dan anderen.



Figuur 3.3 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat wel/geen knelpunten ervaart in de behandeling van smetten, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=629)

Als reden voor het niet ervaren van knelpunten noemt de meerderheid (56,3%) dat de behandeling van smetten goed gaat (tabel 3.3). Ook dit wordt vooral aangegeven door verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de intramurale ouderenzorg. Net als bij preventie geven praktijkondersteuners uit de huisartsenzorg vaker dan andere sectoren aan dat zij de behandeling van smetten niet hun taak vinden. In totaal geeft 7,0% aan dat de behandeling van smetten niet hun taak is.

Het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken met andere disciplines wordt met 11,5% het meest genoemd als knelpunt, vooral door verpleegkundigen en verzorgenden uit de wijkverpleging. Daarnaast noemen vooral verpleegkundigen en verzorgenden uit de zorg voor mensen met een beperking het ontbreken van een richtlijn als knelpunt. Het ontbreken van een richtlijn wordt in totaal door 11,3% aangegeven als knelpunt, echter dit zijn vooral respondenten die onbekend zijn met de huidige richtlijn en praktijkkaarten (zie bijlage B, tabel B.6). Net als bij de preventie van smetten zijn de ondervraagde professionals positief over de eigen kennis: slechts 7,0% vindt de eigen kennis over behandelinterventies onvoldoende. Vrijwel alle verpleegkundigen en verzorgenden met onvoldoende kennis zijn onbekend met de huidige richtlijn en praktijkkaarten.

In tegenstelling tot het positieve beeld over de eigen kennis geven meerdere ondervraagde professionals (n=15) bij het open antwoord 'andere knelpunten' aan dat het gebrek kennis en ervaring van hun collega's een knelpunt is. Ook noemen 17 respondenten als knelpunt dat collega's niet eenduidig handelen bij de behandeling van smetten. Daarnaast wordt het gebrek of niet vergoeden van materialen (n=6) meermaals genoemd als knelpunt.

Net als bij de preventie van smetten zijn ook bij de behandeling van smetten alleen binnen de wijkverpleging statistisch significante verschillen zichtbaar tussen professionals met verschillende opleidingsniveaus. Hierbij geven verzorgenden vaker dan de verpleegkundigen aan dat zij geen knelpunten ervaren omdat de behandeling van smetten goed gaat (zie bijlage B, tabel B.7).

Tabel 3.3 Ervaren knelpunten in de behandeling van smetten¹

Knelpunten bij behandeling (in %)	Alg. ZKH (n=92)	Acad. ZKH (n=39)	GGZ (n=34)	GZ (n=46)	WV (n=190)	HA (n=38)	IO (n=190)	totaal (n=629)
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met andere disciplines*	9,8	5,1	8,8	10,9	19,5	10,5	6,3	11,5
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar*	19,6	12,8	14,7	28,3	8,4	13,2	4,7	11,3
lastig om cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de behandeling van smetten*	3,3	2,6	14,7	17,4	14,7	2,6	5,3	8,9
ander knelpunt	9,8	2,6	0	15,2	9,5	10,5	5,8	8,0
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	7,6	10,3	2,9	6,5	8,4	2,6	8,4	7,6
onvoldoende kennis over welke interventies toe te passen*	14,1	10,3	8,8	10,9	4,2	7,9	4,2	7,0
Geen knelpunten ervaren, want:								
- behandelen van smetten gaat goed*	48,9	56,4	41,2	39,1	57,4	31,6	70,5	56,3
- het is niet de taak om smetten te behandelen*	8,7	15,4	17,7	4,4	1,6	31,6	3,7	7,0

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen de sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

We vroegen verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met smetten van welke knelpunten zij de meeste belemmering ervaren bij de behandeling van smetten. De twee meest genoemde knelpunten waren ook hier het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken en een duidelijke richtlijn of protocol (tabel 3.4).

Tabel 3.4 Knelpunten met meeste ervaren belemmering in de behandeling van smetten

Prioritering ervaren knelpunten bij behandeling (in %)	N=627
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met andere disciplines	9,7
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	8,6
lastig om cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de behandeling van smetten	7,0
ander knelpunt	6,5
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	6,5
onvoldoende kennis over welke interventies toe te passen	5,9

Ook in de kwalitatieve interviews gingen we na welke knelpunten verpleegkundigen en verzorgenden ervaren bij de behandeling van smetten.

Meerdere deelnemers vragen zich af welke producten goed zijn om te gebruiken bij de behandeling van smetten, aangezien dat voor hen nu niet duidelijk is. In de dagelijkse praktijk wordt meermaals afgeweken van de aanbevelingen uit de richtlijn, door bijvoorbeeld Sudocrem te gebruiken (een middel dat niet wordt genoemd in de richtlijn) of poeder (terwijl in de richtlijn het gebruik van poeders ontraden wordt).

“Probleem is dat er veel andere producten in omloop zijn, en dat er dan niet volgens de richtlijn gewerkt wordt.” (Professional 6)

Ook cliënten geven in de interviews aan dat zij goede ervaringen hebben met verschillende producten die nu in de richtlijn niet worden aanbevolen, zoals poeders, of zelfs helemaal niet genoemd, bijvoorbeeld Sudocrem.

Zij noemen ook dat er onduidelijkheid is over welke producten te gebruiken.

“Laatst was er een verpleegkundige die zei dat het zinkolie moest zijn. De apotheek zei vervolgens dat de zalf ook goed was, dat deze exact dezelfde samenstelling had.” (Cliënt 1)

Wat betreft de aanbeveling in de huidige richtlijn over het gebruik van de geruwde zijde van Engels pluksel geeft een professional aan dat deze aanbeveling niet altijd opgevolgd wordt. Op haar navraag in de praktijk gaf namelijk slechts de helft van de collega's de juiste zijde (de geruwde zijde) op de huid te leggen.

Naast onduidelijkheid over de effectiviteit en de toepassing van producten noemen deelnemers aan de interviews nog andere knelpunten. Net als bij de preventie van smetten noemen de professionals als knelpunt dat cliënten onvoldoende betrokken en geïnformeerd worden bij de behandeling.

Op de vraag welke knelpunten geprioriteerd moeten worden noemen de meeste deelnemers aan de interviews de onduidelijkheid over welke producten, die niet expliciet genoemd worden in de richtlijn, nu wel of niet gebruikt mogen worden.

3.4 Oplossingsrichtingen

In het vragenlijstonderzoek vroegen we verpleegkundigen en verzorgenden naar mogelijke oplossingsrichtingen om de knelpunten bij de preventie en behandeling van smetten aan te pakken (tabel 3.5). Een richtlijn met adviezen over preventie en behandeling van smetten is de meest genoemde oplossingsrichting (67,5%). Praktijkondersteuners uit de huisartsenzorg (92,1%) noemen deze oplossing duidelijk vaker dan verpleegkundigen en verzorgenden uit andere sectoren. Verder blijkt dat een richtlijn significant vaker als oplossingsrichting wordt aangegeven door verpleegkundigen en verzorgenden die onbekend zijn met de huidige richtlijn en praktijkkaarten (zie bijlage B, tabel B.8).

Naast een richtlijn geeft bijna de helft (49,5%) aan dat zij het meer betrekken van de cliënten als manier te zien om de knelpunten aan te pakken. Dit wordt vooral aangegeven door verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging. Verpleegkundigen en verzorgenden uit de zorg voor mensen met een beperking geven duidelijk minder vaak dan anderen aan dat het betrekken van de cliënten een mogelijke oplossingsrichting is. Het maken van duidelijke samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals is een oplossingsrichting die vooral door praktijkondersteuners aangegeven wordt. Verpleegkundigen werkzaam in academische ziekenhuizen geven juist het vaakst aan dat zij duidelijke afspraken binnen de eigen organisatie zien als oplossing. In de zorg voor mensen met een beperking wordt vaker dan in andere sectoren genoemd dat aandacht geven aan smetten tijdens het inwerken van nieuwe collega's een manier is om de knelpunten aan te pakken.

Een aantal ondervraagde professionals noemt bij het open antwoord 'andere oplossingsrichting' een andere mogelijke oplossing. Vier noemen meer kennis bij collega's en drie noemen het vragen van advies aan deskundigen, zoals een wondverpleegkundige, als oplossingsrichting. Verder noemen zeventien respondenten een reeks aan uiteenlopende oplossingen.

Tabel 3.5 Manieren/instrumenten om knelpunten bij preventie en behandeling van smetten aan te pakken¹

Manieren/instrumenten om knelpunten aan te pakken (in %)	Alg. ZKH (n=82)	Acad. ZKH (n=39)	GGZ (n=30)	GZ (n=44)	WV (n=187)	HA (n=38)	IO (n=180)	totaal (n=600)
een richtlijn met adviezen over voorkomen en behandelen van smetten*	72,0	69,2	66,7	70,5	63,1	92,1	63,9	67,5
meer betrekken van de cliënt zelf bij voorkomen en behandelen van smetten*	47,6	41,0	46,7	18,2	71,1	60,5	35,6	49,5
meer aandacht voor smetten in basisopleidingen	46,3	59,0	53,3	47,7	42,3	39,5	53,3	48,0
bijscholing over smetten	52,4	43,6	30,0	43,2	48,1	39,5	46,1	46,0
samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals over voorkomen en behandelen van smetten*	23,2	25,6	40,0	34,1	46,5	60,5	45,6	41,3
duidelijke afspraken over voorkomen en behandelen van smetten vanuit eigen organisatie*	37,8	51,3	16,7	38,6	27,3	15,8	37,2	32,8
aandacht aan geven tijdens inwerken van nieuwe collega's*	22,0	30,8	10,0	59,1	28,3	15,8	33,9	29,8
intercollegiale intervisie en feedback	24,4	23,1	13,3	18,2	26,2	21,1	26,1	24,2
andere oplossingsrichting	4,9	7,7	3,3	2,3	4,3	5,3	4,4	4,5

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen de sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Net als bij de knelpunten werden verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met smetten ook gevraagd welke oplossingsrichtingen zij het belangrijkste vonden (tabel 3.6). Ook hier werden een richtlijn en het meer betrekken van cliënten het meest genoemd (respectievelijk door 63,1% en 43,4%).

Tabel 3.6 Belangrijkste oplossingsrichtingen om knelpunten aan te pakken

Belangrijkste oplossingsrichtingen om knelpunten aan te pakken (in %)	N=585
een richtlijn met adviezen over voorkomen en behandelen van smetten	63,1
meer betrekken van de cliënt zelf bij voorkomen en behandelen van smetten	43,3
bijscholing over smetten	39,5
meer aandacht voor smetten in basisopleidingen	38,1
samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals over voorkomen en behandelen van smetten	32,7
duidelijke afspraken over voorkomen en behandelen van smetten vanuit eigen organisatie	25,1
aandacht aan geven tijdens inwerken van nieuwe collega's	18,8
intercollegiale intervisie en feedback	16,2
andere oplossingsrichting	3,6

Verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven een richtlijn als oplossing te zien werden gevraagd welke onderwerpen zij het belangrijkste vinden om in een richtlijn op te nemen (tabel 3.7). De risicofactoren en preventie van smetten (90,6%) en de behandeling van smetten (72,8%) zijn volgens deze ondervraagde professionals de belangrijkste onderwerpen, ongeacht in welke zorgsector zijn werkzaam zijn. Praktijkondersteuners in de huisartsenzorg vinden verschijningsvormen van smetten

minder vaak belangrijk dan verpleegkundigen en verzorgenden uit andere sectoren. De voorlichting aan cliënten vinden zij juist belangrijker dan anderen.

Tabel 3.7 Belangrijkste onderwerpen om in richtlijn op te nemen¹

Belangrijkste onderwerpen voor richtlijn (in %)	Alg. ZKH (n=59)	Acad. ZKH (n=27)	GGZ (n=20)	GZ (n=31)	WV (n=118)	HA (n=35)	IO (n=115)	totaal (n=405)
risicofactoren en preventie van smetten	84,8	92,6	95,0	100	89,0	85,7	93,0	90,6
behandeling van smetten	78,0	74,1	70,0	71,0	68,6	62,9	78,3	72,8
verschijningsvormen van smetten*	61,0	59,3	50,0	67,7	59,3	31,4	65,2	59,0
voorlichting aan cliënten over smetten*	22,0	37,0	30,0	16,1	46,6	68,6	23,5	34,6
multidisciplinaire samenwerking rondom smetten	22,0	14,8	30,0	19,4	17,0	25,7	20,0	20,0
anders	0	0	0	0	1,7	0	1,7	1,0

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen de sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

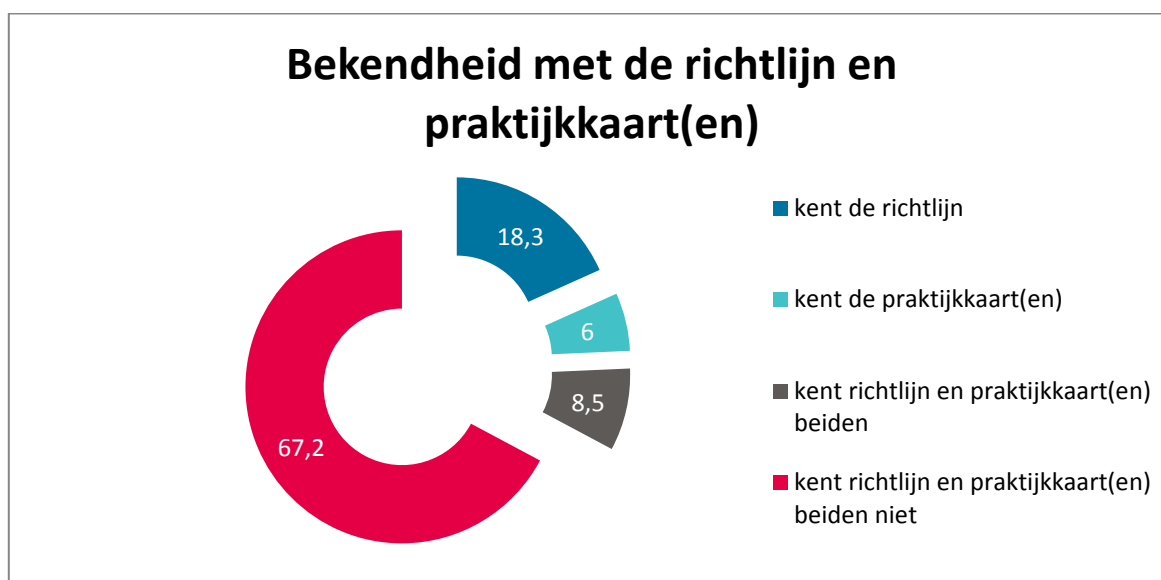
In de kwalitatieve interviews vroegen we ook aan verpleegkundigen en verzorgenden welke oplossingsrichtingen zij zagen voor de knelpunten die zij ervaren bij de preventie en behandeling van smetten. De meeste professionals geven aan dat de cliënten meer betrokken moeten worden en dat vaker in overleg met deze cliënten besloten moet worden welke materialen worden gebruikt.

“Samen zoeken met de cliënt naar oplossingen en kijken wat werkt. Sommige dames gebruiken vaseline. Als dat goed werkt dan is dat prima, ook al noemt de richtlijn dit niet. Dus meer uitgaan van wat cliënten al doen en wat goed werkt.” (Deelnemer 6)

Verder geven twee deelnemers prioriteit aan meer bekendheid aan de huidige richtlijn als oplossingsrichting.

3.5 Bekendheid en ervaringen met huidige richtlijn

De laatste vraag in het vragenlijstonderzoek ging over de bekendheid van de huidige richtlijn en praktijkkaarten over de preventie en behandeling van smetten (figuur 3.4). Uit deze vraag blijkt dat twee derde (67,2%) zowel de richtlijn als de praktijkkaarten niet kent. Bijna twee op de tien (18,3%) kent de richtlijn wel en 8,5% kent zowel de richtlijn als de praktijkkaarten. Verder blijkt dat er ook bij de bekendheid van de richtlijn en praktijkkaarten verschillen zijn tussen de respondenten uit verschillende sectoren (tabel 3.8). Zo zijn verpleegkundigen en verzorgenden uit de wijkverpleging en de intramurale ouderenzorg vaker bekend met de richtlijn en/of praktijkkaarten dan anderen.



Figuur 3.4 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden die bekend zijn met de richtlijn en/of praktijkkaarten (in %, n=601)

Tabel 3.8 Bekend zijn met richtlijn en/of praktijkkaarten¹

Bekend zijn met richtlijn en/of praktijkkaarten (in %) *	Alg. ZKH (n=82)	Acad. ZKH (n=38)	GGZ (n=31)	GZ (n=45)	WV (n=189)	HA (n=38)	IO (n=178)	totaal (n=601)
onbekend met richtlijn en praktijkkaart(en)	84,2	86,8	77,4	80,0	57,7	73,7	59,0	67,2
bekend met richtlijn en/of praktijkkaart(en)	15,9	13,2	22,6	20,0	42,3	26,3	41,0	32,8

¹ Percentages in kolommen tellen niet exact op tot 100 wegens afronding

* De verschillen tussen sectoren zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Ook in de interviews gingen we na of verpleegkundigen en verzorgenden bekend waren met de richtlijn en praktijkkaarten. Over het algemeen waren zij wel bekend met de aanbevelingen uit de richtlijn en de praktijkkaarten. De informatiefolder voor cliënten was bij de geïnterviewde cliënten niet bekend en deze folder was bij de professionals ook minder bekend.

We vroegen de professionals in de interviews ook naar hun ervaringen met de huidige richtlijn en praktijkkaarten. Zij vonden de inhoud in het algemeen duidelijk en goed bruikbaar. De professionals gaven echter ook verbeterpunten aan. Allereerst zou de richtlijn volgens de meeste professionals meer aandacht aan kunnen besteden aan de variatie in beschikbare producten. Daarbij kan ook aandacht besteed worden aan de kosten hiervan. Volgens de geïnterviewde professionals kan dat positief bijdragen aan het motiveren van cliënten om preventie- of behandelingsmaatregelen toe te passen. Aanbevolen wordt om met deskundigen om tafel te gaan over verschillende producten en hier uitspraken over te doen.

“Maar ik denk dat het goed is om daar, als je daar toch de tijd voor hebt, om het eens goed onder de loep te nemen. Nog eens een keer goed met dermatologen en met huidtherapeuten te bespreken. Mensen die verstand hebben van die huid.” (Professional 5)

Ook adviseert één van de geïnterviewde professionals om na te gaan of de aanbevelingen over het gebruik van barrièreproducten nog bijgesteld zouden moeten worden. De richtlijn adviseert deze producten nu alleen bij de droge huid, maar volgens de geïnterviewde professional kunnen barrièreproducten ook bruikbaar zijn bij natte smetten. Verder noemt een professional dat de indeling van de wondstadia op de praktijkkaarten nog eens bekeken moet worden of dit wel volledig

is. Echter, een andere geïnterviewde professional geeft aan dat de huidige indeling voldoende is en relateert ook het belang van classificatiesystemen.

“Classificatiesystemen, het maakt het er niet makkelijker op. Ik bedoel, als je een specialist bent op een bepaald terrein dan is dat allemaal prachtig. Maar als je dat vervolgens in de praktijk bij zorgverleners neerlegt, hè, bij niveau 3 zorgverleners, ja, die hebben allemaal de tijd, en de kennis, en het vermogen niet om dat allemaal uit elkaar te houden. Dat verzandt op een gegeven moment.” (Professional 5)

Een laatste aandachtspunt dat genoemd werd door meerdere professionals in de interviews was dat de huidige praktijkkaarten en informatiefolder voor cliënten compacter en aantrekkelijker vormgegeven kunnen worden.

4 Conclusies en adviezen

In dit afrondende hoofdstuk vatten we eerst de belangrijkste resultaten van de knelpuntenanalyse samen, onderscheiden naar de onderzoeksvragen. Daarna volgen adviezen die voortvloeien uit die resultaten.

4.1 Conclusies per onderzoeksvraag

Bij welke onderdelen is herziening van de huidige richtlijn over smetten vereist, omdat er nieuwe wetenschappelijke kennis is over de werkzaamheid van preventieve interventies en/of behandelingen van smetten?

Aan de huidige richtlijn smetten uit 2011 ligt een internationale literatuurstudie als basis (Mistiaen & Van Halm-Walters, 2010). Daaruit bleek dat er nog geen enkel wetenschappelijk bewijs was over preventieve maatregelen en zwak bewijs over behandelingen bij smetten. Vervolgonderzoek werd daarom aanbevolen. Uit de literatuurverkenning die we deden in het kader van de knelpuntenanalyse kwam echter maar één relevante nieuwe internationale review naar voren, met daarin één voor smetten relevante studie (Schoonhoven e.a., 2015). Die studie laat zien dat bij ‘wassen zonder water’ met wegwerpwashandjes lichte huidschade significant minder vaak voorkomt dan bij wassen met water en zeep. Lichte huidschade is echter een breed begrip en hoeft niet per definitie smetten te zijn. Onze literatuurverkenning, gebaseerd op bestudering van recente internationale reviews en richtlijnen, wijst in de richting dat er weinig of geen nieuwe relevante wetenschappelijke kennis is. Vanuit dat perspectief is actualisering van de huidige richtlijn niet noodzakelijk.

Hoe vaak hebben verpleegkundigen en verzorgenden in hun dagelijks werk te maken met cliënten met smetten?

Verpleegkundigen en verzorgenden komen veel met cliënten met (risico op) smetten in aanraking: de helft van de respondenten geeft in het vragenlijstonderzoek van de knelpuntenanalyse aan dat dat iedere werkdag is en bij ruim een derde is dat af en toe. Vooral in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg hebben verpleegkundigen en verzorgenden veel cliënten met (risico op) smetten.

Bestaan er in de praktijk kennislacunes of andere knelpunten waarvoor aanvullende modules bij de richtlijn over smetten ontwikkeld moeten worden?

De huidige richtlijn smetten beveelt verschillende maatregelen aan voor *preventie*. Die maatregelen hebben te maken met dagelijkse huidzorg, het drooghouden van huidplooiën en het voorkomen van overmatig transpireren en huid-op-huid contact.

In het vragenlijstonderzoek geven bijna alle verpleegkundigen en verzorgenden aan dat men zelf over voldoende kennis over de preventie van smetten beschikt. Toch ervaart ruim vier op de tien knelpunten in het preventieve handelen. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking komt dat het meest voor: daar geven ruim zes op de tien respondenten (64%) aan dat zij knelpunten bij de preventie van smetten ervaren. In de intramurale ouderenzorg noemen relatief weinig respondenten (36%) knelpunten bij preventie van smetten.

Probleem is vooral dat verpleegkundigen en verzorgenden preventieve maatregelen vaak vergeten. Bijna een kwart (23%) van de respondenten noemt dit als knelpunt. Als er wel preventieve maatregelen worden toegepast, dan worden deze vaak niet volgens de richtlijn uitgevoerd. Daarnaast blijkt zowel uit het vragenlijstonderzoek als de interviews dat cliënten weinig geïnformeerd en betrokken worden bij het voorkomen van smetten.

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn zowel in het vragenlijstonderzoek als kwalitatieve interviews gevraagd om knelpunten of onderwerpen die aangepakt zouden moeten worden te prioriteren. Het vergeten van preventieve maatregelen en het betrekken van cliënten worden in dat kader het meest genoemd.

De huidige richtlijn smetten beschrijft ook verschillende maatregelen voor de *behandeling* van smetten. Zo wordt bijvoorbeeld bij een felrode, glanzende huid die nog dicht is een zinkoxidesmeersel FNA of een barrièreproduct aangeraden. Net als bij de preventie, zijn de professionals bijna allemaal positief over de eigen kennis over de behandeling van smetten. Toch ervaart bijna vier op de tien (37%) knelpunten bij de behandeling. Ook hierbij noemen de professionals in de zorg voor mensen met een beperking het meest vaak knelpunten (57%).

Het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken over behandeling met andere disciplines is het meest genoemde knelpunt (11,5%). Het ontbreken van een richtlijn wordt bijna net zo vaak als knelpunt genoemd, echter vooral door respondenten die onbekend zijn met de huidige richtlijn. Twee derde van de totale groep respondenten kent noch de richtlijn, noch praktijkkaarten.

Ook blijken er in de praktijk veel verschillende producten te worden gebruikt, waarbij men soms afwijkt van de richtlijn. Bijvoorbeeld door het aan de verkeerde kant gebruiken van Engels pluksel of door gebruik van producten die de huidige richtlijn niet noemt (bijvoorbeeld Sudocrem). Ook worden soms poeders gebruikt, terwijl de richtlijn dat ontraadt.

Een ander knelpunt is dat ook bij de behandeling van smetten cliënten vaak weinig betrokken en geïnformeerd worden.

Op de vraag in de interviews welke knelpunten prioriteit hebben om aangepakt te worden noemen verpleegkundigen en verzorgenden het meeste de onduidelijkheid over welke producten, die nu nog niet genoemd worden in de richtlijn, nu wel of niet gebruikt mogen worden. Ook het betrekken van cliënten werd als prioriteit genoemd.

Is een actualisering van de richtlijn en/of andere activiteiten of middelen de meest geschikte manier om gesignaleerde kennislacunes of knelpunten aan te pakken?

We vroegen aan verpleegkundigen en verzorgenden zelf wat volgens hen oplossingsrichtingen voor knelpunten zijn. In het vragenlijstonderzoek wordt een richtlijn met adviezen over preventie en behandeling het meest genoemd als oplossingsrichting (67,5%). Echter dat noemen ook nu weer vooral respondenten die onbekend zijn met de huidige richtlijn en praktijkkaarten.

Verder geeft bijna de helft (49,5%) aan dat zij het meer betrekken van de cliënten als manier te zien om de knelpunten aan te pakken. Dit geven professionals in de wijkverpleging het meest aan.

Daarnaast worden ook duidelijke samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals als oplossingsrichting genoemd; het meest door praktijkondersteuners in de huisartsenzorg.

De meeste deelnemers van de interviews noemen als prioriteit voor een oplossingsrichting dat cliënten meer betrokken moeten worden en dat in overleg met hen besloten moet worden over de inzet van materialen.

4.2 Adviezen

Kijkend naar de ervaren en geprioriteerde knelpunten van verpleegkundigen en verzorgenden, dan lijken die niet samen te hangen met het feit dat de huidige richtlijn smetten (V&VN, 2011a) inmiddels al vrij oud is. Onze literatuurverkenning wijst in de richting dat er nauwelijks nieuwe relevante wetenschappelijke inzichten bij zijn gekomen. Wat er uit onderzoek bekend is over de preventie en behandeling van smetten komt in de huidige richtlijn aan bod en wordt ook samengevat in de bijhorende praktijkkaarten (V&VN, 2011b; V&VN 2011c). Ook is in de richtlijn expliciete aandacht voor

het betrekken en informeren van cliënten en voor samenwerking met andere professionals (in hoofdstuk 6 van de richtlijn), terwijl dit toch aspecten zijn die in de praktijk vaak nog niet goed gaan.

Dat er ondanks de richtlijn nog steeds behoorlijk wat knelpunten zijn, lijkt deels samen te hangen met hiaten in wetenschappelijke kennis. Bij het verschijnen van de huidige richtlijn in 2011, werd geconstateerd dat er op het terrein van preventie en behandeling van smetten weinig wetenschappelijke kennis is. Die conclusie lijkt nog steeds te gelden en biedt een deelverklaring waarom er in de praktijk veel verschillende methoden en middelen worden gebruikt die lang niet altijd in de richtlijn worden genoemd.

Daarnaast lijken veel knelpunten met gebrekkige implementatie van de richtlijn samen te hangen. Een substantieel deel van de beroepsbeoefenaren kent de richtlijn en praktijkkaarten niet. Dat in de praktijk een redelijk breed scala aan methoden en producten wordt gebruikt, die soms ontraden worden in de richtlijn, kan voor een deel met gebrekkige implementatie samenhangen.

Dat er een implementatieprobleem speelt is opmerkelijk, omdat in de huidige richtlijn smetten een groot aantal implementatie-adviezen staat. Die adviezen gaan bijvoorbeeld over scholing van beroepsbeoefenaren, verspreiding van de richtlijn via presentaties en artikelen, en de opstelling van instellingsgebonden protocollen.

Deze implementatieadviezen lijken nog steeds verstandig, ook al zou er meer aandacht kunnen zijn voor de vormgeving. Zo werd in de interviews met professionals genoemd dat de huidige praktijkkaarten compacter en overzichtelijker vormgegeven zouden kunnen worden.

Ook is er bij de implementatieadviezen in de huidige richtlijnen weinig aandacht voor web-based mogelijkheden. Sinds 2011 hebben het gebruik van apps, smartphones, digitale zorgdossier e.d. ook bij verpleegkundigen en verzorgenden een vlucht genomen. Hoewel de richtlijn en praktijkkaarten wel met enige inspanning op internet te vinden zijn, kunnen de vindbaarheid en ook het digitale format mogelijk nog verbeteren.

Samengevat komen we tot de volgende adviezen, die in de eerste plaats voor V&VN als de eigenaar van de richtlijn, en voor ZonMw als uitvoerder van het programma Kwaliteitstandaarden van belang kunnen zijn.

- Investeer *niet* in een algehele herziening of grote uitbreiding van de huidige richtlijn, omdat er weinig nieuwe relevante wetenschappelijke kennis is bijgekomen.
- Investeer *wel* in implementatie. Daarvoor is van belang om eerst na te gaan waar precies de implementatie van de huidige richtlijn haperde: welke implementatie-activiteiten zijn wel en niet uitgevoerd en wat zijn daarvoor de redenen?
- Als duidelijk(er) is waarom de huidige richtlijn onvoldoende is geïmplementeerd, zorg dan voor gerichte implementatie-acties die rekening houden met de gesignaleerde barrières voor implementatie. Kijk daarbij ook naar digitale mogelijkheden voor implementatie en de aantrekkelijkheid van de vormgeving van de richtlijn en praktijkkaarten.
- Investeer daarnaast in onderzoek naar de werkzaamheid van maatregelen voor preventie en behandeling door verpleegkundigen en verzorgenden. Bij het verschijnen van de huidige richtlijn in 2011, werd geconstateerd dat er op het terrein van preventie en behandeling van smetten weinig wetenschappelijke kennis is. Die conclusie geldt nog steeds en vraagt om investering in onderzoek dat leidt tot een stevigere basis voor het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij smetten.

Referenties

- Ali SM, Yosipovitch G. Skin pH: From basic science to basic skin care. *Acta Dermato-Venereologica*, 2013;93(3):261-267
- Bhat RM, Chavda R, Ribet V. To evaluate the efficacy and safety of "RV2427B" cream in Irritant dermatitis care. *Indian dermatology online journal*, 2013;4(3):180-184
- Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2011;38(4):359-370
- Doughty D, Junkin J, Kurz P, Selekof J, Gray M, Fader M, et al. Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2012;39(3):303-315
- Flottrop SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Baker R, Eccles MP. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 2013;8:35
- Gharib R. Intertriginous granular parakeratosis: A case report and review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2011;64(1):AB45
- Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *American journal of clinical dermatology*, 2010;11(3):201-210
- Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 2006;18(1):59-82.
- Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2015. Maastricht: CAPHRI, 2016
- <http://www.azwinfo.nl>
- Janniger C, Schwarz R, Szepietowski J, Reich A. Intertrigo and common secondary skin infections. *American Family Physician*, 2005;72(5):833-838
- Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS. Intertrigo and secondary skin infections. *American family physician*, 2014;89(7):569-73
- Lichterfeld-Kottner A, Hahnel E, Blume-Peytavi U, Kottner J. Systematic mapping review about costs and economic evaluations of skin conditions and diseases in the aged. *Journal of tissue viability*, 2017;26(1):6-19
- Mathur AN, Goebel L. Skin findings associated with obesity. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 2011;22(1):146-156
- Metin A, Dilek N, Demirseven DD. Fungal infections of the folds (intertriginous areas). *Clinics in dermatology*, 2015;33(4):437-447
- Mistiaen P, van Halm-Walthers M. Prevention and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: a systematic review. *BMC Nursing*, 2010;9:12
- Schoonhoven L, van Gaal BG, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2015;52(1):112-20.

- Sibbald RG, Kelley J, Kennedy-Evans K, Labrecque C, Waters N. A practical approach to the prevention and management of intertrigo, or moisture-associated skin damage, due to perspiration: expert consensus on best practice. *Wound Care Canada*, 2013;11(2):1-21
- Tuzun Y, Wolf R, Baglam S, Engin B. Diaper (napkin) dermatitis: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clinics in dermatology*, 2015;33(4):477-482
- Van der Windt W, Bloemendaal I. Toekomstverkenning voor de Thuiszorg: Vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019. Utrecht/Den Haag, Kiwa/CAOP, 2015a.
- Van der Windt W, Bloemendaal I. Toekomstverkenning voor de branche Verpleging en verzorging: Vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019. Utrecht/Den Haag, Kiwa/CAOP, 2015b.
- V&VN. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. Utrecht: V&VN, 2011a
- V&VN. Praktijkaart Behandeling, richtlijn Smetten preventie en behandeling. Utrecht: V&VN, 2011b
- V&VN. Praktijkaart Preventie, richtlijn Smetten preventie en behandeling. Utrecht: V&VN, 2011c
- Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review. *Advances in skin & wound care*, 2017;30(11):494-501

Bijlage A Methoden literatuurverkenning

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van relevante literatuur op het gebied van preventie en behandeling van smetten. Deze bijlage geeft meer inzicht in de gebruikte methoden.

Zoekstrategieën en selectie van literatuur

De onderzoekers hebben naar nieuwe wetenschappelijke kennis over het voorkomen en behandelen van smetten gezocht. Hiertoe is gebruik gemaakt van de databases PubMed, CINAHL, Embase, en Cochrane. Gezocht is naar publicaties vanaf 2010 tot 1 februari 2018, verschenen na de review van Mistiaen en Halm-Walters (2010) waar de aanbevelingen uit de huidige richtlijn aan zijn ontleend. Dit leverde 260 hits op. Na het verwijderen van duplicaten bleven 194 publicaties over, waaronder de review van Mistiaen en Halm-Walters (2010) welke niet in de beoordeling is meegenomen. Twee onderzoekers (AH en MH) beoordeelden de overige 193 publicaties onafhankelijk van elkaar op titel en samenvatting. Inclusiecriteria waren hierbij dat het moest gaan om systematisch uitgevoerde reviews of meta-analyses over de preventie en/of behandeling van smetten. Twijfel over of een publicatie relevant was werd opgelost via discussie tussen de onderzoekers. Na beoordeling van de samenvattingen kwamen negen studies in aanmerking voor volledige beoordeling, waarna acht studies alsnog van verdere analyse werden uitgesloten (Ali e.a.,2013; Bhat e.a.,2013; Black e.a.,2011; Doughty e.a.,2012; Gharib, 2011; Mathur, e.a.,2011; Metin e.a.,2015; Tuzun e.a., 2015). De redenen hiervoor waren dat er geen specifieke data over smetten werd gepresenteerd (n=4), de resultaten niet zijn verkregen via gecontroleerd onderzoek (n=3) en er geen interventies zijn getest (n=1). Uiteindelijk bleek één wetenschappelijke publicatie bruikbaar voor deze knelpuntenanalyse.

Gebruikte zoektermen in de literatuurstudie	
PubMed	'Intertrigo [MESH] OR intertrig* AND review'
CINAHL	(TX intertrig*) AND ((MH "Literature Review+") OR TX review)
Embase	(intertrigo/ OR intertrig*.af.) AND (exp "review"/ OR review.af.)
Cochrane	intertrig* AND review

Daarnaast is gericht gezocht naar publicaties over specifieke producten die werden genoemd in het vragenlijstonderzoek of in de interviews, zoals Sudocrem. Dit leverde geen publicaties op met nieuwe informatie over het gebruik van deze producten bij de preventie en/of behandeling van smetten. Tevens is gezocht naar recente richtlijnen over smetten. Dit is gedaan door te zoeken op websites van relevante beroepsverenigingen en onderzoeksinstituten zoals American Academy of Dermatology (AAD), the European Dermatology Forum (EDF), the British Association of Dermatologists, and the National Guideline Clearinghouse. In tabel A.1 wordt een overzicht gegeven van deze organisaties en de onderzochte websites. De verkregen websites en richtlijnen zijn beoordeeld door twee personen (MH, ABJ).

Opbrengst

Het zoeken in de databases resulteerde in één reviewartikel (Lichterfeld-Kottner e.a. 2017) met daarin één relevante studie over vermindering van huidschade in een populatie van verpleeghuisbewoners door het gebruik van wegwerpwashandjes, het zogenaamde 'wassen zonder water' (Schoonhoven e.a., 2015).

Het zoeken naar grijze literatuur leverde vijf potentieel relevante publicaties op (tabel A.3). Deze publicaties bleken echter geen nieuwe informatie te bevatten en zijn niet gebaseerd op bevindingen die nieuw zijn ten opzichte van de huidige richtlijn en de review van Mistiaen en Halm-Walters (2010).

Tabel A.1 Overzicht websites beroepsorganisaties en bevindingen

Organisatie	Website	Bevindingen
American Academy of dermatology / Association	https://www.aad.org/practicecenter/quality/clinical-guidelines	Geen richtlijn wel een leermodule over schimmels
American Family Physician	https://www.aafp.org/afp/2014/0401/p569.html#afp20140401p569-b14	Geen nieuwe literatuur ten opzichte van 2011. <i>Kalra et al. 2014</i>
British Association of Dermatologists	http://www.bad.org.uk/healthcare-professionals/clinical-standards/clinical-guidelines	Geen smetten
British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee	https://www.clwk.ca/buddydrive/file/guideline-masd-2017-february/	Guideline: Assessment, Prevention and Treatment of Moisture-Associated Skin Damage (MASD) in Adults & Children. Beperkte informatie over smetten. <i>Sibbald et al 2013</i>
Canadian Dermatology Association	https://dermatology.ca/public-patients/skin/skin-conditions/	Geen smetten
Zealand and Australian Guidelines	https://www.eadv.org/clinical-guidelines	Practice guidelines: 1) Intertrigo. Author: Hon A/Prof Amanda Oakley, Hamilton, New Zealand, 1998. Revised and updated August 2015 2) Candidal intertrigo. Author: Hon A/Prof Amanda Oakley, Hamilton, New Zealand, 2003. Updated by Dr Thomas Stewart, General Practitioner, Sydney, Australia, November 2017.
European Academy of Dermatology and Venereology	http://www.euroderm.org/edf/index.php/edf-guidelines	Clinical Guidelines – Geen smetten
European Dermatology Forum	https://www.guidelinecentral.com/summaries/specialties/dermatology/	EDF richtlijnen - Geen smetten
Guideline central	https://guideline.gov/	Geen smetten
National guideline clearinghouse	https://www.nice.org.uk/	Smetten genoemd in richtlijn 'Prevention and management of obesity for children and adolescents' - Geen richtlijn Smetten
Nice Guidelines	http://rnao.ca/bpg/guidelines	Geen smetten
Registered Nurses Association of Ontario	https://www.eadv.org/clinical-guidelines	Geen smetten

Tabel A.2 Full tekst beoordeelde publicaties vanuit de literatuurstudie

Author	Year	Title	Study desgin	Journal
Ali & Yosipovitch	2013	Skin pH: From basic science to basic skin care	Review of the literature	Acta Dermato-Venereologica
Bhat et al	2013	To evaluate the efficacy and safety of "RV2427B" cream in Irritant dermatitis care	Quasi Experimental study design	Indian Dermatol Online J
Black et al.	2011	MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus	Consensus Panel	J Wound Ostomy Continenence Nurs
Doughty et al.	2012	Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges	Review of the literature and consensus panel	Journal of Wound, Ostomy & Continenence Nursing
Gharib	2011	Intertriginous granular parakeratosis: A case report and review of the literature	A case report and review of the literature	Journal of the American Academy of Dermatology
Lichterfeld-Kottner et al.	2017	Systematic mapping review about costs and economic evaluations of skin conditions and diseases in the aged	Systematic mapping review	J Tissue Viability
Mathur & Goebel	2011	Skin findings associated with obesity	Review of the literature	Adolesc Med State Art Rev
Metin et al.	2015	Fungal infections of the folds (intertriginous areas)	Review of the literature	Clin Dermatol
Tuzun et al.	2015	Bacterial infections of the folds (intertriginous areas)	Review of the literature	Clin Dermatol

Tabel A.3 Publicaties genoemd in richtlijnen

Author	Year	Title	Study desgin	Journal
Gray	2010	Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly	Review of the literature	Am J Clin Dermatol
Kalra et al.	2014	Intertrigo and secondary skin infections	Review of the literature	Am Fam Physician
Black et al.	2011	MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus	Summary of discussion and recommendations	J Wound Ostomy Continenence Nurs
Sibbald et al.	2013	A practical approach to the prevention and management of intertrigo, or moisture-associated skin damage due to perspiration: Expert consensus on best practice.	Consensus statement	Wound Care Canada
Woo et al.	2017	Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review	Scoping review	Advances in skin & wound care

Bijlage B Methoden vragenlijstonderzoek

Hoofdstuk 3 beschrijft onder meer de resultaten van een online vragenlijstonderzoek dat in maart 2018 is gehouden onder deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging. De paneldeelnemers werken allen in de directe cliëntenzorg en worden regelmatig ondervraagd over beroepsinhoudelijke onderwerpen.

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld uitgaande van de tweede en derde onderzoeksvraag. Daarnaast is gekeken naar de literatuur vanuit de literatuurverkenning. De conceptversie van de vragenlijst is voorgelegd aan de projectgroepleden. Aanvullingen van deze deskundigen werden verwerkt in de vragenlijst. Vervolgens is er een pilot georganiseerd om de vragenlijst te testen op begrijpelijkheid. Vier afdelingen van V&VN werden benaderd met de vraag of leden mee wilden werken aan deze pilot. Daarnaast werden verpleegkundigen en verzorgenden benaderd vanuit het eigen netwerk van het onderzoeksteam. De pilot groep bestond uit drie verpleegkundig specialisten, twee verzorgenden en twee hbo-opgeleide verpleegkundigen uit verschillende sectoren. De verpleegkundigen en verzorgenden werden gevraagd om de vragenlijst digitaal in te vullen en een aantal evaluatievragen in te vullen over de begrijpelijkheid van de vragen, de relevantie van de vragen en de volledigheid van de antwoordmogelijkheden. Aan de hand van de pilot werd de vragenlijst nogmaals aangepast.

Dataverzameling

De vragenlijst werd via e-mail verstuurd naar 1863 deelnemers van het panel. Een aantal deelnemers was onterecht benaderd om verschillende redenen (verkeerde e-mail n=12, werkt niet meer in de zorgsector n=17 of behoort niet tot de doelgroep van het onderzoek n=18). Van de overige paneldeelnemers vulden er 826 de vragenlijst in (netto respons: 45%). Dit percentage is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke respons, omdat een deel van de deelnemers die niet hebben gereageerd niet tot de doelgroep hoorde en dus onterecht benaderd was. Paneldeelnemers die nog niet gereageerd hadden ontvingen na respectievelijk één en drie weken via e-mail een herinnering.

Respondenten

Het grootste deel van de analyses en resultaten van het vragenlijstonderzoek gaat over de 655 verpleegkundigen en verzorgenden die in hun werk te maken hebben met cliënten met (risico) op smetten. De kenmerken van deze respondenten zijn zichtbaar in de tabellen B.1 en B.2.

Tabel B.1 Kenmerken respondenten die te maken hebben met cliënten met (risico op) smetten

Kenmerken (in %)	N=655
Geslacht:	
Man	9,5
Vrouw	90,5
Gemiddelde leeftijd	
	49,9
Leeftijd:	
35 jaar en jonger	14,1
36 t/m 45 jaar	14,1
46 t/m 55 jaar	35,1
56 jaar en ouder	36,8
Werkervaring:	
	(n=642)
Minder dan 10 jaar	12,8
10-19 jaar	19,8
20-29 jaar	27,9
30 jaar of meer	39,6
Zorgsector:	
algemeen ziekenhuis (Alg. ZKH)	14,7
academisch ziekenhuis (Acad. ZKH)	6,3
geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	5,2
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking (GZ)	7,5
wijkverpleging (WV)	30,4
huisartsenzorg (HA)	6,1
intramurale ouderenzorg (IO)	29,9
Opleidingsniveau:	
hbo/hbo+-opgeleide verpleegkundige	29,6
mbo-opgeleide verpleegkundige	37,9
Verzorgende	32,5

Tabel B.2 Verdeling opleidingsniveaus van respondenten naar zorgsectoren

Zorgsectoren (in %)*	verz (n=213)	mbo-vpk (n=248)	hbo-vpk (n=194)	totaal (n=655)
algemeen ziekenhuis	0	22,6	20,6	14,7
academisch ziekenhuis	0	8,9	9,8	6,3
GGZ	0,5	7,3	7,7	5,2
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking	1,4	14,5	5,2	7,5
Wijkverpleging	34,7	23,8	34,0	30,4
Huisartsenzorg	0,9	3,2	15,5	6,1
intramurale ouderenzorg	62,4	19,8	7,2	29,9

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

De onderzoeksgroep verschilde in opleidingsniveau en verspreiding over de zorgsectoren van de landelijke verdeling van alle verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland. Bij de analyses voor figuur 3.1 is voor dit verschil gecorrigeerd door het toepassen van een weegfactor. De volgende tabel geeft de gegevens gebruikt voor de berekening van de weegfactor weer (tabel B.3).

Tabel B.3 Geschatte populatiecijfers over omvang zorgsectoren voor de berekening van de weegfactor

Sector	Opleidingsniveau	Populatie (schatting)		Onderzoeksgroep	Weegfactor	
wijkverpleging ¹	hbo-vpk	8.759	14,0%	71	34,1%	0,318
	mbo-vpk	10.931	17,5%	61	29,3%	0,461
	verzorgende	42.814	68,5%	76	36,5%	1,450
intramurale ouderenzorg ²	hbo-vpk	6.218	4,9%	14	7,0%	1,144
	mbo-vpk	19.444	15,2%	49	24,6%	1,022
	verzorgende	101.996	79,9%	136	68,3%	1,931
ziekenhuizen ³	<u>Algemeen</u>					
	hbo-vpk	17.525	21,6%	57	28,9%	0,792
	mbo-vpk	47.115	58,0%	91	46,2%	1,333
	<u>UMC</u>					
	hbo-vpk	8.261	10,2%	23	11,7%	0,925
	mbo-vpk	8.385	10,3%	26	13,2%	0,830
GGZ ⁴	hbo-vpk	7.135	33,2%	53	60,2%	0,347
	mbo-vpk	14.378	66,8%	35	39,8%	1,058
	onbekend/anders			1		0
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking ⁵	hbo-vpk	5.267	23,5%	11	16,4%	1,233
	mbo-vpk	17.119	76,5%	56	83,6%	0,787
	onbekend/anders			4		0
huisartsenzorg ⁶	hbo-vpk	2.950	54,3%	40	72,7%	0,190
	mbo-vpk	2.478	45,7%	15	27,3%	0,425
	onbekend/anders			2		0

¹ Bron populatiecijfers: Van der Windt & Bloemendaal (2015a)

² Bron populatiecijfers: Van der Windt & Bloemendaal (2015b)

³ Bron populatiecijfers: www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 25 augustus 2017

⁴ Bron populatiecijfers: www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 25 augustus 2017

⁵ Bron populatiecijfers: www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 25 augustus 2017

⁶ Bron populatiecijfers: www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 8 februari 2017

Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 15, zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende sectoren zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen (significant als $p < 0,05$) en de uitkomsten zijn weergegeven in tabellen. Verschillen tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus zijn exploratief getoetst en zijn alleen weergegeven in de tekst wanneer er sprake was van statistisch significante verschillen ($p < 0,05$). De volgende tabellen (tabel B.4 t/m B.8) laten uitkomsten van aanvullende analyses zien waar in de tekst naar verwezen is.

Tabel B.4 *Ervaren knelpunten in de preventie van smetten, uitgesplitst naar bekendheid met richtlijn¹*

Knelpunten bij preventie (in %)	Wel bekend met richtlijn en/of praktijkkaart(en) (n= 197)	Onbekend met richtlijn en praktijkkaart(en) (n=404)	totaal (n=601)
preventieve maatregelen worden vaak vergeten en daardoor niet uitgevoerd	24,4	23,8	24,0
geen duidelijk richtlijn of protocol beschikbaar*	2,5	12,1	9,0
lastig om de cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de preventie van smetten	7,6	4,2	5,3
lastig om te bepalen wanneer preventieve maatregelen toe te passen*	3,1	8,2	6,5
ander knelpunt	7,6	4,2	5,3
onvoldoende kennis over welke preventieve maatregelen toe te passen*	0,5	7,2	5,0
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	5,0	4,7	4,8
onvoldoende tijd voor preventieve maatregelen	2,5	3,7	3,3
onvoldoende kennis over risicofactoren	2,0	3,2	2,8
Geen knelpunten ervaren, want:			
- preventie van smetten gaat goed	54,3	45,8	48,6
- het is niet de taak om preventieve maatregelen toe te passen	7,1	9,4	8,7

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant (p<0,05)

Tabel B.5 *Ervaren knelpunten in de preventie van smetten, binnen de wijkverpleging¹*

Knelpunten bij preventie binnen de wijkverpleging (in %)	verz (n=73)	mbo-vpk (n=56)	hbo-vpk (n=64)	totaal (n=193)
preventieve maatregelen worden vaak vergeten en daardoor niet uitgevoerd*	16,4	33,9	37,5	28,5
geen knelpunten ervaren, want preventie van smetten gaat goed*	67,1	48,2	45,3	54,4

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Tabel B.6 Ervaren knelpunten in de behandeling van smetten, uitgesplitst naar bekendheid richtlijn¹

Knelpunten bij behandeling (in %)	Wel bekend met richtlijn en/of praktijkkaart(en) (n= 197)	Onbekend met richtlijn en praktijkkaart(en) (n=404)	totaal (n=601)
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met andere disciplines	11,2	11,6	11,5
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar*	4,6	14,6	11,3
lastig om cliënt voldoende te betrekken bij en/of te motiveren voor de behandeling van smetten	11,2	7,9	9,0
ander knelpunt*	12,2	6,2	8,2
onvoldoende faciliteiten en/of materialen beschikbaar	5,6	8,4	7,5
onvoldoende kennis over welke interventies toe te passen	4,1	7,4	6,3
Geen knelpunten ervaren, want:			
- behandelen van smetten gaat goed*	62,9	53,2	56,4
- het is niet de taak om smetten te behandelen*	2,0	9,4	7,0

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant (p<0,05)

Tabel B.7 Ervaren knelpunten in de behandeling van smetten, binnen de wijkverpleging

Knelpunten bij behandeling binnen de wijkverpleging (in %)	verz (n=73)	mbo-vpk (n=54)	hbo-vpk (n=63)	totaal (n=190)
geen knelpunten ervaren, want het behandelen gaat goed*	72,6	51,9	44,4	57,4

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Tabel B.8 Manieren/instrumenten om knelpunten aan te pakken, uitgesplitst naar bekendheid richtlijn¹

Manieren/instrumenten om knelpunten aan te pakken (in %)	Wel bekend met richtlijn en/of praktijkkaart(en) (n=195)	Onbekend met richtlijn en praktijkkaart(en) (n=398)	totaal (n=593)
een richtlijn met adviezen over voorkomen en behandelen van smetten*	61,5	70,9	67,8
meer betrekken van de cliënt zelf bij voorkomen en behandelen van smetten	48,7	49,8	49,4
meer aandacht voor smetten in basisopleidingen	45,6	49,0	47,9
bijscholing over smetten	44,6	46,2	45,7
samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals over voorkomen en behandelen van smetten	46,2	39,2	41,5
duidelijke afspraken over voorkomen en behandelen van smetten vanuit eigen organisatie	29,7	33,7	32,4
aandacht aan geven tijdens inwerken van nieuwe collega's	32,8	28,1	29,7
intercollegiale intervisie en feedback*	29,2	21,4	30,0
andere oplossingsrichting*	9,7	2,0	4,6

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Bijlage C Methoden kwalitatieve interviews

Hoofdstuk 3 beschrijft onder meer de resultaten van de kwalitatieve interviews met verpleegkundigen, verzorgenden en cliënten. Deze zijn gehouden ter verdieping en aanvulling van de inzichten uit de literatuurverkenning en het vragenlijstonderzoek.

Kwalitatieve interviews met professionals en cliënten

Om goed antwoord te kunnen geven op onderzoeksvraag 3 en 4 zijn zes verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten uit verschillende settings geïnterviewd. Ook zijn vier cliënten die bekend zijn met smetten, geïnterviewd. We zijn uitgegaan van in totaal tien interviews, omdat werving, afname en analyse van grotere aantallen kwalitatieve interviews binnen een beperkte tijdsspanne waarschijnlijk onhaalbaar zou zijn. Daarnaast geldt dat een aantal van 10 interviews (vier cliënten en zes professionals) bij kwalitatief onderzoek vaak een aantal is waarbij op de meest belangrijke aspecten al data saturatie kan worden bereikt (Guest e.a., 2006).

De interviews vonden face-to-face of telefonisch plaats, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer en reisafstanden. Bij het ontwerpen van de topic lijst voor de interviews zijn de TICD domeinen (Flottorp e.a., 2013) als basis gebruikt waardoor een brede focus is verkregen om de knelpunten te inventariseren.

De te interviewen professionals zijn gericht geworven om spreiding over opleidingsniveaus en relevante settingen te verkrijgen. Daarbij is gebruik gemaakt van ingangen via de eigen professionele netwerken en via relevante afdelingen van V&VN. De cliënten zijn indirect geworven: via de wondverpleegkundige die als adviseur betrokken is bij de projectgroep en via de professionals die geïnterviewd werden. We hebben gestreefd naar gerichte spreiding over relevante kenmerken, zoals wel/geen multi- en comorbiditeit en diversiteit qua geslacht en etnische achtergrond. In de volgende paragraaf worden de kenmerken van de geïnterviewden beschreven.

De interviews zijn opgenomen met audioapparatuur en uitgetypt, en zijn kwalitatief, thematisch geanalyseerd. De kwalitatieve analyses zijn uitgevoerd door een onderzoeker (MH) en gecontroleerd op juistheid door een tweede onderzoeker (AH). Naar aanleiding van deze tweede beoordeling zijn een tweetal nuances aangebracht in de uiteindelijke resultaten. De kwalitatieve resultaten zijn geïntegreerd weergegeven met de resultaten van het vragenlijstonderzoek.

Kenmerken van de deelnemers

Voor dit onderzoek zijn zes professionals geïnterviewd, waarvan een man en vijf vrouwen. Vijf van deze interviews vonden plaats in een tijdsspanne van 1 maand in januari en februari 2018, en één interview vond plaats in april 2018. De gemiddelde leeftijd van de professionals was 53,8 jaar en varieerde van 33 tot 62 jaar. Professionals waren werkzaam in het ziekenhuis (n=2), en in de wijkverpleging (n=4), in twee regio's. De gemiddelde tijd die de professionals werkzaam waren in de huidige functie was 15,7 jaar en varieerde van 2 tot 35 jaar. Twee professionals zijn werkzaam in een 3-IG functie in de wijkverpleging, twee professionals zijn wondconsulent (wijkverpleging en ziekenhuis), en twee professionals zijn verpleegkundig specialist (wijkverpleging en ziekenhuis). Het gemiddelde dienstverband was 26 uur en varieerde van 18 uur tot 36 uur.

De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 82 jaar en varieerde van 67 tot 88 jaar. Drie cliënten woonden alleen, en één cliënt woonde in gezinsverband met haar man. Twee cliënten zijn geïnterviewd in februari, en twee cliënten zijn geïnterviewd in mei 2018. Alle cliënten krijgen hulp van de wijkverpleging voor wassen en aankleden, de frequentie hiervan varieerde van twee keer per week tot dagelijks. Eén cliënt is rolstoelafhankelijk doordat zij niet meer kan lopen vanwege knieletsel (sinds 25 jaar).