

# Basiszorg in het verpleeghuis: longitudinale weergave van zorgproblemen gemeten door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

R.J.G. Halfens<sup>a,b</sup>, E. Meesterberends<sup>a,b</sup>, J.M.M. Meijers<sup>a,b</sup>, N.C. van Nie<sup>a,b</sup>, J.M.G.A. Schols<sup>a,b</sup>

## Basic care in nursing homes: longitudinal presentation of care problems measured with the National Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ)

Since 1998, the National Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ) has annually measured the prevalence, prevention and treatment of a number of care problems in many health care organisations. These problems include pressure ulcers, incontinence, intertrigo, malnutrition, falls and the use of restraints. This article describes trends in the prevalence of these problems during the past few years and the preventive and treatment measures taken for clients residing in psychogeriatric and/or somatic wards of nursing homes. The results show that the prevalence of these care problems has declined in general. Nevertheless, the individual interventions (preventive measures and treatment) have not really changed in recent years. It is concluded that the extra attention paid to these care problems might already have had a positive effect on their prevalence. This must be further investigated. In any case, extra follow-up steps need to be taken to bring about a further decline. The article describes which steps the project group has already taken in this respect.

Keywords: prevalence, prevention, treatment, care problems  
Tijdschr Gerontol Geriatr 2013; 44: 242-252

---

### Samenvatting

Sinds 1998 wordt door de projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), jaarlijks bij een groot aantal gezondheidszorginstellingen de prevalentie, de preventie en de behandeling van een aantal

zorgproblemen, zoals decubitus, incontinentie, smetten, ondervoeding, vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen, gemeten. In dit artikel worden de trends van prevalentie, preventie en behandeling over de afgelopen jaren beschreven voor cliënten die verblijven op psychogeriatrische en/of somatische

<sup>a</sup> Department of Health Services Research, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

<sup>b</sup> CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

Correspondentie: Dr. R.J.G. Halfens, Department of Health Services Research, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht, The Netherlands,  
Email: R.Halfens@maastrichtuniversity.nl

afdelingen van verpleeghuizen. Over het algemeen blijkt de prevalentie van deze zorgproblemen in de afgelopen jaren gedaald te zijn. Toch lijken de individuele interventies (preventieve maatregelen en behandeling) de afgelopen jaren over het algemeen niet echt veranderd. Geconcludeerd wordt dat de extra aandacht voor deze zorgproblemen waarschijnlijk tot een daling van de prevalentie heeft geleid. De achtergronden hiervan zullen verder onderzocht moeten worden. Voor een verdere daling zullen in ieder geval extra vervolgstappen gezet moeten worden. Beschreven wordt welke stappen de projectgroep hiervoor al genomen heeft.

---

Trefwoorden: prevalentie, preventie, behandeling, zorgproblemen, Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

### Inleiding

In 1998 is de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) op verzoek van de Landelijke Stuurgroep Decubitus in een groot aantal zorginstellingen gestart met het meten van het zorgprobleem decubitus.<sup>1</sup> Doel was om nader inzicht te krijgen in het voorkomen, de preventie en behandeling van decubitus. In de daaropvolgende jaren is deze meting verder uitgebreid met de zorgproblemen smetten, incontinentie, ondervoeding, vallen, vrijheidsbeperkende maatregelen en chronische wonden.<sup>2</sup> Behalve de prevalentie worden van elk zorgprobleem op patiëntniveau de preventie en de behandeling, en op instellings- en afdelingsniveau een aantal structurele kwaliteitsindicatoren gemeten.<sup>3</sup> Doel van de huidige meting is enerzijds instellingen inzicht geven in hun kwaliteit van zorg ten aanzien van een aantal basiszorgproblemen, en anderzijds landelijke epidemiologische gegevens te verkrijgen over enkele relevante basiszorgproblemen. De LPZ-meting is gebaseerd op het kwaliteitsmodel van Donabedian welke als kwaliteit de elementen output (prevalentie), proces (preventie en behandeling) en structuur (structurele kwaliteitsindicatoren) meeneemt. De meting vindt plaats in een groot aantal gezondheidszorginstellingen, voornamelijk ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Sinds enkele jaren wordt de LPZ ook uitgevoerd in Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland, terwijl momenteel een pilot uitgevoerd wordt in Indonesië,<sup>4</sup> Brazilië en

Roemenië. In dit artikel wordt het verloop van de prevalentie, preventie en behandeling van de verschillende zorgproblemen in verpleeghuizen sinds 1998 beschreven. De prevalentie van chronische wonden wordt niet meegenomen, omdat deze pas eenmalig gemeten is.

### Onderzoeksopzet

De LPZ-meting is een beschrijvend onderzoek, waarbij instellingen, afdelingen en cliënten van de deelnemende zorgorganisaties op één dag, meestal de eerste dinsdag van april, met behulp van gestandaardiseerde registratieformulieren worden onderzocht op de aanwezigheid, preventie en behandeling van zorgproblemen en op een aantal hieraan gerelateerde kwaliteitsindicatoren. Sinds 2007 is het ook mogelijk in november te meten. Voor deelname aan de LPZ worden elk jaar alle zorginstellingen in Nederland schriftelijk uitgenodigd. Om praktische redenen is het niet nodig dat alle afdelingen van een instelling participeren. Op de afdelingen die wel participeren, moeten alle cliënten die toestemming geven en aanwezig zijn op de meetdag, gemeten worden.

### Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek zijn alle cliënten van psychogeriatrische en somatische verpleegafdelingen van verpleeghuizen geïnccludeerd.

### Registratieformulier

Het integrale LPZ-registratieformulier bestaat uit drie niveaus: cliënt-, afdelings- en instellingsniveau. Op cliëntniveau is de vragenlijst opgesplitst in twee delen: een algemeen deel en een deel met aparte modules. Het algemene deel omvat verplichte vragen over demografische kenmerken van de cliënt (geslacht, leeftijd, opnamedatum, diagnoses, zorgafhankelijkheid) en vragen over het al of niet voorkomen van verschillende zorgproblemen. Met uitzondering van de zorgproblemen vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen is het voorkomen steeds gemeten als een puntprevalentie. Per zorgprobleem is een module beschikbaar, waarin uitgebreider wordt ingegaan op de kenmerken van het zorgprobleem en de preventie en behandeling ervan. Daar waar nodig wordt bij de resultaten toelichting gegeven op de gebruikte

instrumenten en vragen. Elke deelnemende instelling bepaalt vooraf welke gegevens met betrekking tot de zorgproblemen in het algemene deel én welke modules worden gemeten. Op afdelings- en instellingsniveau worden het type afdeling en instelling geïnventariseerd, alsook enkele relevante structurele kwaliteitsindicatoren per zorgprobleem zoals het hebben van een richtlijn of adviescommissie. Deze kwaliteitsindicatoren vult men alleen in voor die zorgproblemen waarvan men ook de module invult.

Alle vragenlijsten zijn ontwikkeld met hulp van experts op de betreffende onderwerpen. Delen van de vragenlijsten zijn verder getoetst op betrouwbaarheid en validiteit<sup>4,5-7</sup>. De vragenlijsten zijn niet statisch; ze worden geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten, ontwikkelingen of advies van experts. De consequentie hiervan is echter dat niet alle gegevens vergeleken kunnen worden tussen de jaren. Hier worden alleen die gegevens meegenomen die door de jaren vergeleken kunnen worden.

#### *Procedure*

Alle participerende instellingen hebben een coördinator die verantwoordelijk is voor de organisatie van de meting en voor de communicatie naar de projectgroep LPZ van de Universiteit Maastricht. Deze coördinator schoolt de zorgverleners uit de eigen instelling in het uitvoeren van de meting. Alle benodigde materialen en informatiemateriaal hiervoor worden door de projectgroep verschaft.

Vragenlijst 1 (instellingsniveau) wordt door de coördinator ingevuld en vragenlijst 2 (afdelingsniveau) wordt ingevuld door het afdelingshoofd. Op cliëntniveau (vragenlijst 3) wordt de meting bij elke cliënt verricht door twee zorgverleners: één van de afdeling waar de cliënt is opgenomen en één van een andere afdeling. In die gevallen waar de zorgverleners het niet met elkaar eens zijn, is de beoordeling van de onafhankelijke zorgverlener van de andere afdeling doorslaggevend. Na de meting worden de data via een web-based programma ingevoerd en verzonden naar de projectgroep. Daar het invoerprogramma tegenwoordig ook geschikt is om de gegevens direct bij de cliënt in te voeren, doen meer en meer instellingen dit met behulp van een iPad, tablet of laptop, zodat men na de meting meteen klaar is. Na afloop krijgen de instellingen binnen enkele dagen de resultaten in tabelvorm, maar ook in een

dashboard, waarbij niet alleen de gegevens van de afgelopen meting, maar ook de gegevens van voorgaande jaren en de landelijke gegevens gepresenteerd worden.

#### *Analyse*

In dit artikel worden de resultaten descriptief weergegeven. Eventuele verschillen worden niet statistisch getoetst. Doordat instellingen op vrijwillige basis deelnemen, wisselt de samenstelling van deelnemende instellingen per jaar. Gezien het grote aantal cliënten per jaar, mag ervan uitgegaan worden dat de resultaten een goede indicatie vormen van de stand van zaken in Nederlandse verpleeghuizen. Echter, een vergelijking tussen de jaren van steeds dezelfde instellingen, zoals in de studie van Meijers et al<sup>7</sup> zal hardere statistische conclusies geven. Dergelijke uitgebreidere analyses gaan echter de opzet en de reikwijdte van dit artikel te boven.

Aangezien elke zorgorganisatie kan kiezen welke zorgproblemen men meet, verschillen de aantallen cliënten per zorgprobleem. In dit artikel zal per zorgprobleem het aantal deelnemers aan de betreffende module worden gebruikt

#### **Resultaten**

In Tabel 1 zijn de aantallen deelnemende instellingen, afdelingen en cliënten per jaar weergegeven. Tevens zijn kenmerken van de deelnemende cliënten weergegeven.

Uit deze tabel blijkt dat het aantal instellingen, afdelingen en cliënten tot 2008 flink is gestegen. Een belangrijke reden hiervoor was waarschijnlijk de start van de metingen voor Normen Verantwoorde Zorg. Daarna zijn de aantallen weer teruggelopen, mogelijk deels omdat Actiz, de brancheorganisatie voor verpleging- en verzorgingsinstellingen, een instrument beschikbaar stelde om de gegevens voor Normen Verantwoorde Zorg in te voeren. Door onduidelijkheden over de voortgang van de Normen Verantwoorde Zorg, hebben instellingen nu een afwachende houding aangenomen, waarbij een zekere meetmoedigheid bij instellingen mogelijk een belangrijke rol gespeeld zal hebben.

Sinds 2008 wordt op elke afdeling de response gemeten. Deze is hoog.

De kenmerken van de cliënten blijken nauwelijks te verschillen tussen de jaren. De zorgafhankelijkheid (gemeten met de Care Dependency Scale (CDS; score 15 (volledig afhankelijk) tot 75 (volledig onafhankelijk);

**Tabel 1** Aantallen deelnemende instellingen, afdelingen en cliënten, en kenmerken van cliënten

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Aantallen</b>															
Instellingen	20	18	14	20	42	46	70	88	116	167	114	147	148	123	102
Afdelingen	116	100	70	121	216	229	344	413	554	745	461	464	462	362	303
Response	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97,3	97,4	97,1	98,2	97,7
Cliënten	2907	2667	1771	3014	5468	5270	8549	10.084	12.560	17.666	11.983	10.317	10.060	7.513	6.683
<b>Kenmerken</b>															
Geslacht (% vrouw)	71,7	71,9	73,7	72,1	72,6	71,6	73,3	72,0	71,5	70,4	70,2	71,7	71,6	71,4	69,5
Leeftijd <sup>a</sup>	82,2	80,8	81,7	81,2	81,3	81,3	81,9	81,9	81,8	81,7	81,3	82,0	81,9	82,4	82,4
BMI <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	24,2	23,9	24,7	24,8	24,9	24,8	24,8	24,9	25,0
Zorgafhankelijkheid <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38,6	36,5	36,6	37,1	37,3	37,9
Braden score <sup>a</sup>	17,0	16,9	16,9	17,0	16,8	17,2	17,1	17,1	17,1	16,8	16,6	16,9	17,0	17,1	17,2

<sup>a</sup>gemiddelde

verplicht voor alle cliënten)<sup>8</sup> is pas vanaf 2007 structureel gemeten, vandaar dat ook de Bradenscore<sup>9,10</sup> is weergegeven. Deze was tot 2007 verplicht voor alle cliënten. Daarna is de Bradenschaal alleen gemeten in instellingen die aan de module decubitus meededen. De Bradenschaal is een instrument dat het risico op decubitus (score 6 (zeer hoog risico) tot 23 (geen risico)) meet. Dit instrument hangt sterk samen met de CDS.<sup>11</sup>

Het is opvallend dat de kenmerken tussen de jaren nauwelijks verschillen, zeker wat betreft de zorgafhankelijkheid en de Bradenschaal. Onduidelijk is of dit veroorzaakt wordt doordat de betreffende instrumenten kleine verschillen niet weergeven, of dat verpleegkundigen anticiperen op de verschuivingen en hun oordeel daarop aanpassen, of dat er daadwerkelijk (nog) geen zichtbare verschuiving is naar ernstigere problematiek.

#### Huidletsels

Drie vormen van huidletsels worden in de LPZ gemeten: decubitus, incontinentieletsels en smetten. In Figuur 1 zijn de prevalenties van deze vormen van huidletsel weergegeven. De prevalentie van decubitus is berekend op basis van decubitus categorie 2 en hoger en ontstaan in de instelling bij cliënten met een risico op decubitus (Bradenscore  $\leq 20$ ). Decubitus categorie 1 is moeilijk vast te stellen, en is daardoor minder betrouwbaar.<sup>12</sup> Uit Figuur 1 blijkt dat de prevalentie van alle vormen van huidletsel de afgelopen jaren is gedaald. De prevalentie van decubitus is gedaald van bijna 15% naar plusminus 4%, die van incontinentieletsel van bijna 15% naar 6%, terwijl de prevalentie van smetten van 17% (in 2006) naar 10% is gedaald.

In Tabel 2 is de inzet van preventie en/of behandeling ten behoeve van de huidletsels weergegeven. Deze varieert weliswaar tussen de jaren, maar over het algemeen zijn er geen duidelijke trends te zien.

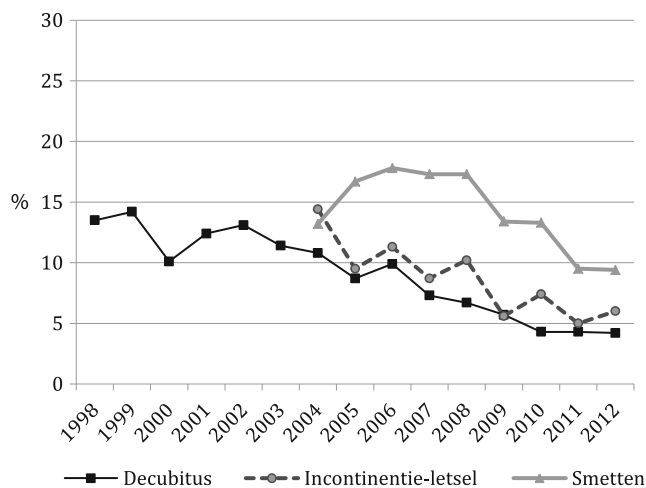
Het gebruik van antidecubitusmatrassen/kussens bij patiënten met een risico op decubitus is rond 2000 toegenomen, mogelijk als gevolg van de extra landelijke aandacht voor decubitus naar aanleiding van de resultaten van de meting in 1998 en 1999. Daarna is het met enige fluctuaties ongeveer gelijk gebleven. Het toepassen van wisselgigging (een belangrijke interventie om decubitus te voorkomen)<sup>13</sup> is bij risicopatiënten niet toegenomen, en lijkt zelfs af te nemen. Wel wordt sinds 2005 meer aandacht besteed aan het voorkomen van een tekort aan vocht en/of voeding bij patiënten met een risico op decubitus.

Aan preventie van incontinentieletsels wordt al veel aandacht geschonken, evenals de behandeling ervan. De behandeling is zelfs iets toegenomen in de loop der jaren.

Bij smetten is vooral na de eerste meting in 2005 het dagelijks wassen en droogdeppen van de huidplooiën zowel ter preventie als ter behandeling flink toegenomen. Een mogelijke verklaring voor deze toename kan zijn dat in 2004 een richtlijn voor smetten is uitgekomen.<sup>14</sup> Een deskundige ter preventie van smetten inschakelen, gebeurt weinig, maar bij een op de vijf cliënten met smetten wel voor (advies over) de behandeling.

#### Incontinentie

In de loop der jaren is een lichte daling zichtbaar van de prevalentie van zowel urine- als fecesincontinentie (zie Tabel 3). De meest toegepaste maatregel die genomen wordt bij mensen die urine-incontinent zijn, is de inzet van incontinentieluiers/broeken. Daar is in de loop der jaren nauwelijks verandering in



**Figuur 1** Prevalentie decubitus, smetten en incontinentie

Tabel 2 Preventie en behandeling huidletsels (in percentages)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Decubitus															
<i>n (met risico op)</i>	2137	1986	662	2214	4188	3741	6464	7216	8258	12249	7391	5728	4778	2878	2076
AD matras	69,4	69,4	90,0	87,4	81,1	88,7	88,8	96,1	83,9	84,5	83,8	78,1	77,2	80,5	82,4
Schuim matras	28,3	37,9	57,6	58,7	47,5	55,7	54,5	57,3	48,8	47,5	48,7	45,1	43,9	46,5	42,5
AD kussen	47,8	44,3	56,9	47,4	48,3	49,4	54,1	69,2	60,1	61,8	62,0	58,3	58,2	52,7	50,4
Wisselgigging	23,3	20,4	29,3	20,0	19,6	18,2	18,8	21,5	24,3	22,3	21,2	20,6	19,4	17,8	15,4
Voorkomen tekort vocht en voeding	16,8	16,7	22,8	22,3	21,8	22,2	18,5	33,4	38,8	38,9	37,9	37,8	35,9	35,0	35,0
Incontinentieletsel															
<i>n (urine incontinent)</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	6229	5827	2981	1771	3907	1099	1118
Huidverzorging ter preventie	-	-	-	-	-	-	-	-	83,9	84,5	83,8	78,1	77,2	80,5	82,4
Huidverzorging ter behandeling	-	-	-	-	-	-	-	-	84,8	83,9	84,5	92,4	92,4	91,9	90,2
Smetten															
Preventie	-	-	-	-	-	-	-	5545	7067	6076	3287	2235	2255	1147	5820
Geen	-	-	-	-	-	-	-	47,7	24,2	22,0	18,6	16,0	11,5	12,6	17,7
Dagelijks wassen/ droogdeppen huidplooien	-	-	-	-	-	-	-	48,2	63,3	70,9	76,8	78,3	79,6	73,4	73,8
Tussen huidplooien scheur-linnen, gaas of Engels pluksel	-	-	-	-	-	-	-	1,4	0,8	1,9	2,3	3,0	2,8	1,6	2,0
Deskundige ingeschakeld	-	-	-	-	-	-	-	1,9	1,1	1,2	1,9	2,2	4,4	4,4	0,5
Behandeling	-	-	-	-	-	-	-	1114	1515	1266	689	346	345	120	118
Geen	-	-	-	-	-	-	-	4,9	2,8	1,8	2,0	2,6	0,3	0,0	1,7
Dagelijks wassen/ droogdeppen huidplooien	-	-	-	-	-	-	-	68,0	84,9	88,0	86,5	87,9	88,1	85,0	91,5
Tussen huidplooien scheur-linnen, gaas of Engels pluksel	-	-	-	-	-	-	-	23,5	22,2	21,8	24,2	24,9	31,6	27,5	22,0
Deskundige ingeschakeld	-	-	-	-	-	-	-	16,7	14,6	17,5	18,1	19,1	19,4	29,2	11,0

Tabel 3		Prevalentie en maatregelen incontinentie (in percentages)								
Incontinentie		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prevalentie	n=	7916	7483	8819	8187	4309	2490	3255	1636	1760
Urine		82,6	78,9	81,6	72,1	77,7	75,6	70,6	72,8	68,6
Feces		60,9	57,7	60,5	61,1	59,5	54,6	52,0	54,3	46,9
Maatregelen	n=	6364	5992	7243	5995	3103	1774	2147	1108	1118
Disposables		94,7	92,9	91,9	96,5	96,8	97,1	96,7	97,7	97,9
Aanpassing omgeving		1,3	2,1	1,0	0,5	3,8	4,0	3,2	0,8	1,3
Medicatie		2,8	2,2	2,1	1,1	1,1	1,7	1,5	1,5	2,1
Training cliënt		0,1	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Toilet op individuele basis		-	-	26,3	25,9	34,7	39,2	42,7	45,3	41,9
Toilet op afdelingsbasis		-	-	19,2	18,5	17,7	18,4	18,2	15,2	13,3

gekomen. Wel wordt de laatste jaren meer toiletbezoek op individuele basis toegepast. Andere maatregelen zoals het aanpassen van de omgeving, zodat er minder belemmeringen zijn om de toilet op tijd te bereiken, worden nauwelijks toegepast.

#### Ondervoeding

Ofschoon ondervoeding al vanaf 2004 gemeten wordt, worden (zie Tabel 4) alleen de gegevens vanaf 2008 weergegeven, aangezien de operationalisatie van ondervoeding in de tussentijd is veranderd.

Sinds 2008 is een lichte daling te zien van de prevalentie van ondervoeding. De afgelopen jaren is daar ook veel aandacht aan geschonken door onder andere de verbeterprogramma's van Zorg

voor Beter 'eten en drinken', en Sneller Beter.<sup>7,15</sup> Hoewel geen duidelijke verandering in de behandeling van ondervoede cliënten zichtbaar is, is het screenen van de cliënt op ondervoeding wel toegenomen. Uit nadere analyses blijkt dat met name screening en bijvoeding belangrijke aspecten zijn geweest in het dalen van de prevalentie van ondervoeding door de jaren heen.<sup>16</sup>

#### Vallen

Sinds 2007 wordt gemeten of cliënten gevallen zijn. Hiervoor worden vanaf een maand voorafgaand aan de meting alle valincidenten geregistreerd. Sinds 2007 is het aantal cliënten met een of meerdere valincidenten in de maand voorafgaand aan de meting iets toegenomen (zie Tabel 5). Het is niet uitgesloten dat dit

Tabel 4		Prevalentie en behandeling bij ondervoeding (in percentages)				
Ondervoeding		2008	2009	2010	2011	2012
	n=	6308	4263	3724	2116	1649
Prevalentie		26,9	26,1	20,2	19,9	19,9
Screenen op ondervoeding		741	69,0	67,0	81,6	89,8
Maatregelen bij ondervoeding	n=	1695	1113	754	422	328
Diëtiste ingeschakeld		54,2	49,7	59,3	57,8	54,9
Energie (eiwit)verrijkt dieet		24,3	18,2	16,4	16,1	22,3
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen		29,8	30,3	36,2	29,6	24,7
Orale bijvoeding (drinkvoeding en supplementen)		29,8	30,6	32,4	32,5	30,2
Sondevvoeding		2,1	2,0	1,5	2,1	3,0
Parenterale voeding		0,7	0,5	0,1	0,0	0,0
Geen maatregel i.v.m. palliatief beleid		3,7	3,5	5,3	3,6	2,1

<b>Tabel 5</b>		<b>Incidentie en maatregelen vallen en valletsel (in percentages)</b>					
Vallen		2007	2008	2009	2010	2011	2012
	n=	6337	5077	4112	4554	2022	1366
incidentie		7,0	9,8	8,9	9,0	11,5	11,1
Incidentie valletsel		37,8	33,6	32,6	32,4	32,0	38,3
<i>Preventieve maatregelen bijvallers</i>	n=	443	500	366	409	232	152
Evaluatie medicatie		9,5	11,0	13,4	15,4	11,2	9,2
Oefentherapie		13,1	16,0	16,4	19,8	18,5	17,8
Hulpmiddel evalueren		20,1	19,0	23,5	23,2	27,6	18,4
Alarm		-	37,4	42,3	45,0	47,0	52,6
Toezicht		43,6	50,4	63,1	56,0	56,0	32,9
Aanpassing omgeving		4,1	11,4	17,5	16,4	15,9	6,6
<i>Preventieve maatregelen voor valletsel</i>	n=	443	500	366	409	232	152
Toezicht		43,6	50,4	63,1	56,0	56,0	32,9
Aanpassing omgeving		4,1	11,4	17,5	16,4	15,9	6,6
hoofdbescherming		0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0
Spalk/brace		0,5	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0
Harde heupbeschermer		19,4	11,6	8,7	6,1	3,4	0,7
Zachte heupbeschermer		1,4	1,4	0,8	4,4	9,5	2,6
Botversterking		0,0	6,0	7,4	13,4	7,3	13,8
Anders		5,4	8,6	4,6	6,6	3,4	5,3
Geen		67,9	74,6	79,5	71,9	77,2	77,6

<b>Tabel 6</b>		<b>Prevalentie en maatregelen vrijheidsbeperkende maatregelen (in percentages)</b>					
Vrijheidsbeperkende maatregelen		2007	2008	2009	2010	2011	2012
n=		6376	5131	4120	4589	2044	1713
Prevalentie		42,7	44,0	42,8	38,9	38,6	37,1
Letsel		0,7	0,7	0,7	0,3	0,4	0,9
Maatregelen	n=	2724	2260	1763	1783	789	635
Bedhekken		91,4	90,2	79,4	62,9	62,0	57,6
Verpleegdeken		6,6	4,7	5,5	2,9	1,9	0,4
Onrustband in bed		9,5	-	4,3	2,2	1,4	0,3
Onrustband in stoel		20,7	-	12,1	9,4	5,8	4,6
Tafelblad		7,2	19,1	16,2	10,9	12,5	15,8
Diepe stoel		14,3	7,8	5,6	5,0	4,4	4,1
Isolatie/separatie		12,3	10,4	13,1	23,3	21,2	0,5
Medicatie		-	19,4	9,0	24,5	24,4	13,2



veroorzaakt wordt door de procedure van de meting zelf. De laatste jaren worden instellingen namelijk nadrukkelijker gewezen op het feit dat ze een maand van de voren moeten starten met het registreren van valincidenten.

Het aantal letsels veroorzaakt door valincidenten is vrijwel gelijk gebleven, evenals de ernst van de letsels (lichte letsels plusminus 64%; matige letsels plusminus 17%; heupfractuur of ernstige letsels plusminus 19%).

Het toepassen van preventieve maatregelen bij cliënten die gevallen zijn, is gedurende de jaren niet toegenomen. Een uitzondering vormt het gebruik van alarmsystemen, zoals een alarm-mat, alarmsensor of alarmbel. Het gebruik van preventieve maatregelen voor valletsels is ook niet toegenomen, maar eerder afgenomen. Met name het gebruik van harde heupbeschermers is afgenomen

#### *Vrijheidsbeperkende maatregelen*

Sinds 2010 lijkt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen iets afgenomen. Het gaat hierbij echter om kleine aantallen cliënten, dus dit moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. De prevalentie van letsels ontstaan door vrijheidsbeperkende maatregelen is minder dan 1%.

Per cliënt kunnen meerdere vrijheidsbeperkende maatregelen genomen worden. Uit Tabel 6 blijkt dat het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per cliënt wel is afgenomen. Vooral het gebruik van bedhekken, onrustband in bed en stoel, en diepe stoel is afgenomen.

#### **Discussie**

In dit artikel is een overzicht gegeven van het verloop van de prevalentie en interventies ten aanzien van een aantal relevante zorgproblemen in afdelingen van verpleeghuizen met psychogeriatrische en/of somatische cliënten. Over het algemeen blijkt de prevalentie van deze zorgproblemen, op een enkele uitzondering na, in de loop van de tijd te dalen. Toch laat over het algemeen het verloop van de individuele interventies (preventie en behandeling) geen grote veranderingen zien. Bovendien weten we niet in welke mate deze interventies verklaren waarom er een prevalentiedaling heeft plaatsgevonden. Zo kregen bijvoorbeeld patiënten met een risico op decubitus weliswaar vaker een anti-decubitus matras, maar daar staat weer tegenover dat men minder vaak wisselgigging is gaan toepassen. Een antidecubitusmatras is echter geen vervanging voor wisselgigging. Bij gebruik van een

antidecubitusmatras kan men het tijdsinterval tussen de wisselgigging wel wat ruimer nemen, maar opheffen van de druk door middel van wisselgigging niet weglaten.

Desondanks laten de cijfers een daling van de prevalentie van decubitus en van de meeste andere zorgproblemen zien. Een mogelijke verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat de onderzoekspopulaties over de jaren verschillen. Aan de LPZ hebben gedurende de afgelopen jaren wisselende aantallen verpleeghuizen en cliënten geparticipeerd met een maximum aantal in 2006. Echter, vergelijking van enkele kenmerken van de cliënten (w.o. de mate van zorgafhankelijkheid, risico op decubitus en body mass index (BMI) laat zien, dat deze gedurende de jaren nauwelijks van elkaar verschillen, waardoor het onwaarschijnlijk is dat de gevonden verschillen in prevalentie veroorzaakt zijn door verschillen in populaties. Een andere verklaring kan zijn dat door de invoering van de prestatie-indicatoren (Normen Verantwoorde Zorg) instellingen en medewerkers geneigd zijn een te positief beeld te schetsen. Hoewel dit op bestuursniveau mogelijk een rol zou kunnen spelen, lijkt het onwaarschijnlijk dat de zorgverleners die de meting daadwerkelijk uitvoeren bewust of onbewust een vertekend beeld zullen geven, omdat de gegevens gebruikt worden voor een externe beoordeling. Logischer lijkt het dat de kwaliteit van zorg voor deze zorgproblemen gedurende de jaren verbeterd is. Weliswaar niet in concrete handelingen, maar wellicht heeft men meer aandacht gekregen voor deze zorgproblemen, waardoor men sneller en/of pro-actiever is gaan handelen, dan wel zijn structurele factoren binnen instellingen of afdelingen verbeterd.

Aandacht hebben voor een probleem is de eerste stap in een proces om de zorg te verbeteren. Deze verklaring wordt ondersteund door eerdere analyses, waaruit bleek dat instellingen die vaker met de LPZ meededen, een lagere prevalentie van ondervoeding hadden, dan instellingen die slechts eenmaal meegedaan hadden.<sup>7</sup> De LPZ richt zich tegenwoordig niet alleen op het creëren van aandacht, maar wil ook een verdere bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg. Na bewustwording is een volgende stap in het verbeterproces nagaan welke aspecten van zorgverbetering behoeven. Het verzamelen van gegevens over het zorgproces is daarbij uitermate belangrijk.

Instellingen krijgen met de LPZ immers niet alleen een overzicht van de prevalentie van de gemeten zorgproblemen, maar ook van de preventie, de behandeling en van relevante kwaliteitsindicatoren. Echter, uit vele

gesprekken met de deelnemende instellingen blijkt dat de terugrapportage van de gegevens in de vorm van tabellen voor instellingen vaak zelf moeilijk te interpreteren is. Vandaar dat tegenwoordig alle gegevens via een dashboard (met figuren) gepresenteerd worden. Daarbij krijgt men niet alleen een overzicht van de eigen gegevens van de afgelopen meting, maar ook van de metingen in de jaren daarvoor, inclusief de landelijke gemiddelden door de tijd heen. Op deze wijze heeft men in een oogopslag een duidelijk totaalinzicht in waar de eigen instelling staat, in vergelijking met voorgaande jaren en ook nationaal. Vervolgens kan men via een ontwikkelde beslisboom per zorgprobleem nagaan, op welke aspecten van het zorgproces verbetering wenselijk is.

De volgende stap in het verbeteringsproces is dan het selecteren van mogelijke evidence en practice based interventies passende bij het geconstateerde probleem. Daarvoor zijn actietabellen ontwikkeld met informatie over interventies met betrekking tot de verschillende aspecten van zorg. Deze actietabellen bevatten bijvoorbeeld beleidsaspecten, informatie, kennis en interventies die ontwikkeld zijn gedurende de Zorg voor Beter en Sneller Beter projecten en daarnaast ook alle relevante richtlijnen die zich richten op de preventie en behandeling van de zorgproblemen.<sup>17</sup> Met deze informatie kan de instelling concreet aan de slag om het zorgproces te verbeteren.

Met deze nieuwe ontwikkelingen is de doelstelling van de LPZ verder geëvolueerd naar het leveren van een directe bijdrage aan de verbetering van de zorg.

De afgelopen jaren is de LPZ ook de zorgprocessen in andere landen gaan bestuderen en vergelijken met onze gegevens. Zo wordt de LPZ tegenwoordig ook in Oostenrijk uitgevoerd en zijn alle Zwitserse ziekenhuizen jaarlijks verplicht met de LPZ mee te doen. In Duitsland wordt ook al jaren op dezelfde wijze decubitus gemeten, en op dit moment worden de eerste metingen in Indonesië verricht. Door de gegevens van de verschillende landen te vergelijken, krijgen we nieuwe inzichten die bruikbaar kunnen zijn voor Nederland. Zo is gebleken dat in Duitsland de prevalentie van decubitus veel lager is dan in Nederland. Recent aanvullend incidentieonderzoek naar deze verschillen, laat zien dat het gebruik van analgetica, en transfermiddelen een positief effect hebben op het ontstaan van decubitus.<sup>18</sup> Het gebruik van wisselgigging heeft echter, zoals verwacht mag worden, een negatief effect op het ontwikkelen van decubitus. Bovendien blijkt dat decubitus vaker ontstaat op afdelingen die een aandachtsvelder voor decubitus (een medewerker met meer kennis en verantwoordelijkheid voor de zorg voor decubitus) hebben, terwijl regelmatige kwaliteitscontroles er juist voor zorgen dat er minder decubitus op de afdeling en instelling ontstaat. Met andere woorden, het is uitermate belangrijk om controle uit te voeren op het handelen van de zorgverleners, om het werken conform richtlijnen te borgen. Bovendien moet voorkomen worden dat de aanwezigheid van een aandachtsvelder leidt tot illusie dat decubitus (of andere zorgproblemen) de taak van de aandachtsvelder is. Basiszorg is en blijft de verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener.

---

## Literatuur

1. Bours, GJJW, Halfens RJG, Lubbers M, Haalboom J. The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management* 1999; 11: 20–40.
2. Halfens RJG, Meijers MFMT, Meesterberends E, Van Nie NC, Neyens JCL, Rondas ALM, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: rapportage resultaten 2012. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI 2012.
3. van Nie NC, Schols MGA, Lohrmann C, Bartholomeyczik S, Spreeuwenberg M, Halfens RJG. An International Prevalence Measurement of Care Problems: Study design. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 9, e18–e29.
4. Amir Y, Halfens RJG, Lohrmann C, Schols JMGA. Pressure ulcer Prevalence and quality of care in stroke patients in an Indonesian hospital. *Journal of Wound Care* 2013; 22: 254–260.
5. Kottner J, and Halfens RJG. Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *Journal of Clinical Nursing* 2010;5–6: 716–20.
6. Kottner J, Halfens RJG, Dassen T. An interrater reliability study of the assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale and the classification of pressure ulcers in a home care setting. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 10:1307–12.
7. Meijers JM, Candel MJ, Schols JM, Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Halfens RJ. Decreasing trends in malnutrition prevalence rates explained by regular audits and feedback. *Journal of Nutrition* 2009; 7: 1381–6.
8. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 4: 410–16.

9. Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in a nursing home. *Research in Nursing & Health* 1994; 6: 459–70.
10. Halfens RJG, van Achterberg T, Bal RM. Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective. *International Journal of Nursing Studies* 2000; 4: 313–9.
11. Mertens E, Dassen T, Scheufele R, Halfens RJ, Tannen A. Diagnostic validity of the care dependency scale as a screening tool for pressure ulcer and fall risks in Dutch and German hospitals. *Central European Journal of Medicine* 2010; 5: 577–87.
12. Halfens RJG, Bours GJJW, Ast van JF. Relevance of the diagnosis ‘stage 1 pressure ulcer’: an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 6: 748–57.
13. VenVN. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht, 2011
14. NVDVV. Landelijke richtlijn verpleging en verzorging; smetten (intertrigo) preventie en behandeling. Utrecht, 2004.
15. Leistra E., van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Visser M, van der Hout A, Langius JAE., Kruijenga HM, Systematic screening for undernutrition in hospitals: Predictive factors for success. *Clinical Nutrition* 2013 (in press).
16. Meijers JMM, Tan F, Schols JMGA. Halfens RJG. Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? 2013 *Clinical Nutrition* (in press).
17. Meijers JM, Halfens RJG, Mijnaerends DM, Mostert H, Schols JMGA. A feedback system to improve the quality of nutritional care. *Nutrition* 2013 (in press).
18. Meesterberends E, Halfens RJG, Spreeuwenberg, Ambergen TAW, Lohrmann C, Neyens JCL, Schols JMGA. Do Patients in Dutch Nursing Homes Have More Pressure Ulcers Than Patients in German Nursing Homes? A Prospective Multicenter Cohort Study. *JAMDA* 2013; doi:10.1016/j.jamda.2013.03.005.