Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie
2026 – jaargang 57 – nummer 2
DOI: 10.54195/tgg24840

RADBOUD UNIVERSITY PRESS

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

De prevalentie van zorgproblemen bij verpleeghuisbewoners in Nederland: een overzicht van 2017-2024

Yvonne Goërtz[1,2*], Sil Aarts[1,2], Sam Duijnstee[1,2], Suzanne Rijcken[1,2], Daisy Janssen[1-4], Katya Sion[1,2]

Samenvatting

Achtergrond: Inzicht in de kwaliteit van zorg is essentieel voor passende zorg en kwaliteitsverbetering voor verpleeghuisbewoners. Data, zoals uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ), brengen de prevalenties en ontwikkelingen van veelvoorkomende zorgproblemen in kaart. Dit artikel beschrijft trends in zes zorgproblemen in Nederlandse verpleeghuizen tussen 2017 en 2024: decubitus, incontinentie, vallen, ondervoeding, onvrijwillige zorg en pijn.

Methode: Gegevens van 60.926 bewoners die deelnamen aan LPZ-metingen tussen 2017 en 2024 (met uitzondering van 2020) zijn geanalyseerd. De prevalentie per zorgprobleem is per jaar gerapporteerd.

Resultaten: Tussen 2017 en 2024 steeg de prevalentie van pijn van 34,2% naar 42,7%, terwijl de toepassing van onvrijwillige zorg afnam (30,3% naar 17,1%). Voor de overige zorgproblemen werden minder uitgesproken trends gevonden: ondervoeding bleef vrijwel gelijk (16,3% naar 16,2%), incontinentie daalde (urine: 23,3% naar 20,5%; fecaal: 17,4% naar 16,9%; dubbel: 12,7% naar 9,8%), terwijl valincidenten (12,6% naar 13,1%) en decubitus (2,9% naar 4,5%) licht toenamen.

Conclusie: De LPZ-prevalentiecijfers over 2017–2024 laten uiteenlopende trends zien, waaronder een afname in onvrijwillige zorg en een toename van pijn. Deze resultaten laten zien dat het systematisch monitoren van zorgproblemen belangrijk is om veranderingen tijdig te signaleren en gerichte verbeteringen in de zorg te ondersteunen.

Trefwoorden: kwaliteit van zorg, zorgproblemen, verpleeghuiszorg, leren en ontwikkelen

1 Universiteit Maastricht, Afdeling Health Services Research, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
2 Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, Maastricht.
* Corresponderend auteur: y.goertz@maastrichtuniversity.nl.
3 Universiteit Maastricht, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
4 Proteion, Afdeling Expertise en Behandeling, Horn.

The prevalence of care problems among nursing home residents in the Netherlands: an overview from 2017 to 2024

Yvonne Goërtz[1,2*], Sil Aarts[1,2], Sam Duijnstee[1,2], Suzanne Rijcken[1,2], Daisy Janssen[1-4], Katya Sion[1,2]

Abstract

Background: Insight into the quality of care is essential for providing high-quality care and guiding quality improvements in nursing homes. Data from the Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems (Dutch: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ) provide annual, standardized information on the prevalence of common care problems in long-term care. This article describes trends in six care problems in Dutch nursing homes from 2017 to 2024: pressure ulcers, incontinence, falls, malnutrition, restraint use, and pain.

Methods: LPZ data from 60,926 residents (2017–2024, excluding 2020) were descriptively analyzed. Prevalence rates were reported per problem per year.

Results: Between 2017-2024, the prevalence of pain increased from 34.2% to 42.7%, while restraint use decreased (from 30.3% to 17.1%). For other care problems, trends were less pronounced: malnutrition remained stable (16.3% to 16.2%), incontinence decreased (urinary: 23.3% to 20.5%; fecal: 17.4% to 16.9%; double: 12.7% to 9.8%), while falls (12.6% to 13.1%) and pressure ulcers (2.9% to 4.5%) slightly increased.

Conclusion: LPZ prevalence data for 2017–2024 reveal diverse trends in six common care problems, including reduced restraint use and increased pain. These results show that systematic monitoring of care problems is important to detect changes over time and to support targeted quality improvement.

Keywords: Quality of Care, Care Problems, Nursing Homes, Learning and Improvement

1 Maastricht University, Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
2 Maastricht University, Living Lab in Ageing and Long-Term Care, Maastricht.
* Corresponding author: y.goertz@maastrichtuniversity.nl.
3 Maastricht University, Department of Family Medicine, Care and Public Health Research Institute, Maastricht.
4 Proteion, Department of Expertise and Treatment, Horn.

Inleiding

Kwaliteit van zorg is essentieel voor het welzijn van bewoners in het verpleeghuis en heeft directe invloed op gezondheid en kwaliteit van leven.[1] Kwaliteit van zorg is echter geen vaststaand gegeven, maar een dynamisch proces dat voortdurend geëvalueerd en afgestemd moet worden op de veranderde zorgbehoeften van bewoners en op de maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder ook de verschuivende visies op wat verstaan wordt onder goede kwaliteit van zorg.[2,3] Dit is vooral belangrijk nu ouderen langer thuis blijven wonen en pas bij complexere zorgbehoeften verhuizen naar het verpleeghuis.[4] Om passende zorg van hoge kwaliteit te kunnen blijven bieden, is het van groot belang dat ouderenzorgorganisaties actief inzetten op leren en ontwikkelen.[5] Hiervoor is inzicht in de kwaliteit van zorg onmisbaar.[2]

Om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen kunnen zowel kwantitatieve als kwalitatieve benaderingen worden toegepast, die elk gebruikmaken van specifieke methoden. Kwantitatieve methoden, zoals het analyseren van registratiegegevens en het gebruik van vragenlijsten, leveren gestandaardiseerde prevalentiecijfers op over zorgproblemen zoals incontinentie en vallen.[6-8] Kwalitatieve benaderingen, zoals het ophalen van verhalen, geven inzicht in de ervaren kwaliteit van zorg door bewoners, naasten en zorgverleners.[9] Voor een volledig beeld van kwaliteit zijn zowel cijfers als verhalen nodig.[10] Cijfers geven richting, verhalen geven context en betekenis.

De combinatie van cijfers en verhalen geeft inzicht in wat goed gaat en wat beter kan en vormt de basis voor gericht leren en ontwikkelen.[11,12] Deze inzichten kunnen vervolgens op verschillende niveaus worden toegepast. Op individueel cliëntniveau stelt deze informatie zorgprofessionals in staat om, samen met bewoners en naasten, goed onderbouwde en tijdige beslissingen te nemen.[13] Op team-, afdelings- en organisatieniveau maakt deze informatie reflectie op zorgprocessen, het signaleren van ontwikkelingen en vergelijking binnen en tussen organisaties (benchmarking) mogelijk.[11,12] Op geaggregeerd niveau, bijvoorbeeld regionaal of landelijk, kunnen gestandaardiseerde kwaliteitsdata worden benut voor het ontwikkelen van voorspelmodellen en het anticiperen op toekomstige zorgbehoeften.

Een voorbeeld van een structurele kwantitatieve methode die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maakt en leren en ontwikkelen ondersteunt, is de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ).[7] Met de LPZ worden jaarlijks uitgebreide gegevens verzameld over zorgproblemen zoals decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, onvrijwillige zorg, pijn en andere indicatoren van basisveiligheid. Deze indicatoren, vastgesteld in het Kwaliteitskader van 2017 onder regie van Zorginstituut Nederland en ontwikkeld in samenwerking met zorgaanbieders, beroepsverenigingen van zorgprofessionals en cliëntvertegenwoordiging, ondersteunen niet alleen zorgorganisaties bij het systematisch monitoren van kwaliteit van zorg en het signaleren van mogelijke verbeterpunten, maar bieden zorgprofessionals ook concrete aanknopingspunten voor gericht leren en ontwikkelen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast

geeft de LPZ inzicht in trends over de jaren heen, doordat dezelfde meetmethode telkens wordt herhaald. Dit stelt zorgorganisaties in staat om resultaten zowel binnen de eigen organisatie als tussen organisaties te vergelijken.

De wettelijke verplichting tot het aanleveren van de indicatoren basisveiligheid, die sinds 2017 gold, is per 1 juli 2024 komen te vervallen met de invoering van het Generiek Kompas.[5] Zorgorganisaties hebben daardoor meer ruimte gekregen om zelf te bepalen hoe zij de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken en verantwoorden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van kwalitatieve informatie, kwantitatieve gegevens of een combinatie van beide, gericht op leren en ontwikkelen. De relevantie van prevalentiecijfers blijft echter onverminderd.[14,15] Veel zorgorganisaties beschikken inmiddels over interne datasystemen waarin grote hoeveelheden gegevens worden geregistreerd, maar het is nog onvoldoende duidelijk hoe eenvoudig deze gegevens uit de systemen te halen zijn en welke kwaliteit zij hebben. Hierdoor ontbreekt momenteel een landelijk en betrouwbaar overzicht van prevalentiecijfers van zorgproblemen in de ouderenzorg.

Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in de ontwikkeling van de prevalentie van zes veelvoorkomende zorgproblemen (decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, onvrijwillige zorg en pijn) onder verpleeghuisbewoners in Nederland over de periode 2017-2024, en daarmee algemene trends te beschrijven sinds de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tot de overgang naar het Generiek Kompas.

Methode

De LPZ is een jaarlijkse, gestandaardiseerde meting die inzicht geeft in de aanwezigheid, preventie en behandeling van veelvoorkomende zorgproblemen. In dit beschrijvend onderzoek is gebruikgemaakt van een subset van de LPZ-gegevens, specifiek gericht op het identificeren van puntprevalenties van de meest voorkomende zorgproblemen in de ouderenzorg. De analyse richt zich op gegevens die zijn gemeten op het niveau van de bewoner.[7] De LPZ is goedgekeurd door de Faculty Research Ethics Committee voor niet-WMO-plichtig onderzoek van de Universiteit Maastricht (FHML-REC, nr. FHML-REC/2023/097).

Populatie

De populatie bestaat uit bewoners van Nederlandse verpleeghuizen die in de periode 2017-2024 ten minste één keer hebben deelgenomen aan de LPZ-meting. Het jaar 2020 is daarbij uitgesloten, aangezien in dat jaar vanwege de COVID-19-pandemie geen meting plaatsvond. Deelname aan de LPZ gebeurt op vrijwillige basis, op organisatieniveau. Zorgorganisaties worden jaarlijks uitgenodigd om deel te nemen en melden zich vervolgens aan voor de meting. Binnen deelnemende afdelingen worden

alle in aanmerking komende bewoners betrokken bij de meting, waarbij niet geselecteerd wordt op basis van Zorg Zwaarte Pakket (ZZP)-score. De gegevens zijn grotendeels afkomstig uit elektronische cliëntendossiers en anoniem verzameld. Hierdoor kan eenzelfde bewoner in meerdere jaren in de dataset voorkomen.

Data-verzameling

Per bewoner zijn demografische kenmerken verzameld, waaronder geslacht, leeftijd, type afdeling, zorgafhankelijkheid en zorgindicatie. Het type afdeling is voor de analyses geclassificeerd in psychogeriatrische langdurige zorg, somatische langdurige zorg, kortdurende/herstelgerichte zorg en overig. De zorgafhankelijkheid werd gemeten met de Care Dependency Scale (CDS), waarbij vijf categorieën zijn vastgesteld op basis van normgegevens: volledig zorgafhankelijk (score <25), in grote mate zorgafhankelijk (25–44), gedeeltelijk zorgafhankelijk (45–59), beperkt zorgafhankelijk (60–69) en vrijwel zelfstandig (>69).[16] De zorgindicatie is vastgesteld op basis van de ZZP-score, een maat voor de benodigde zorgzwaarte, variërend van 1 (lichte zorg) tot 10 (zeer intensieve zorg). Een hogere score duidt op een grotere zorgbehoefte en een intensiever zorgprofiel.[17]

Naast demografische kenmerken zijn puntprevalenties verzameld van zes veelvoorkomende zorgproblemen in de verpleeghuiszorg: decubitus, incontinentie, vallen, ondervoeding, onvrijwillige zorg en pijn. Een puntprevalentie is gedefinieerd als het aandeel bewoners bij wie een specifiek zorgprobleem aanwezig is op het moment van de LPZ-meting, dan wel binnen een vooraf vastgestelde, zorgprobleemspecifieke referentieperiode. De LPZ vindt plaats tijdens een door de zorgorganisatie te bepalen week in de maand februari. Tijdens deze meetweek stellen geïnstrueerde zorgprofessionals per bewoner vast of een zorgprobleem aanwezig is, op basis van observatie en beoordeling gedurende de meetweek, aangevuld met informatie uit het elektronische cliëntendossier. De registratie vindt plaats conform gestandaardiseerde definities en meetinstructies. De definities, berekeningen en uitkomstmaten van de geselecteerde zorgproblemen worden hieronder toegelicht. Omdat deelname aan de meting per zorgprobleem optioneel was, varieert het aantal ontbrekende waarden per zorgprobleem.

- *Decubitus*, of drukletsel, is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel door druk of door druk gecombineerd met schuifkracht. Dit komt vaak voor op botuitsteeksels.[18] Decubitus wordt geclassificeerd in vijf stadia: (1) niet-wegdrukbare roodheid, (2) gedeeltelijk huidverlies of blaar, (3) volledig huidverlies, (4) volledig weefsellaagverlies en (5) vermoedelijke diepe weefselbeschadiging. Deze studie richt zich op nosocomiale (d.w.z. ontstaan tijdens het verblijf in het verpleeghuis) decubitus van categorie 2 of hoger. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners met nosocomiale decubitus-categorie ≥2 (teller), gedeeld door het aantal bewoners waarbij een huidinspectie is uitgevoerd (noemer).

- *Incontinentie* omvat urine-, fecale en dubbele incontinentie. Urine-incontinentie betreft onvrijwillig urineverlies en kan verschillende vormen aannemen, zoals stress-, urge- of neurogene incontinentie. Fecale incontinentie verwijst naar onvrijwillig verlies van ontlasting, terwijl dubbele incontinentie zowel urine- als fecaal verlies betreft. Deze studie richt zich op nosocomiale incontinentie. De prevalentie van nosocomiale incontinentie werd berekend als het aantal bewoners met incontinentie (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners met beschikbare gegevens over incontinentie (noemer).
- *Vallen* wordt gedefinieerd als een onverwachte gebeurtenis waarbij een persoon onbedoeld op de grond of een lager gelegen niveau terechtkomt, ongeacht letsel.[19] De prevalentie van nosocomiale vallen werd vastgesteld op basis van incidenten die zich in de 30 dagen voorafgaand aan het meetmoment binnen de WLZ-zorginstelling voordeden. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat in de afgelopen 30 dagen binnen de instelling is gevallen (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).
- *Het risico op ondervoeding* is gedefinieerd als aanwezig wanneer aan ten minste één van de volgende criteria is voldaan: een BMI <18,5 kg/m^2 bij bewoners jonger dan 65 jaar, een BMI <20 kg/m^2 bij bewoners van 65 jaar en ouder, onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de afgelopen 6 maanden, of onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 5% in de afgelopen maand. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat voldeed aan ten minste één van deze criteria (teller), gedeeld door het aantal bewoners met beschikbare gegevens over BMI en/of gewichtsverlies (noemer).
- *Onvrijwillige zorg* is operationeel gedefinieerd als de toepassing van middelen en maatregelen rond vrijheid in de 30 dagen voorafgaand aan de dag waarop de cliënt wordt gemeten. Het betreft maatregelen die de autonomie, bewegingsvrijheid en het gedrag van de bewoner beperken en die de bewoner niet zelfstandig kan opheffen, ongeacht het doel van de maatregel of eventuele toestemming. Sinds 2021 wordt de vraag niet langer op instellingsniveau, maar op afdelingsniveau gesteld. De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners waarbij in de afgelopen 30 dagen onvrijwillige zorg is toegepast (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).
- *Pijn* is gedefinieerd volgens de International Association for the Study of Pain (IASP) als “een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met feitelijke of potentiële weefselbeschadiging, of beschreven in termen van een dergelijke beschadiging.” De prevalentie werd berekend als het aantal bewoners dat in de afgelopen 7 dagen pijn ervaarde (dagelijks of niet-dagelijks) (teller), gedeeld door het totaal aantal bewoners waarvoor deze informatie beschikbaar was (noemer).

Data-analyse

Gegevens werden gepresenteerd als percentages voor categorische variabelen en als gemiddelden met standaarddeviaties voor numerieke variabelen. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de prevalentie van zorgproblemen tussen 2017 en 2024 te analyseren. Vanwege de steekproefomvang zijn geen statistische toetsen uitgevoerd; de resultaten worden uitsluitend beschrijvend gerapporteerd als jaarlijkse prevalenties (proporties), zonder standaarddeviatie of correcties voor populatiekenmerken. Gegevens werden geanalyseerd met SPSS (V29.0, Chicago, IL, USA).

Resultaten

In totaal namen 60.926 verpleeghuisbewoners deel aan de LPZ-metingen tussen 2017 en 2024. Het aantal deelnemende verpleeghuislocaties varieerde per jaar van 82 tot 167. Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van deze bewoners per jaar. Het merendeel van de metingen vond plaats op psychogeriatrische en somatische afdelingen in de langdurige zorg. De meeste bewoners waren vrouw (~70%), met een gemiddelde leeftijd van ~84 jaar. De meest voorkomende zorgindicatie was ZZP 5, gevolgd door ZZP 6. Ruim 90% van de bewoners was in meerdere mate zorgafhankelijk, variërend van volledig tot beperkt.

Tabel 1 Kenmerken van verpleeghuisbewoners (2017-2024)

	2017 (n=7590)	2018 (n=11977)	2019 (n=11097)	2021 (n=9365)	2022 (n=8469)	2023 (n=6381)	2024 (n=6047)
Verpleeghuislocaties, n	98	167	157	137	123	92	82
Man, n (%)	2311 (30,4)	3666 (30,6)	3432 (30,9)	2858 (30,5)	2575 (30,4)	1972 (30,9)	1963 (32,5)
Gemiddelde leeftijd ± SD	83,8 ± 9,5	84,0 ± 9,5	83,8 ± 9,8	83,7 ± 9,9	84,3 ± 9,4	84,8 ± 8,8	84,0 ± 9,7
Zorgindicatie (ZZP), n (%)							
3	187 (2,5)	174 (1,5)	129 (1,2)				
4	1351 (17,8)	2204 (18,4)	1897 (17,1)	1500 (16,0)	1384 (16,3)	872 (13,7)	628 (10,4)
5	3271 (43,1)	5634 (47,0)	5378 (48,5)	4574 (48,8)	4033 (47,6)	3079 (48,3)	2939 (48,6)
6	1675 (22,1)	2466 (20,6)	2342 (21,1)	2052 (21,9)	1907 (22,5)	1663 (26,1)	1618 (26,8)
7	561 (7,4)	918 (7,7)	821 (7,4)	727 (7,8)	685 (8,1)	522 (8,2)	630 (10,4)
8	94 (1,2)	166 (1,4)	188 (1,7)	178 (1,9)	164 (1,9)	78 (1,2)	65 (1,1)
9	84 (1,1)	77 (0,6)	56 (0,5)	55 (0,6)	67 (0,8)	26 (0,4)	20 (0,3)
10			8 (0,1)				
Ontbrekend, n	367	338	278	279	229	141	147
Zorg-afhankelijkheid, n (%)							
Volledig zorgafhankelijk	1015 (13,4)	1949 (16,3)	1733 (15,6)	1272 (13,6)	1094 (12,9)	880 (13,8)	728 (12,0)
Grote mate zorgafhankelijk	2473 (32,6)	3899 (32,6)	3622 (32,6)	3104 (33,1)	2795 (33,0)	2078 (32,6)	2652 (43,9)
Gedeeltelijk zorgafhankelijk	2100 (27,7)	3270 (27,3)	3137 (28,3)	2844 (30,4)	2471 (29,2)	1921 (30,1)	1459 (24,1)
Beperkte zorgafhankelijkheid	1321 (17,4)	1960 (16,4)	1810 (16,3)	1513 (16,2)	1510 (17,8)	1065 (16,7)	828 (13,7)
Vrijwel zelfstandig	679 (8,9)	897 (7,5)	792 (7,1)	632 (6,7)	599 (7,1)	436 (6,8)	380 (6,3)
Ontbrekend, n	2	2	3			1	
Type afdeling, n(%)							
Psychogeriatrische langdurige zorg	3469 (45,7)	5602 (46,8)	5391 (48,6)	4654 (49.7)	4122 (48,7)	3326 (52,1)	3224 (53,3)
Somatische langdurige zorg	3575 (47,1)	5626 (47,0)	4338 (39,1)	3710 (39,6)	3685 (43,5)	2745 (43,0)	2343 (38,7)
Kortdurende/herstelzorg	265 (3,5)	133 (1,1)	242 (2,2)	141 (1,5)	152 (1,8)	135 (2,1)	86 (1,4)
Overig	281 (3,7)	616 (5,1)	1126 (10,1)	860 (9,2)	510 (6,0)	160 (2,5)	380 (6,3)
Ontbrekend, n						15	14

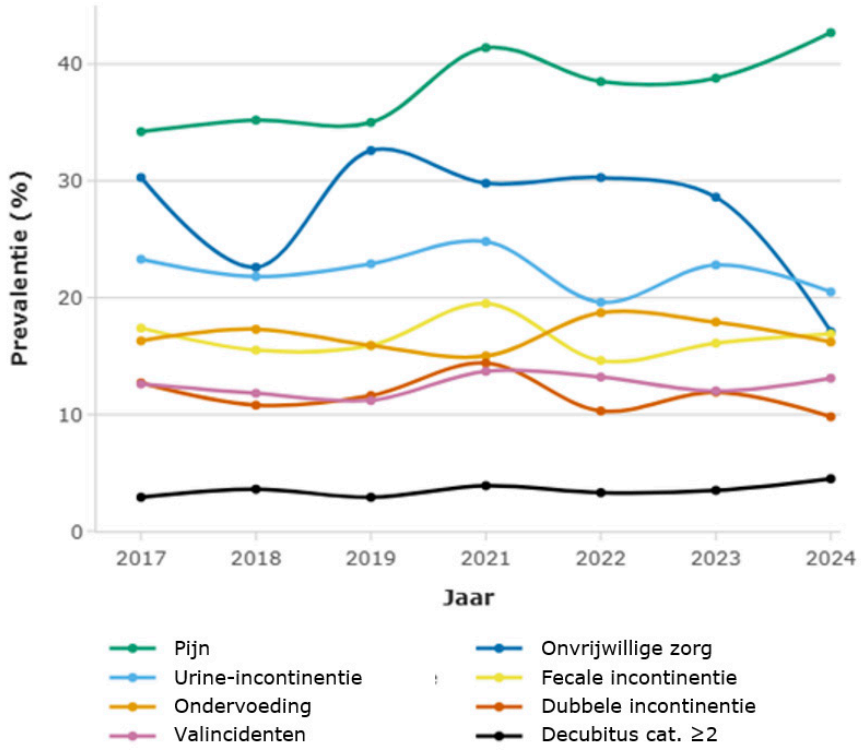
Afkortingen: n=number (aantal), SD = standaarddeviatie, ZZP = Zorg Zwaarte Pakket

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie – DOI: 10.54195/tgg24840

Prevalentie van zorgproblemen

De prevalentie van verschillende zorgproblemen in de verpleeghuiszorg liet tussen 2017 en 2024 uiteenlopende trends zien (Tabel 2, Figuur 1). Het meest opvallend is dat het aandeel bewoners met pijn steeg van 34,2% in 2017 naar 42,7% in 2024, terwijl de toepassing van onvrijwillige zorg afnam van 30,3% in 2017 naar 17,1% in 2024.

Voor de overige zorgproblemen werden mindere sterke trends gevonden. Ondervoeding bleef relatief stabiel, met een prevalentie van 16,3% in 2017 en 16,2% in 2024. De prevalentie van incontinentie daalde: van 23,3% naar 20,5% voor urine-incontinentie, van 17,4% naar 16,9% voor fecale incontinentie en van 12,7% naar 9,8% voor dubbele incontinentie. De prevalentie van decubitus categorie 2 of hoger steeg licht (2,9% naar 4,5%), evenals het aantal valincidenten in de voorafgaande 30 dagen (12,6% naar 13,1%). Hoewel over de gehele periode globale stijgingen en dalingen zichtbaar zijn, laten de jaarlijkse prevalentiecijfers per zorgprobleem ook fluctuaties tussen afzonderlijke meetjaren zien, zoals weergegeven in Tabel 2.



Figuur 1 Prevalenties van de zorgproblemen over de jaren 2017-2024

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie – DOI: 10.54195/tgg24840

Tabel 2 Prevalenties van de zorgproblemen over de jaren 2017-2024

	2017 (n=7590)	2018 (n=11977)	2019 (n=11097)	2021 (n=9365)	2022 (n=8469)	2023 (n=6381)	2024 (n=6047)
Decubitus cat. ≥2, n (%)	222 (2,9)	215 (3,6)	91 (2,9)	39 (3,9)	59 (3,3)	70 (3,5)	45 (4,5)
Ontbrekend, n	43	6028	7951	8363	6663	4406	5039
Incontinentie, n (%)							
Urine-incontinentie	913 (23,3)	682 (21,8)	673 (22,9)	208 (24,8)	305 (19,6)	182 (22,8)	224 (20,5)
Fecale incontinentie	680 (17,4)	485 (15,5)	468 (15,9)	164 (19,5)	228 (14,6)	129(16,1)	185 (16,9)
Dubbele incontinentie	496 (12,7)	339 (10,8)	341 (11,6)	121 (14,4)	160 (10,3)	95 (11,9)	107 (9,8)
Ontbrekend, n	3675	8849	8154	8526	6909	5582	4953
Valincidenten, n (%)	587 (12,6)	459 (11,8)	355 (11,2)	130 (13,7)	142 (13,2)	111 (12,0)	128 (13,1)
Ontbrekend, n	2916	8103	7924	8419	7397	5454	5067
Onvrijwillige zorg, n (%)	1945 (30,3)	1514 (22,6)	958 (32,6)	395 (29,8)	876 (30,3)	273 (28,6)	168 (17,1)
Ontbrekend, n	1169	5281	8154	8041	5577	5427	5063
Pijn, n (%)	1339 (34,2)	992 (35,2)	947 (35,0)	358 (41,4)	315 (38,5)	360 (38,8)	467 (42,7)
Ontbrekend, n	3675	9158	8394	8500	7650	5454	4953
Ondervoeding, n (%)	716 (16,3)	619 (17,3)	433 (15,9)	228 (15,0)	126 (18,7)	132 (17,9)	210 (16,2)
Ontbrekend, n	3188	8394	8376	7846	7794	5642	4753

Afkortingen: n=number (aantal)

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van prevalentiecijfers van de LPZ-zorgproblemen over de periode 2017-2024. De resultaten laten zien dat vooral de toename van pijn en de afname in de toepassing van onvrijwillige zorg opvallen. Voor de overige zorgproblemen werden minder sterke trends gevonden: ondervoeding bleef stabiel, incontinentie nam licht af, terwijl valincidenten en decubitus licht stegen. Dit zijn waardevolle inzichten in de kwaliteit van zorg in de Nederlandse verpleeghuissector die aanknopingspunten bieden voor beleidsvorming en gerichte kwaliteitsverbetering.

Een opvallend resultaat is de hoge prevalentie van pijn, met een stijgende trend van 34% in 2017 naar 43% in 2024. Eerder onderzoek laat zien dat de prevalentie van pijn onder verpleeghuisbewoners internationaal sterk varieert, waarbij in Europese studies percentages worden gerapporteerd die uiteenlopen van ongeveer 20% tot 80%.[20,21] Deze variatie hangt deels samen met verschillen in de wijze waarop pijn wordt gemeten en geregistreerd.[22] De in dit onderzoek gevonden prevalenties passen binnen deze internationaal beschreven variatie. Ook in internationaal onderzoek waarin dezelfde LPZ-methodiek werd gebruikt, worden vergelijkbare percentages gevonden, zoals in een Oostenrijkse studie met een prevalentie van 40%.[23] De hoge en toenemende prevalentie van pijn is in lijn met de landelijke richtlijn, waarin chronische pijn bij kwetsbare ouderen wordt beschreven als een veelvoorkomend en vaak onderkend probleem in de langdurige zorg, met een aanzienlijke impact op functioneren en kwaliteit van leven.[24] Dit sluit aan bij de gevonden relatief hoge prevalenties van pijn in deze populatie. De hoge en toenemende prevalentie benadrukt het belang van blijvende aandacht voor pijnsignalering en behandeling in de verpleeghuiszorg.

Ook de toepassing van onvrijwillige zorg liet een duidelijke trend zien: een daling van 30% in 2021 naar 17% in 2024. De resultaten moeten worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van de invoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) in 2020, die heeft geleid tot meer terughoudendheid in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.[25] Hoewel binnen de LPZ-metingen tussen 2017 en 2024 is gewerkt met een grotendeels ongewijzigde operationele definitie van middelen en maatregelen rond vrijheid, kunnen veranderingen in beleid en praktijk sinds de invoering van de Wzd hebben bijgedragen aan de waargenomen afname. Met deze beschrijvende analyses kunnen de oorzaken van deze afname echter niet worden vastgesteld.

Voor de overige zorgproblemen werden minder uitgesproken trends gevonden. Deze relatief stabiele prevalenties bij meerdere zorgproblemen duiden echter niet op afname, maar op het structurele karakter ervan. Juist doordat deze problemen relatief stabiel blijven en minder opvallen door duidelijke trends, is systematisch monitoring nodig om ze zichtbaar te houden. Het wegvallen van systematische monitoring vergroot het risico dat deze problematiek minder zichtbaar wordt, terwijl zij

onverminderd onderdeel blijft van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Gezamenlijk laten deze bevindingen zien dat zowel stabiele prevalenties van zorgproblemen als veranderingen over de tijd waardevolle informatie opleveren die beleidsvorming en kwaliteitsverbetering kunnen ondersteunen. Daarbij gaat het niet alleen om het gebruik van kwantitatieve gegevens, maar juist ook om de verbinding met kwalitatieve informatie, zoals ervaringen en verhalen van bewoners, naasten en zorgprofessionals.[26] Deze combinatie is met name relevant voor de duiding van de in dit onderzoek gepresenteerde prevalentiecijfers, bijvoorbeeld bij het begrijpen van de toename van pijn. Door cijfers te combineren met verhalen ontstaat betekenisvolle duiding, die richting geeft aan gezamenlijke reflectie, dialoog en verbeteracties.[11,12]

Hoewel de LPZ een waardevol gestandaardiseerd meetinstrument is, betreft het een puntprevalentie, gemeten tijdens een jaarlijkse meetweek.[7] Deze vorm van actieve dataverzameling staat in contrast met de huidige situatie, waarin zorgorganisaties beschikken over een continue stroom aan kwaliteitsdata, verzameld op bewoner-, team- en organisatieniveau. Deze gegevens kunnen, bijvoorbeeld via dashboards of andere rapportagetools, worden gebruikt om sneller te signaleren, bij te sturen en te leren.[27,28] Initiatieven zoals Leren van Data sluiten hierbij aan door gebruik te maken van doorlopend beschikbare gegevens die bij de bron worden geregistreerd en door deze expliciet te verbinden aan leer- en ontwikkelprocessen in de praktijk, bijvoorbeeld via spiegelgesprekken en teamdialogen.[29] Er is echter nog onvoldoende bekend over hoe eenvoudig deze gegevens daadwerkelijk uit de verschillende systemen te halen zijn en over de kwaliteit ervan. Daarnaast vormen technische beperkingen, versnipperde registratiesystemen, beperkte digitale vaardigheden en het ontbreken van eenduidige definities en interpretaties momenteel belemmeringen voor het effectief gebruik van data voor leren en ontwikkelen.[30]

Naast de vragen hoe kwaliteitsgegevens kunnen worden ontsloten en wat de kwaliteit van deze data is, is minstens zo belangrijk hoe deze gegevens vervolgens worden benut voor leren en ontwikkelen. Een recent rapport laat zien dat zorgorganisaties nog onvoldoende zichtbaar maken hoe zij leren en ontwikkelen, en op welke informatie zij dit baseren.[10] Leren betreft het opdoen van kennis en vaardigheden, terwijl ontwikkelen het toepassen van deze kennis omvat om verbeteracties te stimuleren.[31,32] Het bepalen van de focus van leren en ontwikkelen vereist inzicht in kwaliteitsgegevens. In het cyclische proces wordt nadien met behulp van dezelfde uitkomstmaten geëvalueerd in hoeverre het leren en ontwikkelen tot verandering heeft geleid.

Omdat leren en ontwikkelen in de zorg veelal in samenwerking tussen verschillende disciplines plaatsvinden, is het van belang ook te begrijpen hoe interprofessionele teams data effectief kunnen benutten voor dit doel.[33] Een recent literatuuronderzoek benadrukt de complexiteit van interprofessionele kwaliteitsverbetering. Dit proces wordt beïnvloed door thema's, zoals visie, cultuur, houding,

communicatie, samenwerking, scholing, middelen en implementatie.[34] Bovendien spelen deze factoren een rol op meerdere niveaus: van bewoner en zorgprofessional tot team, organisatie en externe omgeving.

Op basis van deze inzichten is het van belang om in co-creatie met zorgprofessionals, bewoners en naasten praktische methoden en handvatten te ontwikkelen die kwaliteitsdata betekenisvol inzetten voor interprofessioneel leren en ontwikkelen. Parallel hieraan is het ook belangrijk om te onderzoeken hoe zorgorganisaties data uit hun eigen systemen kunnen genereren, om het eigenaarschap over hun real-life data te vergroten. Binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg wordt onderzoek gedaan naar deze thema's, waarbij de verbinding wordt gemaakt tussen het verzamelen van kwaliteitsgegevens en het daadwerkelijk benutten ervan voor betekenisvol leren en ontwikkelen in de praktijk.[35]

Conclusie

De LPZ-prevalentiecijfers over 2017–2024 laten uiteenlopende trends zien in zes veelvoorkomende zorgproblemen in Nederlandse verpleeghuizen, met name een sterke afname van onvrijwillige zorg en een duidelijke toename van pijn. Zulke cijfers zijn onmisbaar om ontwikkelingen binnen en tussen zorgorganisaties systematisch te volgen. Investeren in de ondersteuning van zorgorganisaties bij het genereren van deze data uit hun systemen en bij het betekenisvol benutten van deze data door zorgteams is cruciaal om daadwerkelijk de stap van meten naar leren en ontwikkelen te maken, met als uiteindelijk doel betere en passender zorg voor de verpleeghuisbewoner.

Financiering

Dit onderzoek maakt deel uit van het VWS-gefinancierd onderzoek Zorgprofessionals aan Zet (Studienummer 333021).

Literatuur

1. Kehyayan V, Hirdes JP, Tyas SL, Stolee P. Residents' self-reported quality of life in long-term care facilities in Canada. Can J Aging. 2015;34(2):149-64.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Jama. 1988;260(12):1743-8.
3. Sion KYJ, Haex R, Verbeek H, Zwakhalen SMG, Odekerken-Schröder G, Schols J, et al. Experienced Quality of Post-Acute and Long-Term Care From the Care Recipient's Perspective: A Conceptual Framework. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(11):1386-90.e1.
4. Commission E, Directorate-General for Employment SA, Inclusion. Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles: Publications Office; 2021.
5. Nederland Z. Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. 1 juli 2024.

6. Halfens RJ, Meesterberends E, Meijers JM, van Nie NC, Schols JM. [Basic care in nursing homes: longitudinal presentation of care problems measured with the National Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ)]. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2013;44(6):242-52.
7. van Nie-Visser NC, Schols JM, Meesterberends E, Lohrmann C, Meijers JM, Halfens RJ. An international prevalence measurement of care problems: study protocol. J Adv Nurs. 2013;69(9):e18-29.
8. Kim H, Jung YI, Sung M, Lee JY, Yoon JY, Yoon JL. Reliability of the interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) and interRAI Home Care (HC). Geriatr Gerontol Int. 2015;15(2):220-8.
9. Sion KYJ, Heerings M, Blok M, Scheffelaar A, Huijg JM, Westerhof G, et al. How Stories Can Contribute Toward Quality Improvement in Long-Term Care. Gerontologist. 2024;64(4).
10. Goërtz Y, Moraal-Hemmes B, Hamers J, Sion K. Op weg naar een lerende beweging: Inzicht in de kwaliteitsbeelden als onderdeel van het Generiek Kompas 2024. CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences 2025 25-08-2025.
11. Shah A. Using data for improvement. BMJ. 2019;364:l189.
12. Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research - what happens when mixed method findings conflict? [ISRCTN61522618]. BMC Health Serv Res. 2006;6:28.
13. Aarts S, Daniels R, Hamers J, Verbeek H. Data in de langdurige ouderenzorg. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2020;2020(5):92--6.
14. Tevik K, Helvik A-S, Stensvik G-T, Nordberg MS, Nakrem S. Nursing-sensitive quality indicators for quality improvement in Norwegian nursing homes – a modified Delphi study. BMC Health Services Research. 2023;23(1):1068.
15. Rantz MJ, Popejoy L, Mehr DR, Zwygart-Stauffacher M, Hicks LL, Grando V, et al. Verifying Nursing Home Care Quality Using Minimum Data Set Quality Indicators and Other Quality Measures. Journal of Nursing Care Quality. 1997;12(2):54-62.
16. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. Scand J Caring Sci. 1996;10(3):137-43.
17. Bureau HHM. Zorgzwaartepakketten V&V v. Zorgprofiel - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed), Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia. 2014.
19. The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. Dan Med Bull. 1987;34 Suppl 4:1-24.
20. Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, Lapane KL. Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents. Pain. 2017;158(6):1091-9.
21. Bauer U, Pitzer S, Schreier MM, Osterbrink J, Alzner R, Iglseder B. Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state - a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2016;16:124.
22. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatr. 2006;6:3.
23. Osmancevic S, Bauer S. Pain and its associated factors in nursing home residents. Geriatr Nurs. 2022;47:13-7.
24. Achterberg WP, de Ruiter CM, de Weerd-Spaetgens CM, Geels P, Horikx A, Verduijn MM. [Multidisciplinary guideline 'Recognition and treatment of chronic pain in vulnerable elderly people']. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;155(35):A4606.
25. VWS. Wet, zorg en dwang (Wzd) 2022. Available from: https://www.dwangindezorg.nl/wzd
26. Moraal-Hemmes; B, Goërtz; Y, Schols; J, Hamers; J, Sion K. Zorgprofessionals aan Zet: multidisciplinair leren en verbeteren in het verpleeghuis met routinematig verzamelde data. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2023(5).
27. Bouchmal S, Sion KY, Hamers JP, Aarts S. Toward Data-Informed Care in Long-Term Care: Qualitative Analysis. JMIR Aging. 2025;8:e69423.

28. Albers CAW, Wieland-Jorna Y, de Bruijne MC, Smalbrugge M, Joling KJ, de Boer ME. Enhancing Standardized and Structured Recording by Elderly Care Physicians for Reusing Electronic Health Record Data: Interview Study. JMIR Med Inform. 2024;12:e63710.
29. Patricia Jepma FW, Gary Yeung, Nienke Fleuren, Sytse Zuidema, Cees Hertogh, Martin Smalbrugge, Karlijn Joling. Leren in het verpleeghuis met spiegelinformatie: resultaten uit de peilstations. Leren van data. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2023(No. 5 - November).
30. Bouchmal S, Sion K, Hamers J, Aarts S. Toward Data-Informed Care in Long-Term Care: Qualitative Analysis. JMIR Aging. 2025;8:e69423.
31. Russ SJ, Green J, de Winter L, Herrington E, Hughes-Hallett A, Taylor JM, et al. An introduction to quality improvement. Journal of Clinical Urology. 0(0):20514158221075405.
32. Schunk DH. Learning Theories: Educational Perspectives. 8th ed. New York, NY: Pearson; 2020. 582 p.
33. Limburg AWO. Zorgprofessionals aan Zet. Available from: https://www.awolimburg.nl/nl/projecten/zorgprofessionals-aan-zet
34. Vosters R, Goëtz Y, Hamers J, Sion K. Facilitators for and barriers to multidisciplinary quality improvement in the care for older people in nursing homes: A systematic review protocol. PROSPERO2024. Available from: https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42024528522
35. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols J, Kempen G, Hamers JPH. The Living Lab In Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. J Nutr Health Aging. 2020;24(1):43-7.