Rapportage resultaten
Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

2010

Uitvoering
Universiteit Maastricht
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Department of Health Care and Nursing Science
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
T: 043-3881559 / E: LPZ@zw.unimaas.nl / W: www.LPZ-UM.eu

Projectleider
Prof.dr. R.J.G. Halfens, zorgprobleem decubitus

Senior onderzoeker
Prof.dr. J.M.G.A. Schols

Onderzoekers
Mw. dr. J.M.M. Meijers, zorgprobleem ondervoeding
Mw. drs. N.C. van Nie, onderzoeksgebied internationalisering LPZ
Dr. J.C.L. Neyens, zorgprobleem vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen

Onderzoeksassistent
Mw. drs. S. Rijcken

Met dank aan Mw. C. Wieczorek BSc., studentassistent

Technische uitvoering en dataverwerking
Internet Researchbureau Flycatcher

Lay-out en druk
Datawyse / Universitaire Pers Maastricht

ISBN: 978 94 90411 02 2
© Copyright Universiteit Maastricht, CAPHRI, Department of Health Care and Nursing Science 2010

Gehele of gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

Dit rapport is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van NUTRICIA Advanced Medical Nutrition

Rapportage resultaten
Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

2010

R.J.G. Halfens
J.M.M. Meijers
M.F.M.T. Du Moulin
N.C. van Nie
J.C.L. Neyens
J.M.G.A. Schols

Augustus 2010
Universiteit Maastricht
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Department of Health Care and Nursing Science

Legenda tabellen

AcZ	Academisch ziekenhuis
AlgZ	Algemeen ziekenhuis
ZH	Ziekenhuizen (zowel academische als algemene)
RC	Revalidatiecentrum
WZW	Wonen-zorg-welzijn (verpleeg- en verzorgingshuizen)
TZ	Thuiszorg

Inhoudsopgave

VOORWOORD 9

1 INLEIDING 11
1.1 Opzet meting 11
1.2 Populatie 12
1.3 Registratieformulier 12
1.4 Procedure 13
1.5 Analyse 13
1.6 Betrouwbaarheid en validiteit 14
1.7 Beperkingen 15
1.8 Opbouw 16
1.9 Literatuur 16

2 KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS 19
2.1 Aantal deelnemers 19
2.2 Kenmerken van de deelnemers 22
2.3 Samenvatting en conclusie 24
2.4 Literatuur 25

3 DECUBITUS 27
3.1 Inleiding 27
3.2 Definities 28
3.3 Kenmerken deelnemers decubitus 2010 29
3.4 Prevalentie decubitus 30
3.5 Kenmerken cliënten met decubitus 33
3.6 Decubituswonden 36
3.7 Preventieve maatregelen bij decubitus 38
3.8 Behandeling van decubitus 40
3.9 Kwaliteitsindicatoren decubitus 42
3.10 Conclusies 43
3.11 Aanbevelingen 44
3.12 Literatuur 45

4 INCONTINENTIE 47
4.1 Inleiding 47
4.2 Definities 47
4.3 Kenmerken deelnemers incontinentie 2010 49

4.4 Prevalentie incontinentie 50
4.5 Kenmerken cliënten met incontinentie 53
4.6 Incontinentieletsels 58
4.7 Maatregelen bij urine-incontinentie 59
4.8 Kwaliteitsindicatoren incontinentie 61
4.9 Conclusies 62
4.10 Aanbevelingen 63
4.11 Literatuur 63

5 ONDERVOEDING 65
5.1 Inleiding 65
5.2 Definities 65
5.3 Kenmerken deelnemers ondervoeding 2010 66
5.4 Prevalentie ondervoeding 67
5.5 Kenmerken cliënten met ondervoeding 69
5.6 Preventie en behandeling van ondervoeding 72
5.7 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding 77
5.8 Conclusies 79
5.9 Aanbevelingen 79
5.10 Literatuur 80

6 VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN 81
6.1 Inleiding 81
6.2 Definities 82
6.3 Kenmerken deelnemers vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen 2010 82
6.4 Incidentie vallen 83
6.5 Kenmerken van vallers 87
6.6 Kenmerken van valincidenten 90
6.7 Toegepaste valpreventieve maatregelen 94
6.8 Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen 96
6.9 Kenmerken van cliënten waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast 100
6.10 Kwaliteitsindicatoren valpreventie 103
6.11 Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen 104
6.12 Conclusies 105
6.13 Aanbevelingen 108
6.14 Literatuur 108

7 SMETTEN 109
7.1 Inleiding 109
7.2 Definities 110
7.3 Kenmerken deelnemers smetten 2010 110

7.4 Prevalentie smetten 111
7.5 Kenmerken van cliënten met smetten 113
7.6 Behandeling en preventie van smetten 115
7.7 Kwaliteitsindicatoren smetten 116
7.8 Conclusies 117
7.9 Aanbevelingen 117
7.10 Literatuur 118

8 INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN 119
8.1 Inleiding 119
8.2 De deelnemers 119
8.3 Vergelijking Zorgproblemen 121
8.4 Conclusies 130
8.5 Aanbevelingen 131
8.6 Literatuur 131

Bijlage PUBLICATIES PROJECTGROEP LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 133
Internationale wetenschappelijke artikelen 133
Vaktijdschriften 139
Rapporten 142
Proefschriften 143
(Hoofdstukken in) boeken 144

VOORWOORD

De afgelopen jaren hebben we de LPZ wel eens omschreven als een uit de hand gelopen hobby. De LPZ is in 1998 gestart als een eenmalige meting om de toenmalige Stuurgroep Decubitus van objectieve informatie over het voorkomen van decubitus te voorzien.

Na de eerste meting bleek al snel dat de deelnemende instellingen de metingen ook in de jaren daarop wilden voortzetten. De gegevens werden door de deelnemers ingevoerd in een eenvoudig programmaatje. Dat programma bleek al snel grote beperkingen te hebben, vooral wat betreft de flexibiliteit. Aanpassingen aan de vragenlijst waren niet mogelijk zonder het programma volledig opnieuw te schrijven. Na een rampzalig jaar met het scannen van de vragenlijsten, werd besloten een professioneel bedrijf in de arm te nemen om de data te verzamelen. Dit bedrijf, Flycatcher, ontwikkelde een web-based invoerprogramma, dat ons in staat stelde de gegevens snel terug te rapporteren aan de instellingen.

Het aantal modules breidde in de loop der jaren uit en de metingen bleven niet beperkt tot Nederland. Ook in Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en zelfs in Nieuw-Zeeland startte men met de LPZ-metingen. Daarmee hadden we niet alleen een Duitse en een Engelse versie van de LPZ, maar moesten we bij elke verandering ervoor zorgen, dat deze verandering ook aangepast werd in het Duits en het Engels. Bij kleine veranderingen is dit te overzien. Lastiger werd het met de komst van de prestatie-indicatoren. Deze werden als aparte modules opgenomen, mede om te voorkomen dat ook in de Duitse en Engelse versie de betreffende vragen opgenomen moesten worden. Omdat sommige vragen ook in het LPZ gedeelte werden gevraagd, werden deze niet ook nog eens opgenomen in de betreffende module. Lastiger was het als sommige vragen net anders geformuleerd waren, zodat we deze in alle versies moesten aanpassen.

Bij de LPZ zijn we er altijd vanuit gegaan dat alle cliënten gemeten moeten worden. Bij de prestatie-indicatoren is dit niet altijd het geval en zijn bepaalde vragen alleen voor specifieke groepen bedoeld.

De aanpassingen van de vragenlijst en de rapportage zijn daarom erg complex geworden, en vereisen steeds meer een professionele organisatie. Een hobby is het dus al lang niet meer, maar gelukkig doen we het nog steeds met veel plezier. Te meer omdat duidelijk is dat we enerzijds unieke gegevens hebben over zorgproblemen over langere tijd en anderzijds er steeds meer internationale interesse komt voor de LPZ, hetgeen een bevestiging is dat wat ooit als hobby startte nationaal en internationaal een erkende zorgmonitor is geworden.

Zorgen hebben we echter ook. De huidige terugrapportage is nog gebaseerd op de wijze van terugrapporteren, zoals we die vanaf het begin gewend waren. Door de uit-

breiding met meerdere zorgproblemen is het aantal tabellen echter flink gestegen, waardoor het voor de meeste deelnemers lastig is om uit de veelheid aan gegevens de belangrijkste resultaten te halen. Bovendien moet steeds vaker onderscheid gemaakt worden in doelgroepen voor wie de informatie bedoeld is. De directie zal andere informatie willen dan de diëtiste of de decubitusverpleegkundige. Vandaar dat we gestart zijn te onderzoeken welke informatie voor wie belangrijk is. Op basis hiervan zullen we in de nabije toekomst de terugrapportage aan de individuele instellingen aanpassen. Kennis van de resultaten is geen doel op zich. Het moet leiden tot verbeteringen in de zorg. Daar willen we de komende tijd ook meer aandacht aan besteden, door gerichte suggesties voor verbeteringen in de terugrapportage te geven.

Tot onze spijt hebben we dit jaar afscheid moeten nemen van Sandrien Wansink. Zij was jarenlang het gezicht van de LPZ naar buiten, maar heeft besloten haar carrière een andere wending te geven. De LPZ heeft veel te danken aan de inzet van Sandrien, en we hebben haar derhalve met lede ogen zien vertrekken. Gelukkig heeft Suzanne Rijcken het stokje volledig kunnen overnemen.

Vandaar dat we weer met trots het 13e rapport van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) kunnen presenteren.

De opzet van dit rapport is gelijk aan afgelopen jaren, zodat vergelijking tussen de jaren eenvoudig is. Het rapport is bedoeld als een naslagwerk voor degenen die willen weten hoe het met de basiszorg in de Nederlandse gezondheidszorg gesteld is. Wel is er deze keer een hoofdstuk aan toegevoegd met een vergelijking van de belangrijkste resultaten tussen de deelnemende landen.

Tot slot willen we alle deelnemende organisaties bedanken. Zonder hun inzet en bereidheid om naar hun eigen functioneren te kijken, zou dit rapport niet tot stand zijn gekomen. Houdt u bij het lezen van dit rapport in gedachten dat alle instellingen vrijwillig hebben deelgenomen en de moed hebben gehad hun eigen functioneren onder de loep te nemen.

We wensen U veel leesplezier.

Prof. dr. Ruud J.G.Halfens
Projectleider

Prof. dr. Jos Schols
Senior onderzoeker

1 INLEIDING

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) is een jaarlijks terugkerende onafhankelijke prevalentiemeting binnen de Nederlandse gezondheidszorg, die in 1998 startte met de eerste landelijke meting van de prevalentie van decubitus. In de afgelopen jaren is de meting verder uitgebreid en in april 2010 is al weer de 13^{e} meting gehouden. Tijdens deze meting is het voorkomen, de preventie en de behandeling van de zorgproblemen decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetplekken, vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen gemeten. Daarnaast zijn ook de recente zorginhoudelijke vragen uit het toetsingskader "Normen Verantwoorde Zorg" voor de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg gemeten, en enkele vragen voor de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen.

Behalve in Nederland heeft de meting in april ook plaatsgevonden in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland. In Nieuw-Zeeland heeft in november afgelopen jaar al een meting plaatsgevonden.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de belangrijkste Nederlandse resultaten van deze 13^{e} meting in 2010. Om de lezer de buitenlandse gegevens niet te onthouden zal in het laatste hoofdstuk een overzicht gegeven worden van de belangrijkste internationale resultaten. Meer uitvoerige internationale gegevens worden echter elders gepubliceerd.

In deze rapportage zijn de specifieke gegevens voor het toetsingskader "Normen Verantwoorde Zorg" en de "Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen" niet meegenomen. Deze worden door anderen gepubliceerd.

1.1 Opzet meting

De meting is een beschrijvend onderzoek, waarbij instellingen, afdelingen en cliënten van de deelnemende zorginstellingen op één dag (in 2010: 13 april) met behulp van gestandaardiseerde registratieformulieren worden onderzocht op een aantal kwaliteitsindicatoren en de aanwezigheid, preventie en behandeling van zorgproblemen. Een uitzondering vormen de thuiszorginstellingen, waar de meting om praktische reden gedurende vier dagen wordt uitgevoerd bij een steekproef van het totale aantal cliënten in zorg. De grootte van de steekproef wordt vastgesteld door de projectgroep LPZ op basis van het totaal aantal cliënten dat gemiddeld in zorg is bij de teams die deelnemen aan de meting.

1.2 Populatie

Alle zorginstellingen in Nederland, zowel intra- als extramuraal, zijn schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan de LPZ. In sommige instellingen hebben om praktische redenen niet alle afdelingen/teams meegedaan. Op de afdelingen die wel participeerden zijn alle personen gemeten, die toestemming gaven en aanwezig waren op de meetdag.

In totaal hebben 391 instellingen deelgenomen. In deze rapportage wordt een onderverdeling gemaakt in de sectoren: 1. acute zorg (academische- en algemene ziekenhuizen), 2. chronische zorg (wonen-zorg-welzijn), en 3. thuiszorg. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ondergebracht in de categorie: wonen-zorg-welzijn. Overige participerende instellingen (revalidatiecentra en psychiatrische ziekenhuizen) worden, gezien het beperkte aantal deelnemers en instellingen, in deze rapportage niet meegenomen (zie hoofdstuk 2).

In Oostenrijk hebben 38 instellingen deelgenomen, in Duitsland 29, in Zwitserland 4 en in Nieuw-Zeeland 15. Bij de rapportage van de internationale gegevens zullen echter niet alleen de gegevens van 2010 meegenomen worden, maar ook die van 2009.

1.3 Registratieformulier

Het registratieformulier bestaat uit drie niveaus, namelijk cliënt-, afdelings- en instellingsniveau. Op cliëntniveau wordt de vragenlijst opgesplitst in twee delen: een algemeen deel en aparte modules. Het algemene deel omvat vragen over de demografische kenmerken van de cliënt en het al of niet voorkomen van de verschillende zorgproblemen. Verder is per zorgprobleem een module beschikbaar, waarin uitgebreider wordt ingegaan op de kenmerken van het zorgprobleem en de preventie en behandeling ervan. De vragen met betrekking tot de “Normen Verantwoorde Zorg” zijn als aparte module opgenomen evenals enkele vragen voor de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen.

De demografische gegevens van de cliënten in het algemene deel zijn verplicht voor alle instellingen. Deelname aan de zorgproblemen in het algemene deel en de modules wordt bepaald door de instellingen zelf. Voor de categorie wonen-zorg-welzijn en de thuiszorg is het echter aanbevolen om in ieder geval ook de module Normen Verantwoorde Zorg in te vullen, omdat deze gegevens aangeleverd moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hetzelfde geldt voor de vragen voor ziekenhuizen.

Op afdelings- en instellingsniveau worden de soort afdeling en instelling geïnventariseerd, als ook enkele kwaliteitsindicatoren per zorgprobleem. De kwaliteitsindicatoren vult men alleen in voor die zorgproblemen waarvan men ook de module invult.

1.4 Procedure

Alle participerende instellingen hebben één coördinator die verantwoordelijk is voor de organisatie van de meting en voor de communicatie naar de projectgroep LPZ van de Universiteit Maastricht. Deze locale coördinator schoolt de zorgverleners uit de eigen instelling in het uitvoeren van de meting, waarbij hij/zij ondersteund wordt door de projectgroep.

Vragenlijst 1 (instellingsniveau) wordt door de locale coördinator ingevuld en vragenlijst 2 (afdelingsniveau) wordt ingevuld door het afdelingshoofd. Op cliëntniveau (vragenlijst 3) wordt bij elke cliënt een meting 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 internetprogramma ingevoerd en verzonden naar de projectgroep. Iedere instelling krijgt vervolgens de eigen en de landelijke resultaten in tabelvorm gepresenteerd. De eigen instellingsresultaten kunnen daardoor vergeleken worden met de landelijke resultaten.

1.5 Analyse

De analyses in de rapportage bestaan uit drie delen. In het eerste deel beschrijft elk hoofdstuk de landelijke resultaten van een zorgprobleem in 2010. Dit onderdeel is bedoeld om inzicht te geven in het voorkomen van zorgproblemen, de toegepaste preventieve maatregelen en behandelingen. De analyses bestaan voornamelijk uit frequentieverdelingen en kruistabellen. Door het grote aantal deelnemers zijn verschillen snel statistisch significant, terwijl deze vaak geen klinische relevantie hebben. Mede hierom, maar ook omdat verschillen meestal diepgaander onderzocht moeten worden dan in het kader van deze rapportage mogelijk is, worden verschillen in deze rapportage niet statistisch getoetst.

Behalve een beschrijving van de resultaten in 2010, zal ook het verloop van enkele zorgproblemen gedurende de afgelopen jaren beschreven worden.
In het derde deel zal een vergelijking gemaakt worden van enkele prevalenties tussen de verschillende deelnemende landen.

In een later stadium zullen de gegevens per zorgprobleem meer diepgaand worden geanalyseerd en vervolgens worden gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. Deze artikelen kunnen gedownload worden van de website van de LPZ (www.lpz-um.eu).

1.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van prevalentiegegevens kan beïnvloed worden door de methode van meten en de populatie. Prevalentiegegevens verkregen door alleen de cliëntdocumentatie te bestuderen of door verpleegkundigen te ondervragen, zullen minder betrouwbaar zijn dan wanneer alle cliënten daadwerkelijk onderzocht worden op de aanwezigheid van zorgproblemen. Vandaar dat in deze studie elke deelnemer door twee zorgverleners wordt beoordeeld, en wel door één zorgverlener van de afdeling waar de persoon verblijft en één zorgverlener niet werkzaam op die afdeling. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de meting.

De betrouwbaarheid van een prevalentiecijfer kan ook beïnvloed worden door de onderzochte populatie. Om het prevalentiecijfer te bepalen wordt het aantal personen met het betreffende zorgprobleem (teller) gedeeld door het totale aantal personen (noemer). Bijvoorbeeld, als 10 cliënten uit een populatie van 1.000 decubitus hebben, dan is de prevalentie 10/1.000 = 0,01 en indien uitgedrukt in een percentage 10/1.000 x 100% = 1%. De betrouwbaarheid van dit cijfer hangt af van de mate waarin de teller en de noemer betrouwbaar zijn vastgesteld. De betrouwbaarheid van de teller hangt af van de mate waarin men alle personen met bijvoorbeeld decubitus daadwerkelijk heeft geïdentificeerd. Dit wordt weer beïnvloed door het al dan niet juist meten, zoals in paragraaf 1.4 besproken, en van de mate van non-response. Naarmate meer cliënten weigeren deel te nemen of niet aanwezig zijn tijdens de meting, zal de betrouwbaarheid afnemen. Het aantal personen in de teller zal dan een onderrapportage van het werkelijke aantal zijn. Van belang is ook wat men als uiteindelijke populatie in de noemer beschouwt: alle personen op de afdeling, of alleen de onderzochte personen. Neemt men alle personen dan zal de prevalentie lager uitkomen dan wanneer alleen de personen die daadwerkelijk onderzocht zijn als noemer genomen worden. In de LPZ worden alle prevalenties berekend over de personen die daadwerkelijk zijn onderzocht op het betreffende zorgprobleem. Naarmate de non-response geringer is, zullen de gevonden prevalentiecijfers het echte prevalentiecijfer betrouwbaarder weergeven.

Tot voor enkele jaren was de meting een instrument voor instellingen om inzicht te krijgen in het eigen handelen en de uitkomsten daarvan. Aangezien de resultaten anoniem waren, was de verleiding om geen betrouwbare gegevens aan te leveren niet groot. Met het invoeren van de prestatie-indicatoren door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, is dit echter anders komen te liggen. Instellingen moeten erop kunnen vertrouwen dat andere instellingen ook goed meten.

Eerder is al vastgesteld dat de betrouwbaarheid en validiteit van de decubitusmeting goed is (Bours et al, 1999). De andere zorgproblemen zijn gemeten met behulp van vragen die door deskundigen zijn samengesteld, zodat er sprake is van face validiteit. Bovendien wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van internationaal gebruikte, gevalideerde en betrouwbare instrumenten. In een recente kleinschalige exploratieve studie zijn aspecten van betrouwbaarheid en validiteit van het ondervoedinginstrument

onderzocht in ziekenhuizen en thuiszorg (Meijers et al., 2009). Uit deze studie bleek dat het instrument behoorlijk criterium- en begripsvalide is. De interrator betrouwbaarheid voor decubitus, berekend voor de thuiszorg, blijkt ook redelijk goed te zijn (Kottner et al, 2009).

Elk jaar wordt gekeken of de vragenlijst op onderdelen aangepast moet worden.

In het literatuuroverzicht op het eind van dit hoofdstuk zijn enkele artikelen toegevoegd, waarin de betrouwbaarheid en validiteit van de metingen nader zijn bestudeerd.

1.7 Beperkingen

Bij de interpretatie van de resultaten van de LPZ-metingen moet rekening gehouden worden met een aantal beperkingen. In de eerste plaats betreft de meting een momentopname van de situatie op 13 april 2010 en de resultaten kunnen dus verschillen van metingen op andere dagen. Aangezien de landelijke resultaten gedurende de afgelopen jaren overeenkomen, is het niet aannemelijk dat op andere dagen op landelijk niveau andere cijfers gevonden zullen worden. Mogelijk dat dit wel een rol speelt op instellings- en afdelingsniveau, omdat instellingen en zeker afdelingen door de kleinere aantallen meer gevoelig zijn voor schommelingen. Een andere beperking is dat de gegevens gebaseerd zijn op een selecte steekproef van instellingen. Analyse van de deelnemers aan eerdere metingen voor decubitus laat zien dat juist de instellingen met een lage prevalentie eerder met de meting meedoen (Halfens & Bours, 2002). Het aantal instellingen is in de loop der jaren echter zo sterk gegroeid, dat het prevalentiecijfer steeds meer het werkelijke prevalentiecijfer zal benaderen.

Tot slot moet rekening gehouden worden met het feit dat van veel instellingen niet alle afdelingen hebben deelgenomen. Bekend is dat instellingen alleen op die afdelingen metingen verrichten waar men verwacht dat deze zorgproblemen veel voorkomen. Zo werden gynaecologieafdelingen voorheen nooit meegenomen in de decubitusmeting. Daardoor werd de prevalentie hoger op instellingsniveau dan deze feitelijk is, omdat in de noemer een kleiner aantal personen wordt gebruikt dan aanwezig is in de instelling.

Alle instellingen krijgen na afloop van de meting een rapport met hun eigen gegevens en vergelijkbare landelijke gegevens. Vergelijking van prevalentiecijfers tussen instellingen, zonder correctie voor cliëntenpopulatie, moet om bovengenoemde reden met voorzichtigheid plaatsvinden. Om verschillende reden wordt in de LPZ geen statistische correctie voor cliëntpopulatie toegepast. In de eerste plaats maakt een dergelijke correctie de interpretatie voor de instellingen zelf lastig. Op basis van de kenmerken van de eigen en de landelijke populatie kan men zelf al redelijk inschatten wat de invloed van populatieverschillen zal zijn. Bovendien is de meting geen wedstrijd. De bedoeling van de meting is om instellingen een spiegel voor te houden ten aanzien van

de kwaliteit van zorg met betrekking tot de zorgproblemen. De prevalentie van die zorgproblemen geeft daarbij een indicatie, maar minstens zo belangrijk is wat men doet ter preventie en behandeling van de zorgproblemen. Op basis hiervan kan men immers de zorg bijsturen. En dat is uiteindelijk de bedoeling van deelname aan de LPZ.

1.8 Opbouw

Het tweede hoofdstuk geeft de kenmerken van de instellingen, afdelingen en cliënten[1] weer en de selectie van de onderzoekspopulatie. In de daarop volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de afzonderlijke zorgproblemen.

Elk hoofdstuk begint met een beschrijving van de onderzochte populatie. Vervolgens wordt ingegaan op de prevalentie van het zorgprobleem en de preventie en/of behandelingen die uitgevoerd zijn binnen de instellingen. Tot slot wordt stil gestaan bij contextuele factoren die van invloed kunnen zijn op de prevalentie. Zowel op instellings- als op afdelingsniveau is hiervoor een aantal kwaliteitsindicatoren gemeten.

Elk hoofdstuk sluit af met conclusies en aanbevelingen.

In bijlage 1 staan de tot nu toe verschenen publicaties, gebaseerd op de LPZ gegevens. Deze zijn op te vragen bij de LPZ.

In de tabellen worden de verschillende soorten zorginstellingen met een afkorting aangegeven. In bijlage 2 worden deze afkortingen toegelicht. De verpleeg- en verzorgingshuizen zijn samengevoegd in de categorie wonen-zorg-welzijn. Door afrondingen is het totaal in de tabellen niet altijd exact 100%.

1.9 Literatuur

Bours GJJW, RJG Halfens, M Lubbers, JRE Haalboom (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. Ostomy Wound Management, 45(11): 28-40.

Halfens RJG, GJJW Bours (2002). Het meten van het zorgresultaat: decubitus. TvZ/Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 4, 42-45.

Kottner J, RJG Halfens, T Dassen (2009). 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, 46(10):1307-12.

Kottner, J. and R. Halfens (2010). Moisture lesions: interrater agreement and reliability. Journal of Clinical Nursing, 19(5-6): 716-20.

Kottner, J., R. Halfens and T. Dassen (2010). Interrater reliability and agreement of the Care Dependency Scale in the home care setting in the Netherlands. Scandinavian Journal of Caring Sciences; in press.

Kottner, J., K. Raeder, R. Halfens and T. Dassen (2009). A systematic review of interrater reliability of pressure ulcer classification systems. Journal of Clinical Nursing; 18(3): 315-36.

[1] Voor de leesbaarheid wordt in dit rapport gesproken over cliënten, waarmee ook bewoners en patiënten worden bedoeld.

Kottner, J., R. Halfens and T. Dassen (2009). 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; 46(10):1307-12.

Kottner, J., A. Tannen, R. Halfens and T. Dassen (2009). Does the number of raters influence the pressure ulcer prevalence rate? Applied Nursing Research; 22(1): 68-72.

Lahmann, N., R.J.G. Halfens and T. Dassen (2006). Effect of non-response bias in pressure ulcer prevalence studies. Journal of Advanced Nursing, 55(2): 230-6.

Meijers, J.M.M., R.J.G. Halfens et al. (2009). Malnutrition in Dutch healthcare: prevalence, prevention, treatment and quality indicators. Nutrition; 25(5): 512-9.

2 KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de deelnemers van de LPZ 2010 beschreven. Eerst zal een beschrijving gegeven worden van het aantal deelnemers op instellings-, afdelings- en cliëntniveau, waarna een beschrijving van de kenmerken van de onderzochte cliënten volgt.

2.1 Aantal deelnemers

Tabel 2.1 geeft een overzicht van het aantal deelnemers vanaf de start in 1998 tot en met 2010. In 2010 hebben in totaal 391 instellingen deelgenomen aan de meting in april. Sinds 2007 zien we een daling in het aantal deelnemende instellingen aan de LPZ meting in april, hetgeen gecompenseerd wordt doordat het aantal instellingen dat aan de meting in november meedoet, toeneemt. Nemen we beide metingen (april en november) samen dan is er nauwelijks sprake van een daling.

Tabel 2.1 *Aantal deelnemende instellingen per soort instelling in de afgelopen jaren*

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Acute sector													
AcZ	4	3	5	6	6	5	6	5	5	6	6	5	5
AlgZ	38	37	34	36	52	43	54	61	62	62	57	51	46
Chronische sector													
WZW	37	31	22	37	77	79	111	156	267	449	344	321	296
Thuiszorg													
TZ	6	6	8	15	16	15	15	27	24	45	42	41	41
Overig													
RC				1	1	1	3	2	3	4	4	4	3
VG				1		1	3	5	2	2	1		
LG	1	1	1	1		1				1			
PZ				1	1		1	1	1	1		1	
Totaal	86	78	70	98	153	145	193	257	364	570	454	423	391

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn tegenwoordig samengevoegd tot de sector Wonen, Zorg en Welzijn (WZW), aangezien beide soorten instellingen steeds meer naar elkaar toe groeien. Van alle gezondheidszorginstellingen in Nederland hebben de meeste academische ziekenhuizen, ongeveer de helft van de algemene ziekenhuizen, een groot deel van de chronische sector en eenderde van de thuiszorgorganisaties (o.a. gebaseerd op de branchegegevens van ActiZ, 2006) deelgenomen aan de meting.

In tabel 2.2. is een verdere beschrijving van de deelnemers van 2010 gegeven.

Tabel 2.2 *Verdeling naar soort instelling, afdeling en deelnemers in 2010 van alle deelnemende instellingen*

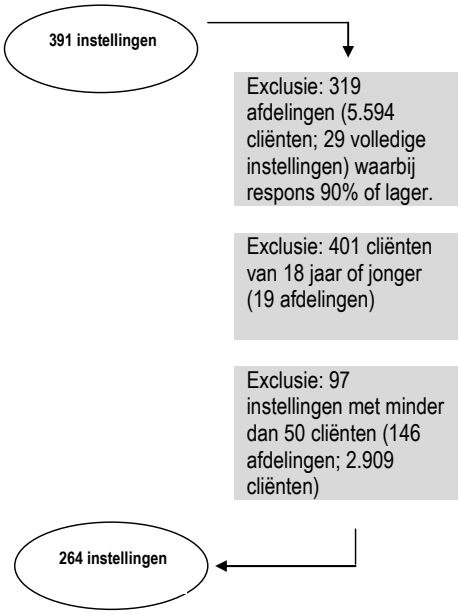
	Aantal				Non-respons				Respons
Instelling	instellingen	afdelingen	cliënten aanwezig	cliënten geparti-cipeerd	geweigerd (%)	niet bereikbaar (%)	coma (%)	terminaal (%)	(%)
Acute sector									
AcZ	5	132	2.181	1.999	3,8	3,6	0,7	0,3	91,7
AlgZ	46	505	8.259	7.819	2,2	2,3	0,5	0,3	94,7
Chronische sector									
WZW	296	910	24.600	23.229	3,4	1,9	0,1	0,1	94,4
Thuiszorg									
TZ	41	216	6.898	6.517	3,2	2,0	0,2	0,1	94,5
Overig									
RC	3	10	140	133	2,9	2,1	0,0	0,0	95,0
Totaal	391	1.773	42.078	39.697	3,1	2,1	0,2	0,2	94,3

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde respons zeer hoog is. De afgelopen jaren is de respons verder gestegen. Zo ook dit jaar, namelijk met 1,7%. De belangrijkste reden dat cliënten niet hebben deelgenomen is dat men geweigerd heeft deel te nemen. Daarnaast was ook een aantal cliënten niet aanwezig tijdens de meting, en in een enkel geval was de cliënt comateus of terminaal.

Om de betrouwbaarheid en de representativiteit van de gegevens te verhogen, is een verdere selectie aangebracht van instellingen en cliënten die verder niet betrokken worden in de rapportage van de zorgproblemen. De volgende selectie heeft hierbij plaatsgevonden:

1. afdelingen met een respons kleiner dan of gelijk aan 90% zijn niet opgenomen.
2. cliënten van 18 jaar en jonger zijn eveneens niet opgenomen. De zorgproblemen voor kinderen zijn vaak niet vergelijkbaar met die van volwassenen. Bijvoorbeeld de wijze waarop de mate van ondervoeding berekend wordt, leidt bij kinderen tot een overwaardering van het prevalentiecijfer.
3. instellingen met minder dan 50 deelnemende cliënten zijn ook verwijderd. Het kleine aantal cliënten maakt dat er nauwelijks zinvolle en betrouwbare uitspraken over deze instellingen gedaan kunnen worden.
4. tot slot zijn de gegevens van sectoren met 3 of minder instellingen verwijderd, omdat de kleine aantallen geen conclusies over de betreffende sector toelaten.

In figuur 2.1 is de selectie die heeft plaatsgevonden schematisch weergegeven. Deze selectie heeft geresulteerd in een afname van het aantal instellingen van 391 tot 264 en van het aantal deelnemers van 39.697 tot 30.708.



Figuur 2.1 *Selectie van instellingen en deelnemers 2010*

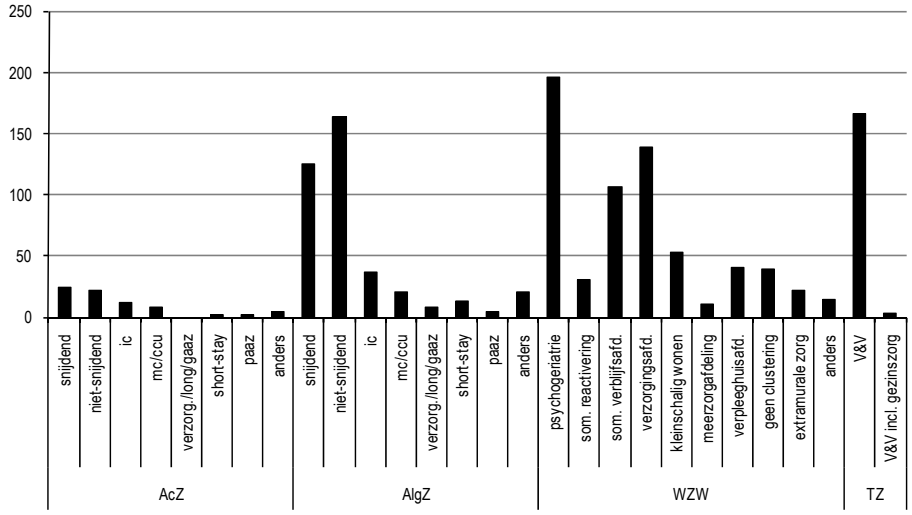
In tabel 2.3 is het aantal instellingen, het aantal cliënten en de respons weergegeven van de uiteindelijk geselecteerde instellingen.

Tabel 2.3 *Verdeling naar soort instelling, afdeling en deelnemers in 2010 van geselecteerde instellingen*

Instelling	Aantal instellingen	Aantal afdelingen	Aantal cliënten geparticipeerd	Respons (%)
Acute sector				
AcZ	5	74	1216	99,2
AlgZ	44	392	6.212	99,7
Chronische sector				
WZW	184	643	17.904	98,7
Thuiszorg				
TZ	31	170	5.376	98,4
Totaal	264	1.285	30.708	98,7

In totaal zijn, na bovengenoemde selectie, gegevens beschikbaar van 30.708 cliënten, verdeeld over 1.285 afdelingen en 264 instellingen. Dit is 98,7% van het totaal aantal aanwezige cliënten in de geselecteerde instellingen en afdelingen.

In figuur 2.2 is per sector het aantal afdelingen weergegeven per soort afdeling.



Figuur 2.2 *Aantal deelnemende afdelingen per soort in 2010 (%)*

Uit deze figuur blijkt dat in de acute sector de snijdende en de niet-snijdende afdelingen het meest voorkomen. Binnen de chronische sector gaat het vooral om de psychogeriatrische, verzorgings- en somatische verblijfsafdelingen. In de thuiszorg heeft vooral de categorie verplegen en verzorgen deelgenomen.

2.2 Kenmerken van de deelnemers

In deze paragraaf worden enkele kenmerken van de cliënten per soort instelling besproken.

In tabel 2.4 is het percentage vrouwen, gemiddelde leeftijd, BMI, en het hebben ondergaan van een operatie in de afgelopen twee weken per sector weergegeven.

Tabel 2.4 *Algemene kenmerken cliënten naar sector in 2010*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Kenmerken deelnemers	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers	1.216	6.212	17.904	5.376	30.708
Geslacht vrouw (%)	46,1	52,4	73,8	70,0	67,7
Gemiddelde leeftijd (SD)*	59,3 (16,6)	67,3 (16,0)	83,1 (8,9)	79,3(10,5)	78,3(13,4)
Gemiddelde BMI (SD)	25,8 (5,1)	26,4 (5,4)	25,4 (5,1)	26,7 (5,6)	25,7 (5,3)
Operatie: Ja (%)	30,8	27,2	0,7	1,5	7,4

SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.
BMI = gewicht : lengte^2

Meer dan de helft van de deelnemers is vrouw. Bij de acute zorg is het aantal vrouwen en mannen ongeveer gelijk, maar in de chronische zorg en de thuiszorg zijn er bedui-

dend meer vrouwen dan mannen. Zoals verwacht is de gemiddelde leeftijd in de chronische zorg ook duidelijk hoger en is er minder variatie dan in de acute sector.

De gemiddelde Body Mass Index (BMI) verschilt nauwelijks tussen de drie sectoren. Ongeveer eenderde van de deelnemers in de acute zorg heeft een operatie ondergaan in de afgelopen twee weken. In de andere sectoren komt dit uiteraard weinig voor.

In vergelijking met 2009 zijn er nauwelijks verschillen op deze kenmerken. Alleen de BMI lijkt iets te zijn toegenomen in de algemene ziekenhuizen en de thuiszorg.

In tabel 2.5 zijn de ziektebeelden van de cliënten weergegeven voor de verschillende sectoren. Aangezien cliënten meerdere ziektebeelden kunnen hebben, is het totaal meer dan 100%.

Tabel 2.5 *Deelnemers met ziektebeelden naar sector in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ
Aantal deelnemers (N)	1216	6212	17.904	5376
Gemiddeld aantal ziektebeelden	1,9	2,0	2,7	2,2
Infectieziekte	13,2	11,2	1,3	2,0
Kanker	20,6	16,7	7,6	10,5
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	5,4	3,6	5,3	3,3
Diabetes Mellitus	10,4	14,7	18,9	21,3
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	6,6	2,6	3,3	2,2
Psychische stoornis	6,0	4,5	13,9	6,6
Dementie	1,0	3,2	41,3	10,4
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	6,8	6,9	9,8	8,9
Ziekte van oog/oor	3,9	2,8	18,1	15,5
Dwarslaesie	0,6	0,4	0,3	0,8
Ziekte van hart- en vaatstelsel	35,3	36,2	39,0	35,4
CVA/hemiparese	5,9	8,6	18,8	8,9
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	17,6	20,2	13,0	15,7
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	17,8	20,7	11,0	8,5
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	14,0	12,9	12,6	11,1
Ziekte van de huid	3,5	2,8	6,8	8,4
Ziekte van bewegingsstelsel	9,2	13,8	27,5	29,3
Congenitale afwijkingen	0,2	0,3	1,2	1,0
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	6,4	4,6	3,9	4,1
Totale heupvervanging	1,5	3,0	5,6	6,2
Anders	7,5	9,5	7,4	6,3
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	1,0	1,3	1,1	2,4
Activiteiten				
ADL-afhankelijk	19,5	19,6	83,3	54,6
HDL-afhankelijk	10,7	7,1	76,8	45,0

Uit de tabel blijkt dat men in de acute zorg iets minder ziektes heeft dan in de chronische sector en de thuiszorg. In vergelijking met afgelopen jaar zijn er nauwelijks verschillen in aantal ziektes.

Verder blijkt dat in de acute sector de meeste cliënten een ziekte hebben van hart- en vaatstelsel, ademhalingswegen, spijsverteringskanaal of kanker. In de chronische sector komen ook veel cliënten met hart- en vaatziekten voor, maar vormt dementie de meest gestelde diagnose. Daarnaast komt ziekte van het bewegingsstelsel veel voor. In de thuiszorg zien we vooral hart- en vaatziekten, ziekte van het bewegingsstelsel en diabetes mellitus.

ADL- en HDL-afhankelijkheid komen weinig voor in de acute sector, maar zoals te verwachten des te meer in de chronische sector en de thuiszorg.

In vergelijking met 2009 zijn er inhoudelijk weinig verschillen in het voorkomen van de ziektebeelden.

In tabel 2.6 is de zorgafhankelijkheid van de cliënten weergegeven. Dit is gemeten met de Care Depencency Scale (CDS). De CDS is een 15-items tellend instrument om van de meest voorkomende zorgbehoeften van cliënten de mate van zorgafhankelijkheid vast te stellen (Dijkstra et al, 2005). De items hebben een 5-punts-Likertschaal antwoordcategorie (volledig afhankelijk (1) - vrijwel zelfstandig (5)), en de schaalscore wordt berekend door het optellen van de itemscores. Theoretisch gezien loopt de score uiteen van 15 tot 75. Op basis van deze scores is een indeling gemaakt in vijf categorieën, lopend van volledig afhankelijk tot vrijwel zelfstandig.

Tabel 2.6 *Zorgafhankelijkheid naar sector in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Zorgafhankelijk	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers	1216	6212	17.904	5376	30.708
Volledig	9,0	5,7	16,4	1,4	11,3
In grote mate	6,7	7,3	24,7	7,3	17,4
Gedeeltelijk	8,6	13,4	19,9	13,5	17,0
Beperkt	13,8	16,8	17,6	29,5	19,4
Vrijwel zelfstandig	61,8	56,9	21,4	48,2	34,9

Uit tabel 2.6 wordt duidelijk dat cliënten in de chronische sector het meest zorgafhankelijk zijn, terwijl cliënten uit de acute zorg en de thuiszorg het minst zorgafhankelijk zijn. In vergelijking met 2009 hebben er geen noemenswaardige verschuivingen plaatsgevonden.

2.3 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de deelnemende instellingen, afdelingen en cliënten en van enkele kenmerken van deze cliënten.

Een flink aantal Nederlandse ziekenhuizen, instellingen in de chronische sector en thuiszorginstellingen heeft in 2010 geparticipeerd met een zeer lage non-respons op de gemeten afdelingen. Om de betrouwbaarheid en de representativiteit nog verder te verhogen is een selectie toegepast, waarbij afdelingen met een beperkte respons, en instellingen en sectoren met een beperkt aantal deelnemers zijn verwijderd. Dit is vooral ten koste gegaan van het aantal instellingen in de chronische sector en de thuiszorg. Bij de interpretatie van gegevens moet zodoende rekening worden gehouden met het feit dat kleinere instellingen niet in de analyses betrokken zijn. Bovendien moet rekening gehouden worden met het feit dat instellingen vrijwillig hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ook hierdoor kan een selectie van instellingen en afdelingen zijn ontstaan.

Ondanks deze beperkingen, maar ook rekening houdend met het grote aantal deelnemende instellingen, is het aannemelijk dat de in de volgende hoofdstukken gepresenteerde gegevens een redelijk representatief beeld geven van het voorkomen van enkele zorgproblemen en de daarvoor toegepaste interventies in Nederlandse zorginstellingen.

2.4 Literatuur

Dijkstra A, LJ Tiesinga, L Plantinga, G Veltman, TW Dassen (2005). Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale.Journal of Advanced Nursing. 50(4): 410-16(7).

3 DECUBITUS

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het zorgprobleem decubitus besproken. Decubitus komt veel voor, leidt tot veel ongemak en pijn bij cliënten, en leidt tot grote kosten voor de gezondheidszorg. In Nederland is berekend dat jaarlijks 1% van het gezondheidszorgbudget besteed wordt aan de preventie en behandeling van decubitus (Severens et al., 2002). Decubitus komt vooral voor bij oudere cliënten, wat verklaard moet worden uit factoren als verminderde mobiliteit, slechtere voedingstoestand en verminderde weefseltolerantie. Echter ook bij kinderen komt decubitus voor. Cijfers variëren al naar gelang de wijze van meten en de populatie. In verschillende studies zijn prevalenties bij kinderen gevonden variërend van 3% tot 23%, en incidenties van 7,2% tot 32,8% (Schlüer et al., 2008).

Sinds 1998 wordt de prevalentie van decubitus in Nederland jaarlijks gemeten. Tot 2004 werden relatief stabiele en vergelijkbare cijfers gevonden. Vanaf 2004 daalt het voorkomen van decubitus echter (Halfens et al., 2008). Wat precies de oorzaak is van deze daling is moeilijk vast te stellen. Uit vorige rapporten bleek dat deze daling in ieder geval niet veroorzaakt werd door een vermindering van het aantal risicocliënten. Ook nieuwe preventie- en/of behandelmethoden en -technieken lijken niet aan deze daling ten grondslag te liggen. Aannemelijker is dat de grotere aandacht voor decubitus, die mede door de LPZ-metingen is ontstaan, een positief effect heeft gehad op het verminderen van decubitus. Diverse kwaliteitsprojecten van instellingen en samenwerkingsverbanden hebben in de afgelopen jaren plaats gevonden.

Decubitus komt niet alleen in Nederland veel voor, maar is ook internationaal een belangrijk aandachtsgebied (Bours et al., 2002; Dassen et al., 2007). Cijfers zoals gevonden in de literatuur laten zich echter moeilijk vergelijken en verschillen onderling aanzienlijk, wat veroorzaakt wordt door een veelheid van factoren, zoals wat er gemeten is, hoe er gemeten is, en bij welke populatie.

Uit een studie van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), waarbij het voorkomen van decubitus op dezelfde wijze met hetzelfde instrument gemeten is, blijkt dat decubitus in Nederlandse ziekenhuizen in vergelijkbare mate voorkomt als in veel andere Europese ziekenhuizen. In de zuidelijke Europese landen komt decubitus echter minder vaak voor (Bours et al., 2002). Ook Duitsland laat beduidend lagere prevalentiecijfers zien, waar op dezelfde wijze gemeten wordt als in Nederland (Dassen et al., 2007). Een vergelijking van de prevalentie in ziekenhuizen uit Duitsland en Nederland laat zien dat de prevalentie in Nederland beduidend hoger is (Tannen et al., 2004). Een vergelijking tussen de verpleeghuizen in beide landen laat zien dat de kans

om in een Nederlands verpleeghuis decubitus te krijgen zelfs achtmaal hoger is dan in Duitsland (Tannen et al., 2008). Het is daarom van groot belang om jaarlijks met een prevalentiemeting na te gaan op welke punten er verbetering mogelijk is.

3.2 Definities

In dit hoofdstuk worden de gegevens weergegeven van de deelnemers aan de module decubitus. Decubitus is hierbij gedefinieerd in navolging van de EPUAP (1998) en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2002):

Graad 1:	Niet-wegdrukbare roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding zijn andere mogelijke kenmerken.
Graad 2:	Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid, of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaar of een oppervlakkige ontvelling.
Graad 3:	Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).
Graad 4:	Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).

Recent zijn door de EPUAP in samenwerking met de NPUAP nieuwe richtlijnen geformuleerd voor de preventie en behandeling van decubitus (EPUAP and NPUAP, 2009). In Nederland wordt momenteel de laatste hand gelegd aan de herziening van de CBO richtlijn door het LEVV, waarbij gebruik gemaakt wordt van de nieuwe richtlijnen van de EPUAP en de NPUAP. Zodra deze gereed zijn, zal de LPZ de nieuwe definitie en gradering overnemen.

Het risico op het ontwikkelen van decubitus wordt vastgesteld met de Bradenschaal. Deze schaal bestaat uit zes items, waarvan vijf items met vier concreet omschreven antwoordmogelijkheden en één item met drie antwoordmogelijkheden. De zes items uit de Bradenschaal hebben betrekking op de zintuiglijke waarneming, de vochtigheid van de huid, de mate van activiteit, de mate van mobiliteit, de voedingstoestand en de mate van schuif- en wrijvingskrachten (Braden et al, 1994). De totaalscore kan liggen tussen 6 (zeer hoog risico) en 23 (geen risico). In de literatuur worden verschillende afkappunten genoemd om het risico te bepalen, namelijk van 16 tot 20. In dit onderzoek wordt een ruim afkappunt gehanteerd, namelijk het afkappunt van 20 (Halfens et al, 2000). Dat betekent een oververtegenwoordiging van het feitelijk aantal risicocliënten. Hiervoor is gekozen, omdat het beter is om een cliënt ten onrechte te beschouwen als risicocliënt dan ten onrechte als iemand die geen risico heeft. Daarnaast wordt

het risico ook in drie categorieën weergegeven, namelijk hoog risico (een score <15), laag risico (15-20) en geen risico (>20). De afkappunten zijn gebaseerd op een studie van Both et al. (2008).

3.3 Kenmerken deelnemers decubitus 2010

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is een selectie toegepast van de deelnemers. Cliënten van 18 jaar en jonger, afdelingen met een respons van kleiner dan of gelijk aan 90%, instellingen met minder dan 50 deelnemende cliënten en sectoren met 3 of minder instellingen zijn niet meegenomen in de analyse van dit hoofdstuk.

Van de resterende instellingen heeft driekwart van de instellingen (75,4%) deelgenomen aan het onderdeel decubitus. Van de ziekenhuizen hebben alle instellingen deelgenomen aan de module decubitus. Van de chronische sector en de thuiszorg hebben iets minder dan driekwart van de instellingen deelgenomen. In tabel 3.1 zijn het aantal deelnemers en de uiteindelijke respons weergegeven.

Tevens staan enkele kenmerken van de deelnemers, namelijk geslacht, leeftijd, opnameduur, Body Mass Index (BMI) en een operatie ondergaan beschreven. Deze komen vrijwel overeen met de gegevens vermeld in hoofdstuk 2, tabel 2.4. Deze gegevens zijn ook vergelijkbaar met de gegevens van 2009.

Tabel 3.1 *Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem decubitus in 2010*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Kenmerken deelnemers	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	5	44	129	21	199
Aantal afdelingen	74	392	447	105	1.018
Respons (%)	99,2	99,7	98,2	99,2	98,4
Aantal werkelijke deelnemers module Decubitus	1.216	6.212	12.645	3.537	23.610
Geslacht vrouw (%)	46,1	52,4	74,0	70,9	66,4
Gemiddelde leeftijd (SD)*	59,3 (16,6)	67,3 (16,0)	83,1 (8,7)	79,2 (10,4)	77,2 (14,2)
Gemiddelde BMI + (SD)**	25,8 (5,1)	26,4 (5,4)	25,4 (5,1)	26,9 (5,7)	25,8 (5,3)
Operatie: Ja %	30,8	27,2	0,7	1,5	9,3

** SD= Standaarddeviatie. Dit is de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde*
*** BMI = gewicht : lengte^2*

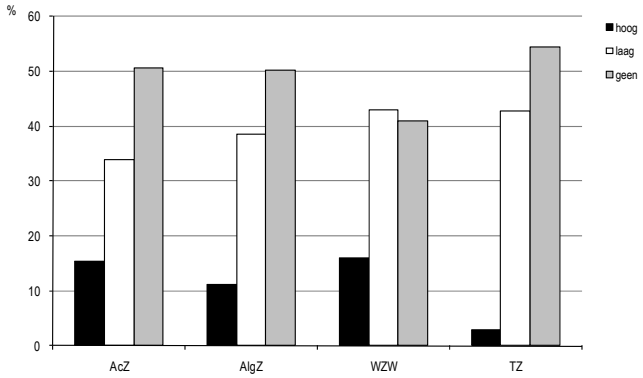
Behalve de in tabel 3.1 getoonde gegevens, zijn ook het gemiddelde aantal ziektebeelden, de ziektebeelden zelf en de zorgafhankelijkheid vergeleken met de gegevens uit hoofdstuk 2 en de gegevens uit 2009. Ook dit leverde geen wezenlijke verschillen op.

De instellingen die hebben deelgenomen aan de module decubitus kunnen dus als representatief voor alle deelnemers beschouwd worden.

3.4 Prevalentie decubitus

3.4.1 Risico op decubitus

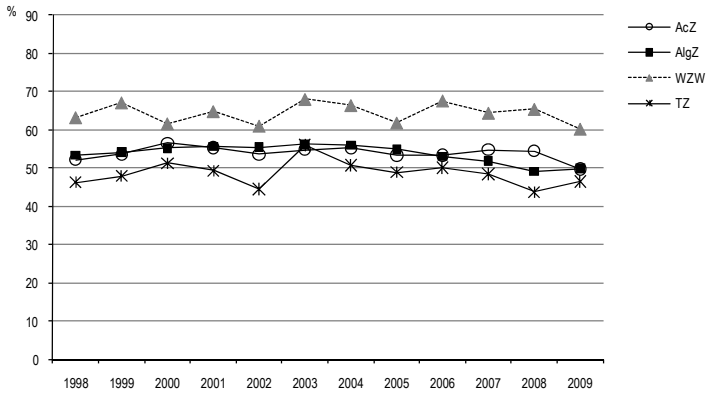
Het risico op decubitus is gemeten met de Bradenschaal. De score op deze schaal loopt van 6 tot 23, waarbij een lage score een hoog risico inhoudt. In figuur 3.1 wordt het risico op decubitus verdeeld in drie categorieën: hoog (score <15), laag (score 15-20) en geen (score >20).



Figuur 3.1 *Risico op decubitus verdeeld in drie categorieën in 2010*

Uit de figuur blijkt dat het risico in de chronische sector het hoogst is, en in de thuiszorg het laagst. In vergelijking met het afgelopen jaar is het percentage cliënten met een hoog risico wel iets gedaald in de academische ziekenhuizen en de chronische sector.

Vergelijken we het risico over meerdere jaren (figuur 3.2), dan zien we dat deze verschillen binnen de normale fluctuaties over de jaren liggen. Met andere woorden het percentage risicocliënten (hoog plus laag) is gedurende de jaren niet echt veranderd.



Figuur 3.2 *Percentage risicocliënten (score<21) op decubitus van 1998-2010 (%)*

3.4.2 Decubitus

Prevalentiecijfers kunnen sterk verschillen, al naar gelang de wijze waarop ze berekend worden. In tabel 3.2 zijn voor decubitus verschillende vormen van prevalenties weergegeven voor 2010.

Tabel 3.2 *Verschillende vormen van prevalentie van decubitus in 2010 (%)*

	Prevalentie	Prevalentie excl. graad 1	Prevalentie excl. graad 1 voor risicocliënten	Nosocomiale prevalentie	Nosocomiale prevalentie excl. graad 1	Nosoc. prev. excl. graad 1 risicocliënten
Instelling						
Acute zorg						
AcZ	12,0	7,6	14,9	8,8	5,5	10,7
AlgZ	9,3	5,5	9,7	5,6	3,3	5,9
Chronische zorg						
WZW	7,7	3,3	5,1	5,4	2,1	3,4
Thuiszorg						
TZ	4,3	1,9	3,4	2,2	0,9	1,5
Totaal	7,8	3,9	6,5	5,2	2,4	4,1

Uit deze tabel blijkt dat de prevalentie inclusief graad 1 net als in de afgelopen twee jaar het hoogst is in de academische ziekenhuizen. Graad 1 wordt vaak niet goed gediagnosticeerd. Vandaar dat voor een vergelijking beter de prevalentie zonder graad 1 genomen kan worden. Beperken we ons alleen tot cliënten met een verhoogd risico, dan zien we dat ook nu decubitus het vaakst voorkomt in de academische ziekenhuizen. De risicocliënten in de thuiszorg hebben het minst vaak decubitus.

Tabel 3.3 *Prevalentie decubitus exclusief graad 1 naar risico categorieën in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Risico categorieën	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
hoog	34,4	22,0	10,6	12,6	14,7
laag	6,1	6,2	3,0	2,7	3,9
geen	0,5	1,2	0,5	0,6	0,7

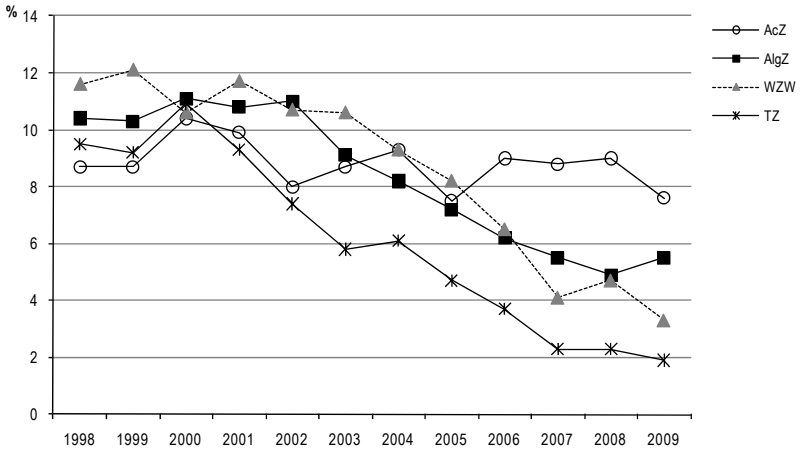
In tabel 3.3 is de prevalentie zonder graad 1 uitgesplitst naar de drie categorieën van risico. Uiteraard is de prevalentie het hoogst bij cliënten met een hoog risico. In de academische ziekenhuizen komt bij de hoogrisicocliënten decubitus het vaakst voor, iets meer zelfs dan afgelopen jaar (30,4 versus 34,4). In de chronische sector en de thuiszorg is binnen de hoogrisicocliënten het percentage cliënten met decubitus gedaald.

Een belangrijk onderscheid bij de prevalentie van decubitus is of deze binnen de instelling of buiten de instelling is ontstaan. Immers decubitus die ontstaan is buiten de instelling, is niet verwijtbaar aan de betreffende instelling. Instellingen die zich onderling willen vergelijken kunnen daarom beter de nosocomiale (binnen de eigen instelling ontstane) prevalentie bekijken. Tabel 3.2 laat zien dat een behoorlijk deel van de

prevalentie decubitus buiten de eigen instelling is ontstaan. Verder laat de nosocomiale prevalentie een vergelijkbaar patroon zien als de prevalentie berekend over decubitus die zowel binnen als buiten de instelling is ontwikkeld.

In vergelijking met het afgelopen jaar is er iets minder decubitus binnen de deelnemende instellingen ontstaan (4,8 versus 4,1). Dit geldt echter alleen voor de chronische sector (4,7 versus 3,4) en de thuiszorg (2,1 versus 1,5). In de ziekenhuizen is het percentage iets gestegen (respectievelijk 9,8 versus 10,7 en 5,3 versus 5,9).

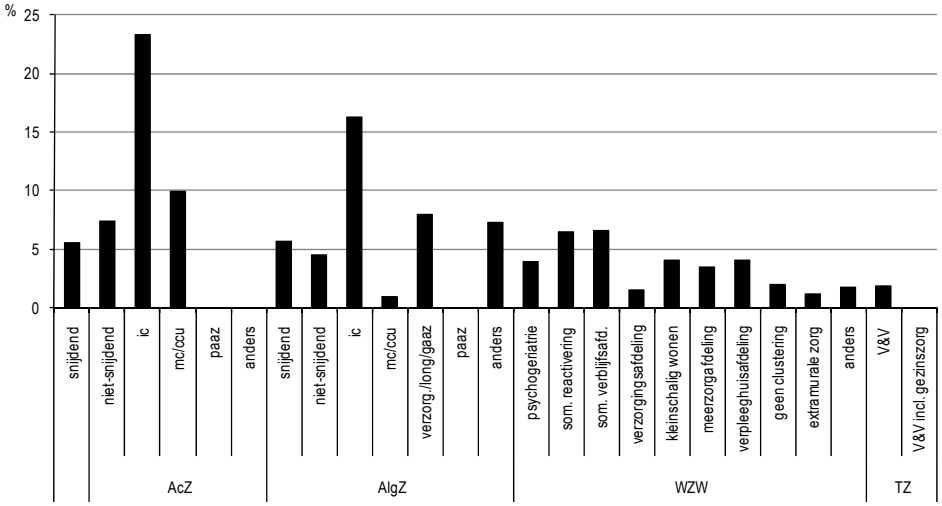
In figuur 3.3 wordt het verloop van de prevalentie van decubitus exclusief graad 1 vanaf 1998 weer gegeven.



Figuur 3.3 *Prevalentie decubitus exclusief graad 1 tussen 1998-2010 (%)*

Afgelopen jaren is al geconstateerd dat de prevalentie van decubitus zonder graad 1 in de verschillende sectoren daalde, ondanks dat het risico op decubitus in de afgelopen jaren vergelijkbaar was gebleven. In 2009 leek de prevalentie zich echter te stabiliseren, met uitzondering van de prevalentie in de algemene ziekenhuizen die nog een daling liet zien. Dit jaar laat de prevalentie echter weer een daling zien bij de chronische sector en de thuiszorg, evenals bij de academische ziekenhuizen. Voor de laatste geldt dit weliswaar voor de prevalentie zonder graad 1, maar niet voor risicopatiënten met decubitus zonder graad 1 ontstaan binnen de instelling zelf, zoals bovenstaand is aangeven. Ook bij de algemene ziekenhuizen is een kleine stijging zichtbaar.

In figuur 3.4 is de prevalentie exclusief graad 1 weergegeven naar soort afdeling. Uit deze figuur wordt duidelijk dat de relatief hoge prevalentie in de academische ziekenhuizen vooral door een hogere prevalentie in de IC's en de MC/CCU wordt veroorzaakt.



Figuur 3.4 *Prevalentie exclusief graad 1 naar soort afdeling in 2010 (%)*

3.5 Kenmerken cliënten met decubitus

In deze paragraaf worden de kenmerken van cliënten met decubitus beschreven.

Geslacht

Mannen hebben over het algemeen iets vaker decubitus zonder graad 1 dan vrouwen (4,9 versus 3,3%).

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van cliënten met en zonder decubitus (exclusief graad 1) verschilt niet van elkaar (77,0 versus 77,1 jaar). Alleen in de ziekenhuizen zien we dat cliënten met decubitus vaker ouder zijn.

Ziektebeelden

In tabel 3.4 is de prevalentie van decubitus naar ziektebeelden weergegeven. Hier zijn de percentages alleen weergegeven indien meer dan 100 cliënten met hetzelfde ziektebeeld zijn gemeten.

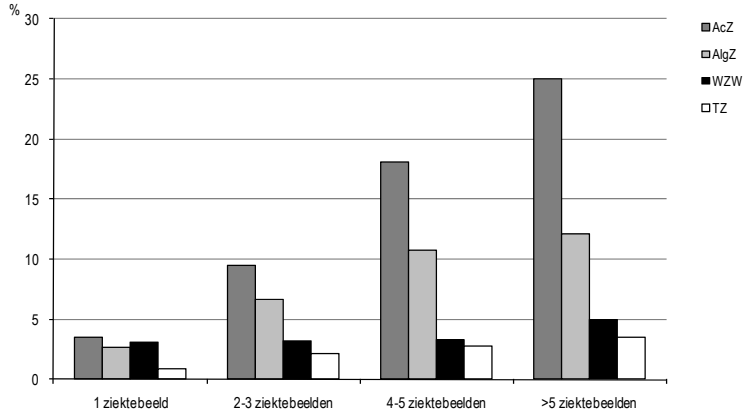
Tabel 3.4 *Prevalentie decubitus (exclusief graad 1) per ziektebeeld in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers (N)	1.216	6.212	12.645	3.537	23.610
Gemiddelde prevalentie	7,6	5,5	3,3	1,9	3,9
Gemiddeld aantal ziektebeelden	1,9	2,0	2,6	2,2	2,4
Infectieziekte	13,0	11,1	7,6	*	10,5
Kanker	4,0	6,1	2,9	2,5	4,3
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	*	7,2	2,7	1,5	4,2
Diabetes Mellitus	12,7	6,9	4,5	3,2	5,0
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	6,9	4,3	*	4,8
Psychische stoornis	*	6,5	2,5	1,7	3,1
Dementie	*	11,6	3,4	2,0	3,6
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	*	6,6	4,0	3,2	4,9
Ziekte van oog/oor	*	7,5	2,5	1,6	2,7
Dwarslaesie	*	*	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	9,6	6,5	3,2	2,2	4,2
CVA/hemiparese	*	6,2	3,9	0,7	4,1
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	16,4	7,4	3,4	1,7	5,3
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	13,4	6,3	3,6	2,3	5,2
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	10,6	7,1	4,5	2,6	5,3
Ziekte van de huid	*	10,9	3,4	2,9	4,4
Ziekte van bewegingsstelsel	17,1	6,7	3,5	1,5	3,9
Congenitale afwijkingen	*	*	1,9	*	3,2
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	*	7,7	6,0	4,1	6,5
Totale heupvervanging	*	6,9	4,4	3,1	4,7
Anders	*	4,1	3,5	1,9	3,5
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	0,0	*	1,7
Activiteiten					
ADL-afhankelijk	23,0	10,4	3,5	2,6	4,3
HDL-afhankelijk	18,7	10,0	3,1	2,5	3,4

* Als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in tabel

In figuur 3.5 is de prevalentie van decubitus exclusief graad 1 naar aantal ziektebeelden weergegeven.

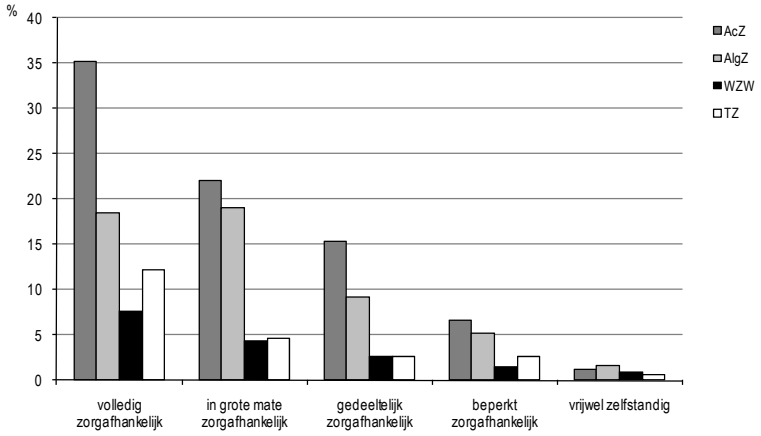
Deze figuur geeft een vergelijkbaar beeld als afgelopen jaar. Naarmate het aantal ziektebeelden toeneemt, neemt de prevalentie van decubitus ook toe. Dit geldt voor alle sectoren, maar in de acute zorg is deze toename beduidend sterker. Wel is de prevalentie bij meer dan 5 ziektebeelden iets minder dan afgelopen jaar.



Figuur 3.5 *Prevalentie decubitus exclusief graad 1 naar aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

Zorgafhankelijkheid

In figuur 3.6 is de prevalentie exclusief graad 1 naar zorgafhankelijkheid weergegeven. Duidelijk is dat naarmate men meer zorgafhankelijk is, men vaker decubitus heeft, wat vooral geldt voor de ziekenhuizen, en in mindere mate voor de chronische en thuiszorg. In deze sectoren zijn echter ook de meeste mensen ADL- en/of HDL-afhankelijk.



Figuur 3.6 *Prevalentie decubitus exclusief graad 1 naar zorgafhankelijkheid in 2010 (%)*

Het patroon uit deze figuur is vergelijkbaar met het patroon dat we zagen bij de prevalentie naar risicogroepen. De mate van zorgafhankelijkheid lijkt daarom ook gebruikt te kunnen worden als een risico-inschatting voor decubitus.

3.6 Decubituswonden

In deze paragraaf wordt het aantal en enkele kenmerken van decubituswonden besproken. Hierbij wordt niet uitgegaan van de cliënten, maar van de wonden.

3.6.1 Verdeling wonden per graad en gemiddeld aantal wonden

In tabel 3.5 is de verdeling van de wonden over de graden en het gemiddeld aantal wonden per cliënt weergegeven.

Tabel 3.5 *Percentage wonden naar graad (%) en gemiddeld aantal wonden in 2010*

Instelling	Graad 1	Graad 2	Graad 3	Graad 4	Gemiddeld aantal wonden per cliënt
Acute sector					
AcZ	46,0	33,3	14,7	6,0	1,70
AlgZ	47,0	36,6	12,1	4,3	1,43
Chronische sector					
WZW	61,6	23,3	11,1	4,0	1,40
Thuiszorg					
TZ	58,5	23,0	14,5	4,0	1,28

Uit deze tabel blijkt dat het gemiddeld aantal wonden berekend over alle cliënten met decubitus nagenoeg gelijk is in de verschillende soorten instellingen, behalve in academische ziekenhuizen, waar het aantal wonden iets hoger is.

Evenals vorig jaar komt graad 1 in de chronische sector en de thuiszorg iets vaker voor. Graad 2 komt het meest voor in de ziekenhuizen. De meer ernstigere vormen van decubitus (graad 3 en 4) komen in vergelijkbare mate bij de instellingen voor. Wel zijn deze in de thuiszorg flink toegenomen, namelijk van 10,3% in het afgelopen jaar tot 18,5% dit jaar. Daarmee bereikt het bijna weer het niveau van 2008 toen deze relatief 21,6% was.

3.6.2 Anatomische locatie van decubituswonden

In tabel 3.6 is de plaats van de wond weergegeven voor alle wonden. Evenals de afgelopen jaren komen wonden op de stuit en de hiel het meeste voor. Er hebben zich geen duidelijke verschuivingen voorgedaan in vergelijking met afgelopen jaar.

Tabel 3.6 *Anatomische locatie wonden in 2010 (%)*

	Acute sector		Chronische sector	Thuiszorg	Totaal
Locatie	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	252	828	1363	200	2.643
Stuit	29,0	44,4	35,3	40,0	37,9
Hiel	35,3	35,5	28,8	19,0	30,8
Enkel	4,8	3,6	7,0	10,0	5,9
Elleboog	4,4	4,3	1,8	2,5	2,9
Zitbeen	3,2	1,2	4,7	10,0	3,9
Heupbeen	2,0	1,1	4,1	3,0	2,9
Oor	7,6	3,3	1,8	0,5	2,7
Hoofd	0,8	0,3	0,2	0,0	0,3
Schouderblad	1,6	0,6	1,4	2,0	1,2
Overig	11,6	5,5	14,9	13,0	11,4

3.6.3 Duur van decubituswonden

In tabel 3.7 is de duur van de wonden weergegeven. Bij de interpretatie moet rekening worden gehouden met het feit dat dit de duur is tussen het ontstaan van de wond en de meting, en dus niet de totale duur van ontstaan tot genezing. Ook moet rekening worden gehouden met het verschil in opnameduur tussen de acute en chronische zorg.

Tabel 3.7 *Duur van de wonden in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Duur	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	252	828	1363	200	2.643
< 2 weken	53,2	54,6	23,9	19,5	36,0
Tussen 2 weken en 3 maanden	41,3	36,5	39,6	36,5	38,6
Tussen 3 en 6 maanden	4,0	5,6	16,1	13,0	11,4
Tussen 6 maanden en 1 jaar	1,6	1,8	8,2	12,5	5,9
> 1 jaar	0,0	1,6	12,1	18,5	8,1

In de acute zorg bestaan de meeste wonden korter dan twee weken, terwijl in de chronische sector en de thuiszorg de meeste wonden korter dan drie maanden bestaan. In de chronische sector en de thuiszorg is echter ook een aanzienlijk percentage wonden meer dan een half jaar aanwezig (resp. 20,3 en 31,0%). In de chronische zorg is het percentage wonden langer dan 1 jaar in vergelijking met afgelopen jaar flink toegenomen (resp. 6,9 en 12,1%). In de thuiszorg is deze, na een verdubbeling in het afgelopen jaar, dit jaar iets gedaald (van 24,9 naar 18,5).

3.6.4 Ontstaan van de wonden

In tabel 3.8 is weergegeven waar de decubituswonden zijn ontstaan.

Tabel 3.8 *Ontstaan wonden naar sector in 2010 (%)*

	Acute sector		Chronische sector	Thuiszorg	Totaal
Plaats	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	222	993	1.993	261	3.469
Onbekend	12,3	7,1	7,3	10,0	7,9
Eigen instelling	71,0	59,1	69,5	46,0	64,6
Andere instelling:					
Ziekenhuis	4,0	9,8	8,4	14,0	8,9
Verpleeghuis	1,6	4,2	5,9	2,5	4,7
Verzorgingshuis	1,6	3,9	4,5	0,5	3,7
Thuis	7,5	14,0	3,4	22,0	8,6
Anders	2,0	1,9	1,0	5,0	1,6

Uit deze tabel blijkt dat de meeste wonden in de eigen instelling ontstaan, met uitzondering van de thuiszorg. In de thuiszorg wordt relatief vaak 'thuis' genoemd. Onder de categorie 'thuis' wordt bij de thuiszorg bedoeld dat de wond in de thuissituatie is ontstaan op het moment dat er nog geen thuiszorg was. Mogelijk dat men deze categorie vaak ten onrechte heeft aangekruist.

In vergelijking met afgelopen jaar zijn er geen grote verschillen. Alleen wordt door academische ziekenhuizen weer minder vaak genoemd dat de wonden ontstaan zijn in andere ziekenhuizen. In 2008 was dit nog 3,5%, in 2009 16,2 %, en dit jaar 4,0%.

3.7 Preventieve maatregelen bij decubitus

In deze paragraaf wordt ingegaan op de preventieve maatregelen die bij de cliënten genomen zijn. Een onderscheid wordt hierbij gemaakt tussen het gebruik van anti-decubitusmatrassen, -kussens en andere preventieve maatregelen. Hierbij wordt alleen gekeken naar de groep cliënten met een risico op decubitus (Bradenscore<21). In tabel 3.9 is het gebruik van anti-decubitusmatrassen weergegeven.

Tabel 3.9 *Anti-decubitusmatrassen bij risicocliënten naar soort instelling in 2010 (%)*

Instelling	Airfluidized bed	Low-air-loss bed	Alternerende luchtmatras	Lucht-matras	Koud-foam matras	Visco-elastisch foam matras	Opleg-matras	Anders	Geen
Acute sector									
AcZ	1,0	4,3	20,3	15,0	8,8	40,2	1,3	4,2	4,8
AlgZ	0,5	6,2	10,2	7,1	21,1	40,1	1,1	4,2	10,1
Chronische sector									
WZW	0,5	0,7	10,3	9,2	21,7	14,9	1,2	5,8	35,7
Thuiszorg									
TZ	0,3	0,4	1,9	2,0	4,6	2,8	0,7	5,0	82,3

Uit deze tabel blijkt dat voor alle soorten instellingen geldt dat het koud-foam en/of visco-elastisch foam matras het meest gebruikt worden als anti-decubitusmatras. Bij een aantal cliënten wordt ook een alternerende matras ingezet, vooral in de academische ziekenhuizen. De inzet van airfluidized en low-air-loss bedden is minimaal. In de

thuiszorg wordt het minst gebruik gemaakt van anti-decubitusmatrassen. In vergelijking met afgelopen jaar hebben zich geen spectaculaire veranderingen voorgedaan.

In tabel 3.10 zijn de gebruikte anti-decubituskussens weergegeven.

Tabel 3.10 *Anti-decubituskussens bij risicocliënten naar soort instelling in 2010 (%)*

Instelling	Gelkussen	Luchtkussen	Noppen-kussen	Schuim-kussen	Anders	Geen
Acute sector						
AcZ	1,0	2,0	0,7	3,0	3,7	89,7
AlgZ	1,7	1,5	1,2	6,0	2,5	87,1
Chronische sector						
WZW	6,9	7,3	9,8	13,5	7,3	55,2
Thuiszorg						
TZ	5,3	3,5	2,4	7,2	4,4	77,2

Uit deze tabel blijkt dat anti-decubituskussens in de acute zorg bijna niet worden gebruikt. In de chronische sector en de thuiszorg worden ze wel iets meer gebruikt. Het schuimkussen wordt hierbij het vaakst gebruikt. In vergelijking met afgelopen jaar hebben ook hier geen grote verschuivingen plaatsgevonden.

In tabel 3.11 zijn de andere gemeten preventieve maatregelen weergegeven.

Evenals de afgelopen jaren is het gebruik van wisselligging verder afgenomen. In de acute sector worden het voorkomen van vocht- en voedingstekorten, wisselligging, voorlichting en instructie, en het vrijleggen van de hielen het meest gebruikt. In de chronische sector en de thuiszorg zijn de meest toegepaste maatregelen het beschermen van de huid met een crème. In de chronische sector wordt tevens veel aandacht gegeven aan het voorkomen van tekorten ten aanzien van vocht en voeding, en in de thuiszorg wordt veel aandacht gegeven aan voorlichting. Het gebruik van een, door het CBO als minder zinvolle maatregel omschreven, schapenvacht wordt nog steeds toegepast, zij het in beperkte mate. Overigens moet opgemerkt worden dat er tegenwoordig nieuw onderzoek bekend is waaruit blijkt dat de inzet van een Australisch schapenvacht wel zinvol is (Mistiaen et al, 2010).

Tabel 3.11 *Preventieve maatregelen bij risicocliënten in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Zinvolle maatregelen	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Wisselligging	30,0	26,4	14,3	3,3	16,6
Voorkomen tekorten vocht en voeding	44,7	44,2	31,6	11,9	32,8
Voorlichting en instructie	27,7	30,2	17,0	19,5	21,0
Hielen vrijleggen	30,3	23,4	18,5	5,7	18,6
Hielbeschermers	1,3	6,3	4,7	2,1	4,6
Elleboogbeschermers	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Crème bescherming huid	24,0	14,3	32,3	28,5	27,1
Minder-zinvolle maatregelen					
Schapenvacht	0,0	0,2	0,1	2,4	0,9

3.8 Behandeling van decubitus

De volgende tabellen geven een weergave van de behandeling van decubituswonden. In de tabellen 3.12 tot en met 3.15 worden de wondbedekkingen per graad weergegeven.

Uit tabel 3.12 blijkt dat graad 1 meestal niet, of droog, bedekt wordt. Alleen in de thuiszorg doet men vaker iets op een dergelijke wond.

Tabel 3.12 *Wondbedekking graad 1 naar soort instelling in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Wondbedekking	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	116	389	840	117	1462
Droog	13,8	9,5	13,2	7,7	11,8
Alginaat	0,0	0,8	0,2	0,9	0,4
Folie	0,0	1,3	0,8	2,6	1,0
Hydrocolloïd	3,4	1,5	2,0	1,7	2,0
Hydrogel	0,9	0,3	0,2	0,9	0,3
Schuimverband	6,9	14,1	5,1	17,1	8,6
Vette gazen	0,0	1,3	1,0	0,9	1,0
Vacuümpomp	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anti-bact. verbanden (zilververband)	0,9	0,0	1,0	1,7	0,8
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	0,9	2,1	2,7	5,1	2,6
Hydrofiber	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Overig	1,7	11,3	16,8	18,8	14,3
Geen	71,6	57,6	56,9	42,7	57,1

Tabel 3.13 *Wondbedekking graad 2 naar soort instelling in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Wondbedekking	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	84	303	317	46	750
Droog	14,3	14,2	14,2	13,0	14,1
Alginaat	0,0	1,3	3,2	2,2	2,0
Folie	3,6	2,0	6,6	6,5	4,4
Hydrocolloïd	9,5	5,0	9,5	6,5	7,5
Hydrogel	0,0	0,0	2,8	0,0	1,2
Schuimverband	26,2	30,0	8,5	34,8	20,8
Vette gazen	3,6	1,7	10,1	0,0	5,3
Vacuümpomp	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anti-bact. verbanden (zilververband)	2,4	1,0	4,4	4,3	2,8
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	3,6	4,3	5,7	8,7	5,1
Hydrofiber	0,0	2,0	2,2	0,0	1,7
Overig	8,3	9,2	16,1	15,2	12,4
Geen	28,6	29,4	16,7	8,7	22,7

In tabel 3.13 zijn de wondbedekkingen voor graad 2 weergegeven. In de meeste gevallen is er iets op de wond gedaan. In de acute sector wordt het vaakst niets gebruikt. Wat betreft de materialen worden, net als vorig jaar, het schuimverband en het hydro-

colloïd het meest ingezet. In vergelijking met afgelopen jaar is de categorie "overige" flink toegenomen van 0,8 tot 12,4%.

Tabel 3.14 *Wondbedekking graad 3 naar soort instelling in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Wondbedekking	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	37	100	151	29	317
Droog	16,2	10,0	4,6	0,0	7,3
Alginaat	0,0	3,0	17,2	6,9	9,8
Folie	2,7	5,0	4,6	0,0	4,1
Hydrocolloïd	2,7	5,0	6,0	13,8	6,0
Hydrogel	2,7	3,0	7,9	10,3	6,0
Schuimverband	18,9	32,0	16,6	13,8	21,5
Vette gazen	13,5	3,0	4,6	6,9	5,4
Vacuümpomp	0,0	0,0	1,3	3,4	0,9
Anti-bact. verbanden (zilververband)	5,4	4,0	4,6	10,3	5,0
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	2,7	5,0	7,9	24,1	7,9
Hydrofiber	2,7	6,0	2,6	3,4	s3,8
Overig	0,0	4,0	14,6	3,4	8,5
Geen	32,4	20,0	7,3	3,4	13,9

Bij graad 3 (tabel 3.14) wordt meestal een wondbedekking gebruikt. Het afgelopen jaar was opvallend dat in de ziekenhuizen vrijwel altijd wondbedekkingen werden toegepast, maar dit jaar is dit veel minder het geval. Het schuimverband wordt het meeste ingezet. Antibacteriële verbanden en zalfgazen worden in tegenstelling tot afgelopen jaar dit jaar wel gebruikt, vooral in de thuiszorg.

Tabel 3.15 *Wondbedekking graad 4 naar soort instelling in 2010 (%)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Wondbedekking	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	15	36	55	8	114
Droog	13,3	22,2	12,7	0,0	14,9
Alginaat	0,0	19,4	12,7	0,0	12,3
Folie	0,0	0,0	1,8	0,0	0,9
Hydrocolloïd	0,0	5,6	3,6	0,0	3,5
Hydrogel	0,0	0,0	9,1	0,0	4,4
Schuimverband	40,0	25,0	7,3	25,0	18,4
Vette gazen	0,0	2,8	3,6	0,0	2,6
Vacuümpomp	6,7	8,3	5,5	0,0	6,1
Anti-bact. verbanden (zilververband)	13,3	2,8	10,9	25,0	9,6
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	13,3	0,0	9,1	25,0	7,9
Hydrofiber	0,0	2,8	1,8	0,0	1,8
Overig	0,0	2,8	16,4	0,0	8,8
Geen	13,3	8,3	5,5	25,0	8,8

De gegevens over de wondbedekkingen bij graad 4 zijn weergegeven in tabel 3.15. Gezien het kleine aantal wonden per sector is het lastig om duidelijke conclusies uit

deze tabel te trekken. Duidelijk is wel dat bij graad 4 een breed scala aan materialen wordt ingezet.

3.9 Kwaliteitsindicatoren decubitus

Na de beschrijving van het voorkomen van decubitus, kenmerken van de cliënten met decubitus en decubituswonden, de preventie en behandeling van decubitus wordt in deze paragraaf ingegaan op het decubitusbeleid op instellings- en afdelingsniveau.

Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

In tabel 3.16 zijn de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau weergegeven.

Tabel 3.16 *Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau per soort instelling in 2010 (%) (n=199)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Kwaliteitsindicatoren	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	5	44	129	21	199
Decubituscommissie	100,0	95,5	83,7	76,2	85,9
Preventieprotocol	100,0	100,0	96,9	100,0	98,0
Behandelprotocol	100,0	100,0	97,7	100,0	98,5
Up-to-date houden protocol	100,0	95,5	99,2	100,0	98,5
Graad 2 en hoger melden centraal persoon	40,0	61,4	72,9	71,4	69,3
Centrale registratie aantal cliënten met decubitus	60,0	75,0	59,7	57,1	62,8
Beheersprotocol op instellings- en afdelingsniveau	100,0	86,4	86,0	66,7	84,4
Bijscholing	80,0	81,8	89,1	85,7	86,9
Informatiebrochure	80,0	95,5	68,2	42,9	71,9
Standaard overdracht binnen zorgketen	40,0	68,2	72,1	66,7	69,8

Uit deze tabel blijkt dat men bijna overal een preventie- en behandelprotocol heeft, en iemand die verantwoordelijk is voor het up-to-date houden van de protocollen. Graad 2 en hoger centraal melden, evenals centrale registratie van het aantal cliënten met decubitus vindt niet overal plaats.

Dit jaar is voor het eerst gevraagd of er een standaard beleid is bij opname of ontslag ten aanzien van de overdracht van decubitus van de cliënt met betrokkenen in de zorgketen. Dit blijkt meestal het geval te zijn.

Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 3.17 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven.

Hieruit blijkt dat in vrijwel alle sectoren op afdelingsniveau verpleegkundigen/verzorgenden met aandachtsgebied decubitus aanwezig zijn. Risico- en/of decubituscliënten worden in de meeste instellingen in het monodisciplinaire en/of multidisciplinaire overleg besproken. Opmerkelijk is wel dat multidisciplinair overleg beduidend vaker plaatsvindt in de chronische sector dan in de acute sector en thuiszorg. Tegenwoordig wordt op de meeste plaatsen ook gecontroleerd of inderdaad volgens het protocol gewerkt wordt. Aan het vastleggen van de handelingen in het dossier en het binnen 24

uur leveren van de geïndiceerde materialen wordt door vrijwel alle instellingen voldaan.

Tabel 3.17 *Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau in 2010 (%)(n=1018)*

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Kwaliteitsindicatoren	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal afdelingen	74	392	447	105	1.018
Gespecialiseerde decubitus-verpleegkundige	89,2	95,4	91,3	81,0	91,7
Monodisciplinair overleg	79,7	81,4	95,5	85,7	87,9
Multidisciplinair overleg	63,5	61,5	92,4	61,0	75,1
Controle werken volgens protocol/richtlijn	73,0	82,9	93,1	78,1	86,1
Risico vastleggen	62,2	78,6	78,5	53,3	74,8
Handelingen vastleggen	79,7	90,6	95,5	88,6	91,7
Levertermijn geïndiceerde materialen	83,8	98,0	97,8	97,0	96,0
Informatiebrochure	35,1	34,2	38,5	36,2	36,3
Standaard overdracht binnen zorgketen	71,6	81,9	74,5	56,2	75,2

Het beschikbaar hebben van een informatiebrochure blijft beperkt, ondanks dat op instellingsniveau aangegeven wordt dat deze wel beschikbaar is. Evenals op instellingsniveau is op afdelingsniveau ook gevraagd of er een standaard beleid is bij opname of ontslag ten aanzien van de overdracht van decubitus van de cliënt met betrokkenen in de zorgketen. Dit blijkt vaker aanwezig te zijn dan op instellingsniveau gemeld, vooral in de acute sector is een duidelijk verschil.

3.10 Conclusies

De laatste jaren hebben we geconstateerd dat de prevalentie van decubitus daalde. Het afgelopen jaar leek er sprake te zijn van een stabilisatie. Dit jaar laat de prevalentie echter weer een daling zien. De prevalentie decubitus zonder graad 1 bedraagt nu gemiddeld 3,9 %. De decubitus zonder graad 1 in de eigen instelling ontstaan is ook gedaald in de chronische sector en de thuiszorg, maar niet in de acute zorg. Daar is deze zelfs iets gestegen.

Het afgelopen jaar hebben we geconstateerd dat in de academische ziekenhuizen de meeste cliënten met decubitus voorkomen, vooral op de IC's. Hoewel ook uit de literatuur blijkt dat decubitus het meest voorkomt op de IC (Shahin et al., 2008a), kan deze beduidend lager, zoals Shahin et al. (2008b) laat zien. De gegevens van dit jaar laten een verdere daling zien van de prevalentie van decubitus op de IC's in de academische ziekenhuizen.

Decubitus komt relatief veel voor bij cliënten met meerdere ziektebeelden, met een grotere zorgafhankelijk en met, zoals verwacht, een hoger risico op decubitus. Met andere woorden decubitus komt vooral voor bij cliënten met een slechtere gezondheid. Van belang is daarom dat zorgverleners juist bij cliënten met een slechtere gezondheid extra alert zijn op het voorkomen van decubitus en direct starten met preventieve maatregelen.

De meesten wonden komen voor op de stuit en de hiel en betreffen vooral graad 1. Toch blijkt nog 10-19% van alle wonden te behoren tot graad 3 of 4. De meeste wonden bestaan korter dan 3 maanden. In de thuiszorg, waar zich de meeste wonden bevinden die al langer dan 6 maanden bestaan, is sprake van een daling van het aantal van deze wonden. In de chronische zorg is het percentage wonden die langer dan 1 jaar bestaan echter bijna verdubbeld.

Alle landelijke activiteiten ten spijt, uiteindelijk moet de kwaliteit van zorg geleverd worden bij de cliënt. Een adequate preventie start met het beoordelen van het risico, en vervolgens met het inzetten van een anti-decubitus matras en het gebruik van wisselligging. Het beoordelen van het risico is belangrijk om vast te stellen of, en zo ja, welke, preventieve maatregelen nodig zijn. Het inzetten van een anti-decubitus matras vindt in de acute sector en in de chronische sector bij de meeste cliënten met een verhoogd risico op decubitus plaats. In de thuiszorg is dit om begrijpelijke reden beduidend minder. Anti-decubituskussens worden vrijwel alleen in de chronische sector gebruikt.

Afgelopen jaar hebben we al geconstateerd dat wisselligging relatief weinig gebruikt wordt als preventieve methode. Dit jaar is het gebruik van wisselligging verder gedaald! Toch is wisselligging de methode bij uitstek om de druk, die decubitus veroorzaakt, op te heffen gedurende een bepaalde tijd. Wisselligging is echter ook erg arbeidsintensief en vereist een goed inhoudelijk management om te zorgen dat dit ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd, gezien de veelheid aan problemen die constant om een oplossing vragen.

In vrijwel alle instellingen heeft men tegenwoordig een decubituscommissie, en een preventie- en behandelprotocol, welke up-to-date wordt gehouden. Bijscholing vindt in de meeste instellingen plaats, terwijl controle op het werken volgens het protocol in meer dan driekwart van de afdelingen plaatsvindt. Op bijna alle afdelingen heeft men iemand die zich gespecialiseerd heeft in decubitus. In tegenstelling tot hetgeen op instellingsniveau wordt beweerd, wordt door de meeste afdelingen aangegeven dat ze geen informatiebrochure over decubitus hebben. Wel blijkt driekwart van de instellingen een standaard beleid te hebben bij opname en ontslag ten aanzien van de overdracht van decubitus van de cliënt met betrokkenen in de zorgketen.

3.11 Aanbevelingen

De prevalentie van decubitus daalt. Toch moet er nog vooruitgang te boeken zijn als preventieve maatregelen bij risicocliënten veelvuldiger ingezet worden. Slechts een derde van de risicocliënten krijgt preventieve maatregelen. Dit lijkt in tegenspraak met het feit dat afdelingen aangeven dat gecontroleerd wordt op het werken volgens het protocol. Wellicht moet deze controle toch stringenter en structureler plaats vinden.

Verder wordt wisselligging steeds minder toegepast. Wisselligging is en blijft belangrijk, en het gebruik van anti-decubitusmatrassen moet geen excuus zijn om geen wisselligging meer te gebruiken.

3.12 Literatuur

Bours GJJW, T Defloor, S Wansink, M Clark (2002). Summary report on pressure ulcer prevalence: data collected in Belgium, Italy, Portugal, Sweden and the United Kingdom over the 14th and 15th of November 2001. Oxford: EPUAP.

Braden BJ, N Bergstrom (1994). Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in a nursing home. Research in Nursing & Health, 17(6): 459-70.

CBO (2002). Richtlijn decubitus. Utrecht: CBO.

Dassen T, et al. (2007). Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Prevalenze. Berlin: Charité, Institut für Medizin-/Plegepädagogik und Plegewissenschaft.

EPUAP (1998). Pressure ulcer prevention guidelines. Oxford: EPUAP.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick referenceguide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Halfens RJG, T van Achterberg and RM Bal (2000). Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective. International Journal of Nursing Studies, 37(4): 313-9.

Halfens RJG, JMM Meijers, JCL Neyens en MPW Offermans (2008). Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht. ISBN 978-806663-9-9.

Mistiaen, P., A. Ament, W. Achterberg, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en A. Francke (2010). Effecten en kosten van de Australische medische schapenvacht. WCS Nieuws, 26(1): 40-1.

Schlüer AB, E Cignacco und RJG Halfens (2008). Dekubitusprävention und -therapie in der Pädiatrie : Ergebnisse einer deskriptiven Studie. Pflegezeitschrift, 61(3): 158-61.

Severens J L, JM Habraken, S Duivenvoorden, CMA.Frederiks (2002). The cost of illness of pressure ulcers in the Netherlands. Advances in Skin & Wound Care, 15(2), 72-77.

Shahin ES, T Dassen and RJG Halfens (2008a). Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. Nursing in Critical Care; 13(2): 71-9.

Shahin ES, T Dassen and RJG Halfens (2008b). Pressure ulcer prevalence in intensive care patients : a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, (in press)

Tannen A, T Dassen, GJJW Bours, RJG Halfens (2004). A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. International Journal of Nursing Studies, 41(6): 607-12.

Tannen A, T Dassen and RJG Halfens (2008). Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany : associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Journal of Clinical Nursing; 17: 1237-44.

4 INCONTINENTIE

4.1 Inleiding

Een groot deel van de Nederlandse bevolking heeft last van incontinentie. Incontinentie komt voor onder alle bevolkingsgroepen en kan een belangrijke belemmering zijn in het dagelijks functioneren. Op incontinentie rust ook een taboe. Mensen vinden het vies, durven er niet over te praten en vaak blijkt bij het eerste bezoek aan de huisarts dat mensen er al langere tijd last van hebben (Teunissen, 2006).

Bij mensen die ook andere zorgproblemen hebben, leidt incontinentie tot een verdere afname van de kwaliteit van leven. Naast praktische en hygiënische problemen kunnen mensen met incontinentie last krijgen van psychische klachten (o.a. woede, schuldgevoelens, frustratie en schaamte), sociale problemen (o.a. isolatie, minder mobiel, opgeven van werk en sociale contacten) en lichamelijke gevolgen, zoals incontinentieletsels en urineweginfecties (Laycock & Haslam, 2004). Daarnaast blijkt dat mensen die last hebben van incontinentie een verhoogde kans hebben op opname in een verpleeghuis (Matsumoto et al., 2007; Nuotio et al., 2003).

Incontinentie komt het meest voor bij ouderen. Door de dubbele vergrijzing is de verwachting dat de prevalentie van incontinentie verder zal toenemen (Hunskaar et al., 2005).

Daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan de prevalentie, preventie en behandeling van incontinentie. Betere en effectievere zorg voor mensen die incontinent zijn, leidt tot een hogere kwaliteit van leven, minder zorglast voor zorgverleners en tot een verlaging van de kosten van de gezondheidszorg (Holroyd & Straus, 2004; Smith & Louis Moy, 2004).

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010 op het gebied van incontinentie weergegeven. Eerst zal de definitie worden besproken. Vervolgens zullen de kenmerken van de deelnemers aan het zorgprobleem incontinentie worden getoond als ook de prevalentiecijfers en de bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan incontinentie. Daarna zullen de vormen van incontinentie, het stellen van een diagnose, incontinentieletsels en maatregelen worden toegelicht. Tot slot wordt aan de hand van gemeten kwaliteitsindicatoren het beleid ten aanzien van incontinentie in de deelnemende gezondheidszorginstellingen beschreven. In het hoofdstuk wordt gesproken over chronische zorg en Wonen, Zorg en Welzijn (WZW); dit zijn verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

4.2 Definities

Binnen de LPZ worden onderstaande definities voor incontinentie gehanteerd:

INCONTINENTIE

Urine-incontinentie: de klacht van elke vorm van onvrijwillig urineverlies. (Abrams et al, 2003).
Fecale incontinentie: minstens 3 tot 4 maal per maand incontinent van ontlasting.
Dubbele incontinentie: cliënten die zowel urine- als fecaal incontinent zijn.

Onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende vormen van urine-incontinentie. De volgende definities worden gehanteerd:

Stress-incontinentie wordt gekenmerkt door onvrijwillig urineverlies bij druk in en op de buik bijvoorbeeld wanneer men lacht, niest, hoest, bukt, de neus snuit of bij zwaar tillen en bij haastig bewegen zoals bij sporten. De rest van het mictiepatroon is normaal.

Urge- of aandrangincontinentie kan worden gezien als een niet op te houden hevige plasdrang. Vaak heeft de cliënt een (voortdurende) drang tot plassen met geen of een heel korte waarschuwing.

Gemengde incontinentie bestaat uit een combinatie van stress- en aandrang-incontinentie, waarbij één van de twee vormen meer naar voren treedt.

Functionele incontinentie ontstaat wanneer mensen niet in staat zijn zelfstandig naar het toilet te gaan door lichamelijke of praktische beperkingen. De oorzaak van de urine-incontinentie is dus niet urogenitaal van aard. Voorbeelden zijn bijwerkingen van narcose of medicatie, desoriëntatie, geestelijke/lichamelijke/visuele beperkingen, lastige kleding, lange afstand of obstakels bij het vinden van het toilet.

Overloop-incontinentie is het onwillekeurig verliezen van kleine hoeveelheden urine uit een volle blaas. Het treedt op wanneer de blaas, door chronisch vasthouden van urine, vergroot en ongevoelig raakt. De druk in de blaas wordt zo hoog, dat er kleine hoeveelheden urine weg druppelen.

Totale incontinentie wordt gekenmerkt door het voortdurend druppelen van urine uit de plasbuis, zowel dag als nacht. Het treedt op wanneer de sluitspier van de blaas niet meer goed sluit.

Incontinentieletsels
Incontinentie gaat soms gepaard met huidletsel dat in het Engels ook wel incontinence-associated dermatitis wordt genoemd. Onderzoekers en artsen karakteriseren incontinentieletsels als een ontsteking aan de oppervlakte van de huid met roodheid, oedeem en in sommige gevallen met blaren die een helder vocht kunnen bevatten (Nix, 2002, Kennedy & Lutz 1996, Gray 2004, Hunter et al., 2003). Ter hoogte van de bilnaad vindt men bij urine-incontinentie vaak een spleetvormig letsel met witte, verweekte randen. Andere kenmerken van incontinentieletsel zijn de purperen kleur, oedeem/zwelling en de vochtigheid van de huid (Defloor, 2007). De randen van de wond zijn meestal grillig (als een landkaartgrens).

4.3 Kenmerken deelnemers incontinentie 2010

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is een selectie toegepast van de deelnemers. Cliënten van 18 jaar en jonger, afdelingen met een respons van kleiner dan of gelijk aan 90%, instellingen met minder dan 50 deelnemende cliënten en sectoren met 3 of minder instellingen zijn niet meegenomen in de analyse van dit hoofdstuk.

Evenals vorig jaar heeft ook dit jaar geen van de academische ziekenhuizen aan de module incontinentie deelgenomen. In tegenstelling tot vorig jaar hebben in 2010 wel enkele thuiszorginstellingen deelgenomen. Het aantal deelnemende instellingen binnen de chronische sector is in vergelijking met 2009 licht gestegen.

In tabel 4.1 wordt een overzicht van de kenmerken van de deelnemers gegeven.

Tabel 4.1 *Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem incontinentie in 2010*

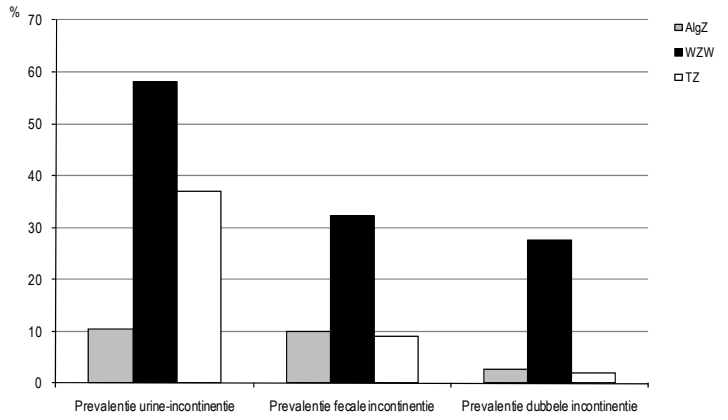
	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
Kenmerken deelnemers	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	16	66	7	89
Aantal afdelingen	165	239	53	457
Respons (%)	96,1%	97,8%	95,4%	97,1 %
Aantal werkelijke deelnemers module Incontinentie	2.292	7.133	1.871	11.296
Geslacht vrouw (%)	52,4	74,4	70,6	69,3
Gemiddelde leeftijd (SD)*	66,3 (16,7)	82,9 (9,5)	79,4 (10,2)	79,0 (13,1)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,5 (5,6)	25,3 (5,1)	26,9 (5,7)	25,8 (5,3)
Operatie: Ja (%)	29,8	0,5	1,4	6,6

** SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen: de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.*
*** BMI = gewicht : lengte^2*

In totaal hebben 89 instellingen met 11.296 cliënten deelgenomen. De kenmerken van de cliënten die deelgenomen hebben aan de module incontinentie komen vrijwel overeen met de kenmerken van alle deelnemers zoals vermeld in hoofdstuk 2.

4.4 Prevalentie incontinentie

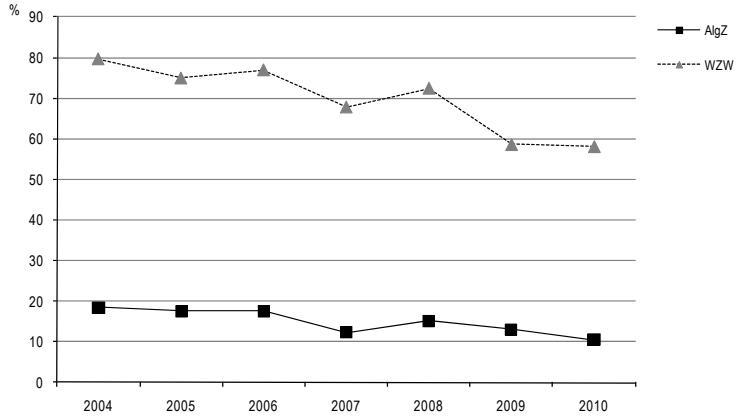
In figuur 4.1 is de prevalentie van urine-, fecale en dubbele incontinentie weergegeven.



Figuur 4.1 *Prevalentie urine-, fecale- en dubbele incontinentie in 2010 (%)*

Uit deze figuur blijkt dat in de chronische zorg urine- en fecale incontinentie beduidend vaker voorkomen dan in de acute sector en in de thuiszorg. In de thuiszorg is urine-incontinentie de meest voorkomende soort. Fecale en dubbele incontinentie komen met name voor in de chronische sector. De prevalentie van de dubbele incontinentie laat zien dat een groot deel van degenen met fecale incontinentie, ook incontinent van urine is, met name in de chronische sector.

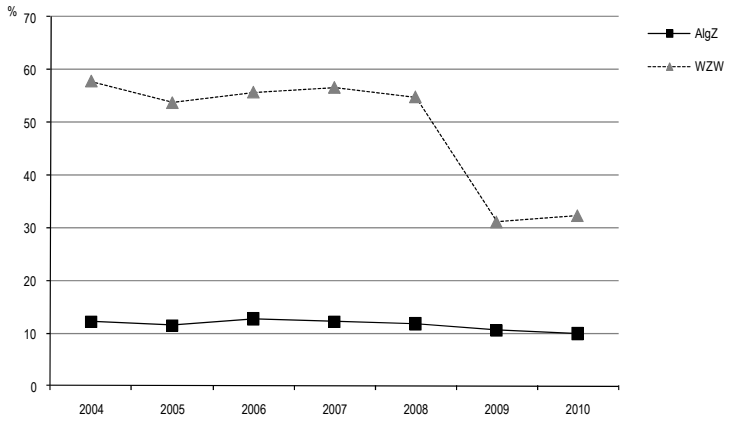
In figuur 4.2 is een vergelijking gemaakt van de prevalentie van urine-incontinentie voor de periode 2004-2010.



Figuur 4.2 *Prevalentie urine-incontinentie 2004-2010 (%)*

Uit figuur 4.2 blijkt dat na een forse daling in de chronische sector in 2009, de prevalentie van urine-incontinentie in 2010 iets verder gedaald is. In de algemene ziekenhuizen is ook sprake van een verdere daling. Van de thuiszorg is geen prevalentiecijfer over het afgelopen jaar bekend. In 2010 is de prevalentie van urine-incontinentie 36,9%.

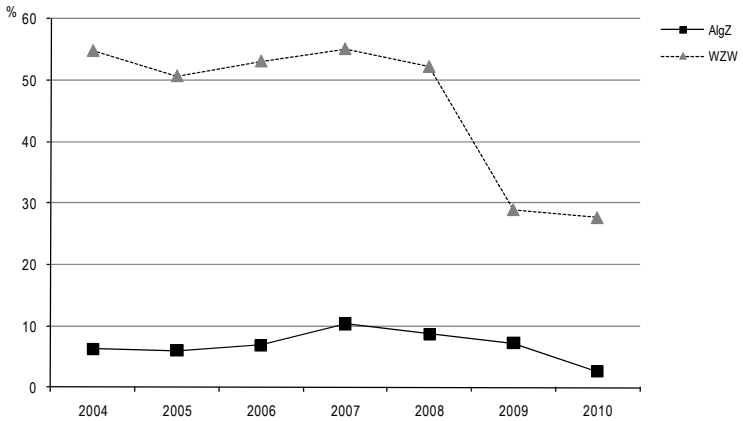
In figuur 4.3 is de prevalentie van fecale incontinentie weergegeven voor de periode 2004-2010.



Figuur 4.3 *Fecale incontinentie 2004-2010 (%)*

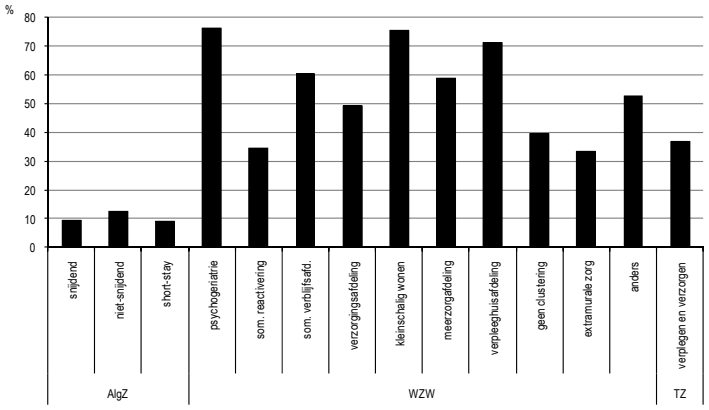
Na de forse daling in 2009 in de chronische sector is de prevalentie van fecale incontinentie dit jaar iets gestegen. In de algemene ziekenhuizen blijft de prevalentie over de jaren heen redelijk stabiel rond de 10%. In de thuiszorg is een prevalentie van fecale incontinentie gevonden van 9,1%.

Uit figuur 4.4 blijkt dat na de forse daling van de dubbele prevalentie in 2009 in de chronische sector de daling in 2010 verder doorzet. In de algemene ziekenhuizen is ook sprake van een licht dalende trend sinds 2007 en in de thuiszorg bedraagt de prevalentie van dubbele incontinentie 2,1%. Evenals bij de prevalentie van urine-incontinentie en fecale incontinentie zijn ook hier voor de thuiszorg geen cijfers beschikbaar over het afgelopen jaar.



Figuur 4.4 *Dubbele incontinentie 2004-2010 (%)*

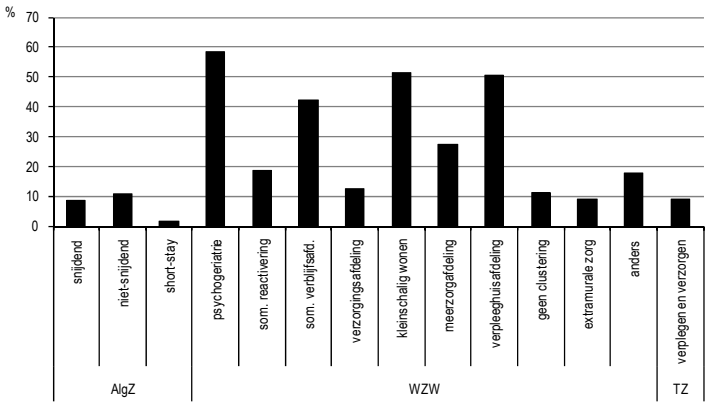
In figuur 4.5 is de prevalentie van urine-incontinentie per soort afdeling weergegeven. Alleen afdelingen met 100 of meer cliënten zijn hier weergegeven.



Figuur 4.5 *Prevalentie urine-incontinentie naar soort afdeling in 2010 (%)*

Uit figuur 4.5 blijkt dat urine-incontinentie in de algemene ziekenhuizen iets meer voorkomt op de niet-snijdende afdelingen. In de chronische sector komt het meer voor op de psychogeriatrische afdelingen, kleinschalig wonen en de verpleeghuisafdelingen.

Uit figuur 4.6 blijkt dat ook de fecale incontinentie in de algemene ziekenhuizen iets meer voorkomt op niet-snijdende afdelingen. In de chronische sector komt het ook meer voor op de psychogeriatrische afdelingen, kleinschalig wonen en de verpleeg-huisafdelingen.



Figuur 4.6 *Prevalentie fecale incontinentie naar soort afdeling in 2010 (%)*

4.5 Kenmerken cliënten met incontinentie

Voor alle deelnemende sectoren geldt dat de prevalentie van urine-incontinentie hoger is bij vrouwen dan bij mannen. Met de leeftijd stijgt ook de prevalentie van urine-incontinentie.

In tabel 4.2 wordt het percentage urine-incontinentie beschreven in relatie tot ziektebeelden. Indien er minder dan 100 personen zijn gemeten met hetzelfde ziektebeeld is het percentage niet weergegeven omdat de groep dan te klein is voor een betrouwbaar percentage. Verder is onderaan in tabel 4.2 de ADL- en HDL-afhankelijkheid weergegeven. Dit zijn geen ziektebeelden, maar wel belangrijke indicatoren voor opname in een zorginstelling.

Uit tabel 4.2 blijkt dat de hoogste prevalentie van urine-incontinentie voorkomt bij dementie in de chronische sector. Verder zijn er per sector geen grote verschillen tussen de verschillende ziektebeelden.

Tabel 4.2 *Prevalentie urine-incontinentie per ziektebeeld in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers (N)	2.292	7.133	1.871	11.296
Gemiddelde prevalentie	20,7	60,3	39,0	48,7
Ziektebeelden				
Infectieziekte	13,5	*	*	25,3
Kanker	8,5	54,9	29,7	34,0
Endocriene-. voedings- of stofwisselingsziekte	*	59,1	*	52,1
Diabetes Mellitus	12,3	61,9	42,2	50,6
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	61,6	*	50,8
Psychische stoornis	*	61,4	36,0	54,6
Dementie	*	74,5	37,4	71,8

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
	AlgZ	WZW	TZ	T
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	14,1	63,2	42,9	54,4
Ziekte van oog/oor	*	59,2	40,7	53,9
Dwarslaesie	*	*	*	
Ziekte van hart- en vaatstelsel	11,7	56,7	37,9	45,9
CVA/hemiparese	26,4	66,2	45,8	60,6
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	12,7	53,1	42,7	41,0
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	10,4	60,3	36,5	40,2
Ziekte van nier/urinewegen/geslachtsorganen	10,8	64,9	40,2	48,3
Ziekte van de huid	*	66,0	44,8	54,4
Ziekte van bewegingsstelsel	13,0	59,6	43,6	50,3
Congenitale afwijkingen	*	*	*	
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	11,2	57,7	*	43,5
Totale heupvervanging	*	60,7	39,8	49,6
Anders	6,4	59,2	33,1	43,0
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*	23,8
Activiteiten				
ADL-afhankelijk	19,7	62,5	43,1	57,7
HDL-afhankelijk	26,6	58,6	40,9	55,5

** als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in de tabel.*

In tabel 4.3 is te zien dat de hoogste prevalentie van ontlastingsincontinentie voorkomt bij dementie in de chronische sector. Verder laat het een vergelijkbaar patroon zien als bij urine-incontinentie. Binnen de thuiszorg komt ontlastingsincontinentie ook veel voor bij ziekten van het spijsverteringskanaal of zenuwstelsel.

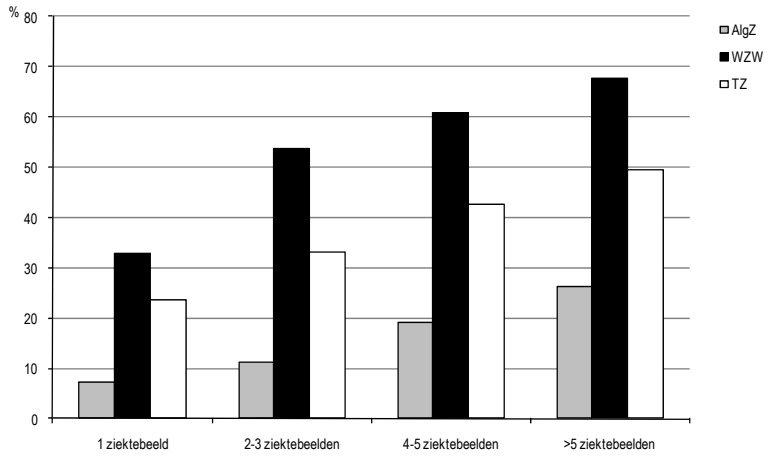
Tabel 4.3 *Prevalentie ontlastingsincontinentie per ziektebeeld in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers (N)	2.292	7.133	1.871	11.296
Gemiddelde prevalentie	9,9	32,3	9,1	23,9
Ziektebeelden				
Infectieziekte	19,5	*	*	23,6
Kanker	9,5	28,3	11.8	18,6
Endocriene-. voedings- of stofwisselingsziekte	*	27,5	*	23,7
Diabetes Mellitus	12,9	37,4	9,8	27,7
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	28,5	*	23,1
Psychische stoornis	*	35,5	10,0	31,1
Dementie	*	51,4	10,3	48,6
Ziekte van het zenuwstelsel. excl. CVA	18,6	38,7	14,4	32,2
Ziekte van oog/oor	*	28,7	7,9	24,0
Dwarslaesie	*	*	*	
Ziekte van hart- en vaatstelsel	11,7	27,9	9,5	21,8
CVA/hemiparese	22,9	43,0	13,5	38,4

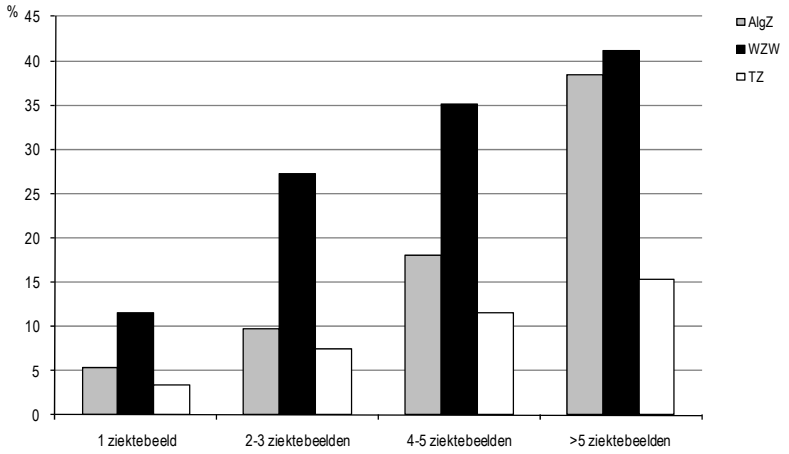
	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
	AlgZ	WZW	TZ	T
Ziekte van ademhalingswegen; inclusief neus, tonsillen	15,6	27,1	11,4	20,7
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	12,6	38,7	19,8	27,0
Ziekte van nier/urinewegen/geslachtsorganen	10,4	39,8	13,8	28,5
Ziekte van de huid	*	38,5	9,8	29,2
Ziekte van bewegingsstelsel	9,4	28,1	9,5	21,6
Congenitale afwijkingen	*	*	*	*
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	9,6	37,0	*	25,8
Totale heupvervanging	*	30,3	7,5	22,1
Anders	3,6	34,6	9,8	24,2
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*	5,1
Activiteiten				
ADL-afhankelijk	22,0	36,7	11,9	32,2
HDL-afhankelijk	33,0	33,1	10,4	29,6

** als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in de tabel.*

In figuur 4.7a en 4.7b wordt de prevalentie weergegeven per aantal ziektebeelden. De figuur met de dubbele incontinentie is weggelaten vanwege de sterke gelijkenis met de fecale incontinentie.



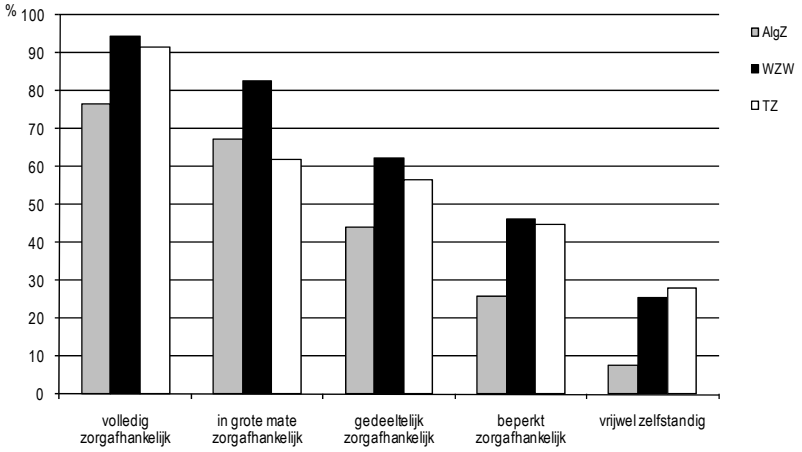
Figuur 4.7a *Prevalentie urine-incontinentie in relatie tot het aantal ziektebeelden in 2010 (%)*



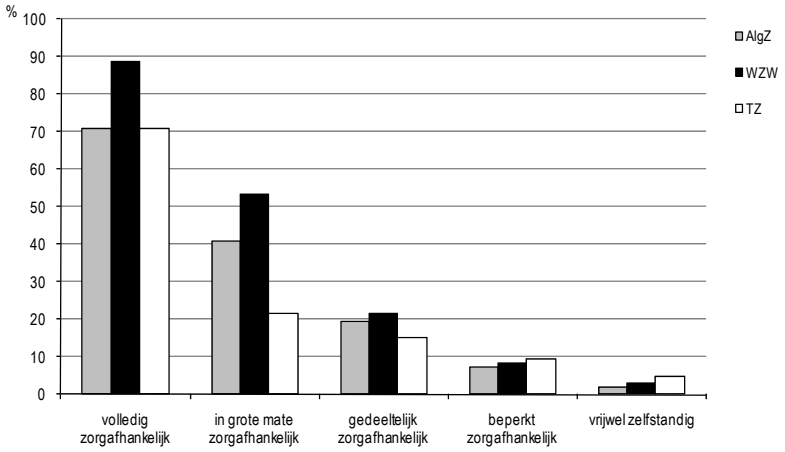
Figuur 4.7b *Prevalentie fecale incontinentie in relatie tot het aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

De figuren 4.7a en 4.7b laten zien dat de prevalentie van zowel urine- als fecale incontinentie duidelijk toeneemt met het aantal ziektebeelden. Dit geldt voor alle sectoren.

Uit tabel 4.2 en 4.3 bleek al dat cliënten die ADL- of HDL-afhankelijk zijn over het algemeen vaker incontinent zijn. Meer gedifferentieerd is dit te zien in figuur 4.8a en 4.8b. Hierin is de mate van zorgafhankelijkheid afgezet tegen incontinentie. Uit deze figuren blijkt een vergelijkbaar effect als bij het aantal ziektebeelden, namelijk naarmate men meer afhankelijk is van zorg, is de prevalentie van incontinentie hoger. Een figuur met dubbele incontinentie is weggelaten omdat deze sterk vergelijkbaar is met de ontlastingsincontinentie.



Figuur 4.8a *Prevalentie urine-incontinentie naar zorgafhankelijkheid in 2010 (%)*



Figuur 4.8b *Prevalentie fecale incontinentie naar zorgafhankelijkheid in 2010 (%)*

4.5.1 Vormen van urine-incontinentie

Om cliënten met incontinentie goed te kunnen behandelen, begeleiden en verzorgen is het belangrijk dat bekend is om welke vorm van incontinentie het gaat. In tabel 4.4 zijn de prevalenties van de verschillende vormen van urine-incontinentie weergegeven zoals deze zijn vastgesteld door een (verpleeg-)huisarts, uroloog, gynaecoloog of incontinentieverpleegkundige.

Tabel 4.4 *Vormen urine-incontinentie in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
Vormen	AlgZ	WZW	TZ	T
Totaal aantal cliënten met urine-incontinentie (N)	214	3876	660	4750
Stressincontinentie	4,7	4,2	6,4	4,5
Aandrangincontinentie	5,1	6,3	9,5	6,7
Gemengde incontinentie (met name stress)	1,4	3,8	2,4	3,5
Gemengde incontinentie (met name aandrang)	3,3	5,8	5,9	5,7
Functionele incontinentie	4,2	16,6	7,9	14,8
Overloop incontinentie	1,9	0,5	4,1	1,1
Totale incontinentie	10,7	12,9	5,5	11,7
Niet vastgesteld	74,5	48,3	54,3	51,4

Uit tabel 4.4 blijkt dat in veel gevallen niet is vastgesteld om welke vorm van incontinentie het gaat. Dit geldt vooral voor de algemene ziekenhuizen. In vergelijking met 2009 zijn er in de chronische sector en in de algemene ziekenhuizen wel meer cliënten gediagnosticeerd. Meestal worden functionele en totale incontinentie gediagnosticeerd binnen de chronische sector en de algemene ziekenhuizen. Binnen de thuiszorg zijn het vooral de aandrangincontinentie en de functionele incontinentie die relatief het vaakst voorkomen. Gezien het grote aantal niet-gediagnosticeerde cliënten, is het echter moeilijk hier conclusies uit te trekken.

In de chronische sector verliest de helft van de cliënten een hele plas, terwijl in de thuiszorg de meeste cliënten druppels of een scheutje urine verliezen.

In tabel 4.5 is aangegeven wanneer urineverlies optreedt bij cliënten met urine-incontinentie.

Tabel 4.5 *Verlies van urine in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
Soorten urineverlies	AlgZ	WZW	TZ	T
Overdag	14,5	4,9	29,8	8,8
’ s Nachts	8,4	11,4	9,2	11,0
Overdag en ’s nachts	77,1	83,7	60,9	80,3

Uit deze tabel blijkt dat het in de meeste gevallen gaat om urineverlies zowel overdag als ’s nachts, wat vergelijkbaar is met afgelopen jaar.

In tabel 4.6 is weergegeven door wie de diagnose gesteld is, waarbij in de eerste rij het totaal aantal cliënten wordt weergegeven waarop de percentages betrekking hebben.
Uit deze tabel blijkt dat de meeste diagnoses in het algemene ziekenhuis en in de thuiszorg door de specialist of de huisarts zijn gesteld. In de chronische sector is de diagnose meestal door een verpleeghuisarts of huisarts gesteld. De incontinentieverpleegkundige stelt de minste diagnoses. In het algemeen ziekenhuis is relatief vaak niet bekend wie de diagnose heeft gesteld.

Tabel 4.6 *Door wie is de diagnose gesteld; 2010 (%)*

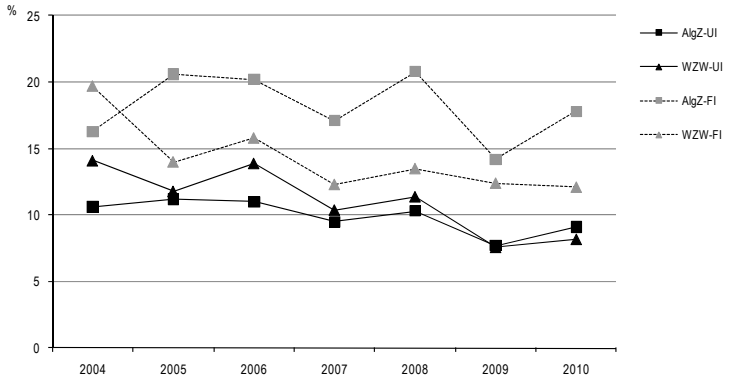
	Acute zorg	Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AlgZ	WZW	TZ	T
Totaal aantal gestelde diagnoses (N)	67	1940	275	2282
Huisarts	28,4	35,2	61,8	38,2
Uroloog of gynaecoloog	38,8	4,0	33,1	8,5
Incontinentie verpleegkundige	3,0	0,4	0,7	0,5
Verpleeghuisarts	3,0	57,1	0,4	48,7
Onbekend	26,9	3,4	4,0	4,2

4.6 Incontinentieletsels

In deze paragraaf wordt ingegaan op de prevalentie van incontinentieletsels. Cliënten zijn op verschillende soorten letsels gescreend, namelijk incontinentieletsels, smetplekken en decubituswonden. Doordat deze letsels soms lastig te onderscheiden zijn, kan het voorkomen dat letsels in de liezen of de bilnaad verkeerd zijn beoordeeld.

In figuur 4.9 zijn de prevalenties van incontinentieletsel weergegeven voor de periode 2004 tot en met 2010. Aangezien voor de thuiszorg de gegevens over het afgelopen

jaar ontbreken, wordt van deze sector de prevalentie voor 2010 alleen in de tekst beschreven.



Figuur 4.9 *Prevalentie incontinentieletsel 2004-2010 (%)*
UI = letsels door urine-incontinentie
FI = letsels door fecale incontinentie

Uit figuur 4.9 blijkt dat cliënten met fecale incontinentie vaker een letsel hebben dan cliënten die alleen urine-incontinent zijn. Letsels ten gevolge van urine-incontinentie komen nagenoeg even vaak voor in algemene ziekenhuizen als in verpleeghuizen, maar ook binnen de thuiszorg, waar de prevalentie dit jaar 9,3% was. Letsels ten gevolge van fecale incontinentie komen in vergelijking met de chronische sector iets meer voor in algemene ziekenhuizen, maar ook binnen de thuiszorg, waar 16,4% van de cliënten met fecale incontinentie een letsel heeft.

4.7 Maatregelen bij urine-incontinentie

Tabel 4.7 laat zien welke maatregelen worden toegepast bij incontinentie in de verschillende sectoren. In tegenstelling tot voorgaande jaren worden disposable absorberend verband en wasbaar absorberend verband nu als één categorie beschouwd. Dit geldt ook voor de disposable en wasbare onderleggers die nu in één categorie zijn samengevoegd. Bij urine-incontinentie kunnen meerdere maatregelen tegelijk worden toegepast. Daarom kan het percentage hoger dan 100% zijn.

Tabel 4.7 *Toegepaste maatregelen bij urine-incontinentie in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
Maatregelen	AlgZ	WZW	TZ	T
Disposable/wasbaar absorberend verband	56,1	72,8	66,2	71,1
Wegwerponderbroeken/pants	29,9	30,2	36,8	231,1
Disposable/wasbare onderleggers	15,0	23,8	18,0	22,6
Naar toilet op gezette tijden op individuele basis	21,0	34,4	14,1	31,0
Naar toilet op gezette tijden op afdelingsbasis	1,4	11,7	2,1	9,9
Aanpassingen omgeving	2,8	2,3	2,9	2,4

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg	Totaal
Maatregelen	AlgZ	WZW	TZ	T
Aangepaste/gemakkelijke kleding	7,9	7,5	9,1	7,7
Medicatie	5,6	2,0	4,5	2,5
Evaluatie van medicatie	1,4	0,8	0,6	0,8
Blaastraining/bekkenbodem spieroefeningen/ontspannings spieroefeningen	6,5	0,7	3,0	1,3
Anders	10,7	3,1	3,3	3,5
Geen maatregelen (bijvoorbeeld i.v.m. kathetergebruik)	5,1	0,6	4,4	1,4

Uit tabel 4.7 blijkt dat het disposable/wasbaar absorberend verband het meeste gebruikt wordt. Het op vaste tijden op individuele of afdelingsbasis naar het toilet brengen wordt in de chronische sector bij bijna de helft van de incontinente cliënten toegepast.

Vrijwel niet toegepast worden de maatregelen: aanpassen van omgeving en kleding, medicatie, evaluatie van medicatie, blaastraining of bekkenbodemspier- of ontspanningsspieroefeningen.

Vergelijken we deze maatregelen met die van het afgelopen jaar, dan hebben geen grote verschuivingen plaatsgevonden.

Huidverzorging

In de meting is gevraagd of bij incontinente cliënten huidverzorging plaatsvindt, zowel preventief om incontinentieletsel te voorkomen, als ter behandeling van incontinentieletsel.

Tabel 4.8 *Huidverzorging bij incontinente cliënten (urine of fecaal) in 2010 (%)*

Instelling	Urine-incontinentie	Fecale incontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AlgZ	29,4	40,5	42,1
Chronische zorg			
WZW	34,9	47,2	48,1
Thuiszorg			
TZ	25,8	40,4	40,4
Totaal			
Totaal	33,4	46,2	47,5

Uit tabel 4.8 blijkt dat bij minder dan de helft van de incontinente cliënten aan preventieve huidverzorging wordt gedaan. Indien er sprake is van fecale of dubbele incontinentie wordt preventieve huidverzorging iets vaker toegepast. In de chronische sector wordt iets meer aan huidverzorging gedaan. Uit tabel 4.9 valt af te leiden dat incontinente cliënten, die al een letsel hebben, vrijwel allemaal huidverzorging krijgen. Hierbij zijn nauwelijks verschillen tussen de zorgsectoren.

Tabel 4.9 *De behandeling van incontinentieletsel in 2010 (%)*

Instelling	Urine-incontinentie	Fecale incontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AlgZ	95,0	97,5	100,0
Chronische zorg			
WZW	92,0	92,8	91,7
Thuiszorg			
TZ	91,7	89,3	82,4
Totaal			
Totaal	92,1	93,1	91,5

4.8 Kwaliteitsindicatoren incontinentie

Het volgende deel gaat in op de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot incontinentie. Deze indicatoren geven een beeld van het beleid binnen de instellingen en afdelingen. Eerst zullen de resultaten op instellingsniveau worden weergegeven en daarna op afdelingsniveau. Tabel 4.10 laat de resultaten van de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau zien. Het percentage geeft weer in welke mate aan de criteria is voldaan.

Tabel 4.10 *Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW	TZ
Aantal instellingen (N)	16	66	7
Protocol	50,0	81,8	28,6
Controle werken volgens protocol	31,3	62,1	28,6
Verantwoordelijke die protocol up-to-date houdt	56,3	66,7	28,6
Beheersprotocol	75,0	84,8	28,6
Incontinentie-verpleegkundige	93,8	34,8	28,6
Bijscholing	81,3	63,6	28,6

Uit tabel 4.10 blijkt dat de thuiszorg relatief laag scoort op alle kwaliteitsindicatoren. In de meerderheid van de instellingen binnen de chronische sector is een protocol aanwezig en wordt gecontroleerd of gewerkt wordt volgens protocol. Voor de thuiszorg geldt dat slechts in ruim een kwart van de instellingen een protocol aanwezig is.

De meeste instellingen hebben een beheersprotocol voor het incontinentiemateriaal, behalve instellingen in de thuiszorg. In nagenoeg alle algemene ziekenhuizen die gemeten zijn, is een incontinentieverpleegkundige aanwezig, hetgeen niet geldt voor de chronische sector en de thuiszorg. Ten opzichte van 2009 is er in 2010 een stijging van ruim 23% in het aantal algemene ziekenhuizen waar in het afgelopen twee jaar een bijscholing over incontinentie heeft plaatsgevonden. Instellingen beschikken slechts in beperkte mate over een informatiebrochure. Dit geldt in het bijzonder voor de thuiszorg.

In tabel 4.11 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de criteria is voldaan.

Tabel 4.11 *Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische Zorg	Thuiszorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW	TZ
Aantal afdelingen (N)	165	239	53
Gespecialiseerd persoon op afdeling	39,4	81,6	39,6
Controle werken volgens protocol	46,1	69,5	49,1
Rapportage verpleegdossier	77,0	91,6	96,2
Materiaal beschikbaar	84,2	96,2	
Informatiebrochure	12,1	18,8	7,5

Uit tabel 4.11 blijkt dat, met uitzondering van een informatiebrochure, vooral de chronische sector relatief hoog scoort op de kwaliteitsindicatoren. Een ruime meerderheid van de afdelingen in de chronische sector beschikt over een medewerker op de afdeling die gespecialiseerd is op het terrein van incontinentie. Ook geldt voor deze sector dat in ruim de helft van de afdelingen wordt gecontroleerd of er gewerkt wordt volgens het protocol. In alle sectoren, maar met name binnen de chronische sector en de thuiszorg, wordt de zorgverlening aan de incontinente cliënt vaak gerapporteerd in het verpleegdossier. Het geïndiceerde incontinentiemateriaal is voldoende tot goed beschikbaar op de afdelingen. Binnen de sectoren worden weinig informatiebrochures verstrekt aan cliënten die incontinent zijn of aan familie van deze cliënten. Dit geldt vooral voor de thuiszorg.

4.9 Conclusies

Prevalentie urine- en fecale incontinentie

Na de daling in prevalentie van urine- en fecale incontinentie in 2009 is de prevalentie dit jaar verder gedaald, zij het in mindere mate. Alleen in de chronische sector is de fecale incontinentie iets gestegen.

Urine- en fecale incontinentie komt in algemene ziekenhuizen vooral voor op de niet-snijdende afdelingen. In de chronische sector komt urine- en fecale incontinentie vooral voor op de psychogeriatrische, de verpleegafdelingen en binnen kleinschalige woonvormen. Verder zijn vrouwen vaker incontinent dan mannen en neemt de kans op incontinentie toe naarmate men ouder is, meer ziektebeelden heeft en meer zorgbehoeften heeft.

Soort urine-incontinentie

In de algemene ziekenhuizen is driekwart van de incontinente cliënten niet gediagnosticeerd, terwijl dit wel belangrijke informatie is voor een adequate begeleiding, verzorging en behandeling. In de chronische zorg en de thuiszorg is vaker een diagnose gesteld, namelijk in ongeveer de helft van de gevallen. In de chronische sector wordt de diagnose meestal gesteld door de (verpleeg-)huisarts, en in de acute zorg en de thuiszorg door een specialist of huisarts.

Incontinentieletsels

Het aantal incontinente cliënten dat een letsel heeft opgelopen is dit jaar licht toegenomen in vergelijking met het afgelopen jaar. Bijna 9% heeft een letsel door urine-incontinentie, en ruim 15% door fecale incontinentie.

Maatregelen urine-incontinentie

Maatregelen gericht op het voorkomen van incontinentie, zoals op vaste tijden naar het toilet gaan, herzien van medicatie, blaas- of mictietraining en bekkenbodem- of ontspanningsspieroefeningen worden relatief weinig toegepast. Meestal worden materialen gebruikt voor de opvang van urine, zoals disposable/wasbare absorberende verbanden en onderleggers.

4.10 Aanbevelingen

Dit jaar zijn de prevalentiecijfers voor urine-incontinentie en fecale incontinentie ten opzichte van 2009 licht gedaald, met uitzondering van de ontlastingsincontinentie in de chronische sector. Hoewel de meeste cliënten nog steeds geen diagnose hebben, is het percentage cliënten dat gediagnosticeerd is iets toegenomen in de algemene ziekenhuizen en in de chronische sector. Daarnaast wordt een lichte stijging in het aantal letsels waargenomen. Met name binnen de chronische zorg wordt een toename van het gebruik van kwaliteitsindicatoren waargenomen.

Om een goede behandeling van incontinentie mogelijk te maken, is het nodig dat cliënten worden gediagnosticeerd. Dit is uitermate belangrijk voor cliënten binnen de thuiszorg, aangezien incontinentie een risicofactor is voor opname in een verpleeghuis. Vroegtijdige diagnostiek kan latere opname voorkomen, dan wel uitstellen.

Meer aandacht dient geschonken te worden aan de maatregelen bij incontinente cliënten, bijvoorbeeld door cliënten vaker op gezette tijden naar het toilet te brengen. Incontinentie kan niet in alle gevallen voorkomen of behandeld worden, maar met eenvoudige ingrepen moet wel de overlast voor de cliënt gereduceerd kunnen worden. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan aanpassingen in de omgeving of gemakkelijke kleding.

4.11 Literatuur

Abrams P, et al. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation subcommitee of the International Continence Society. Urology, 61: 37-49.

Defloor T (2007). Verschillend letsel, verschillende aanpak. Medisch Contact, 62: 6.

Gray M (2004). Preventing and managing perineal dermatitis: a shared goal for wound and continence care. Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 31(suppl 1): S2-9.

Holroyd-Leduc JM, SE Straus (2004). Management of urinary incontinence in woman: scientific review. Journal of the American Medical Association, 291(8): 986-95.

Hunskaar S, K Burgio, A Clark, MC Lapitan, R Nelson, U Sillen, D Thom (2005). Epidemiology of Urinary and Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. 3rd International Consultation on Incontinence 26th-29th June 2004 (3rd Edition 2005).

Hunter S, J Anderson, D Hanson, P Thompson, D Langemo, MG Klug (2003). Clinical trial of a prevention and treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 30(5): 250–8.

Kennedy KL, L Lutz (1996). Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinent dermatitis. In: Proceedings of the European Conference on Advances in Wound Management. Amsterdam; October 4.

Laycock J, J Haslam (2004). Therapeutic management of incontinence and pelvic pain: pelvic organ disorders. 3rd ed. London: Springer–Verlag.

Matsumoto M, K Inoue (2007). Predictors of institutionalization in elderly people living at home: the impact of incontinence and commode use in rural Japan. Journal of cross-cultural gerontology, 22(4): 421-32.

Nix DH (2002). Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. Ostomy/wound Management, 48(2): 43–6, 48–9.

Nuotio M, TLJ Tammela, T Luukkaala, M Jylhä (2003). Predictors of institutionalization in an older population during a 13-year period: the effect of urge incontinence. Journals of Gerontology, Series A, Biological sciences and Medical sciences, 58(8): 756-62.

Smith AL, M Louis Moy (2004). Modern management of woman with stress urinary incontinence. Ostomy/wound Management, 50(12): 32-9.

Teunissen TAM. (2006). Urinary Incontinence in the Elderly in General Practice. Academisch proefschrift. Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen.

5 ONDERVOEDING

5.1 Inleiding

Ondervoeding is een belangrijk maar ook vaak onderschat en onderbehandeld probleem binnen de gezondheidszorg. Prevalentiecijfers van ondervoeding zijn hoog in alle sectoren in de gezondheidszorg (10-60%), met als gevolg hoge overheidsuitgaven en collectieve kosten (Statton et al., 2003, Meijers et al., 2008). Ondervoeding kan leiden tot verlies van spiermassa, vertraagde wondgenezing, daling van de weerstand, verminderde spierkracht en een toename van postoperatieve complicaties. Ondervoede patiënten hebben daardoor gemiddeld een langere opnameduur dan niet-ondervoede patiënten en zelfs meer kans op vroegtijdig overlijden (Russel 2001; Humphreys et al., 2002; Correia & Waitzberg, 2003). Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding is mede daarom van grote waarde.

Een grotere bewustwording ten aanzien van het voorkomen van ondervoeding en aandacht voor een adequate voeding(szorg) kunnen een positieve invloed hebben op zowel de prevalentie van ondervoeding in de gezondheidszorg als op de negatieve consequenties van ondervoeding. Inzicht in het zorgprobleem ondervoeding kan instellingen en beleidsmakers stimuleren om maatregelen te nemen om het zorgprobleem op zowel cliënt-, afdelings-, als instellingsniveau te voorkomen, en zo nodig adequaat te behandelen.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010 op het gebied van ondervoeding weergegeven. Eerst zal de definitie worden besproken. Vervolgens zullen de kenmerken van de deelnemers aan het zorgprobleem ondervoeding worden getoond als ook de prevalentiecijfers en de bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan ondervoeding. Daarna zullen de voedingsscreening, preventie, monitoring en behandeling worden toegelicht. Tot slot wordt aan de hand van gemeten kwaliteitsindicatoren het beleid ten aanzien van ondervoeding in de deelnemende gezondheidszorginstellingen beschreven. In het hoofdstuk wordt gesproken over chronische zorg Wonen, Zorg en Welzijn (WZW); dit zijn verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

5.2 Definities

De definitie die de LPZ bij de meting van ondervoeding hanteert, meet zowel het actuele risico op ondervoeding (BMI), het retrospectieve risico (gewichtsverlies), als het prospectieve risico (verminderde intake). Deze definitie is gerelateerd aan de European Society Parenteral Enteral Nutrition (ESPEN) richtlijnen en overleg met ondervoeding-

experts. Gezien de Europese discussie betreffende hoe ondervoeding gedefinieerd en gemeten zou moeten worden, worden de ondervoede clienten ook meegenomen bij de clienten die een risico op ondervoeding hebben.

Risico op ondervoeding als een patiënt voldoet aan één van de volgende twee criteria:
1. Een BMI tussen de 18,5 en 20 (patiënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 21-23);
2. Drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan een week minder gegeten hebben dan normaal.

Ondervoeding als een patiënt voldoet aan één van de volgende drie criteria:
1. Een BMI (Body Mass Index) kleiner dan 18,5 (patiënten van 65 jaar en ouder een BMI ≤ 20;
2. Een BMI tussen de 18,5 en 20 (patiënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 21-23) in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks eten of meer dan een week minder eten dan normaal;
3. Onbedoeld meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden zijn afgevallen of meer dan 3 kg in de afgelopen maand.

5.3 Kenmerken deelnemers ondervoeding 2010

In 2010 namen 146 instellingen met 14.102 cliënten deel aan de meting van de module ondervoeding van de LPZ. Nadat de exclusiecriteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn toegepast (cliënten van 18 jaar en jonger, een afdelingrespons < 90%, instellingen met N< 50, sectoren met 3 of minder instellingen), heeft dit geresulteerd in 89 instellingen met 10.649 cliënten. De kenmerken van deze cliënten staan beschreven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 *Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem ondervoeding in 2010*

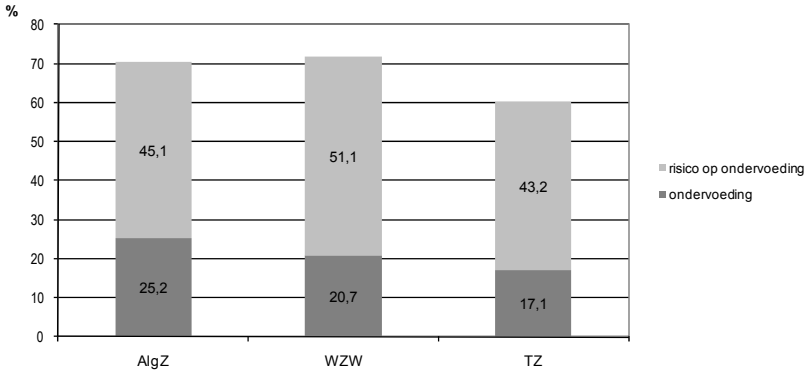
	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn	Thuiszorg	Totaal
Kenmerken Deelnemers	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	16	66	7	89
Aantal afdelingen	192	246	15	253
Respons (%)	94,6	94,0	92,8	94,1
Aantal werkelijke deelnemers	2678	6785	1186	10649
Geslacht vrouw (%)	51,9	74,1	70,1	67,6
Gemiddelde leeftijd (SD)*	66 (18)	83 (9)	79 (11)	78 (15)
Gemiddelde BMI (SD)**	26.2 (5,5)	25.4 (5.1)	26,7 (5,6)	25,7 (5,3)
Operatie: Ja (%)	27,4	0,7	1,4	7,6

** SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.*
*** BMI = gewicht : lengte^2*

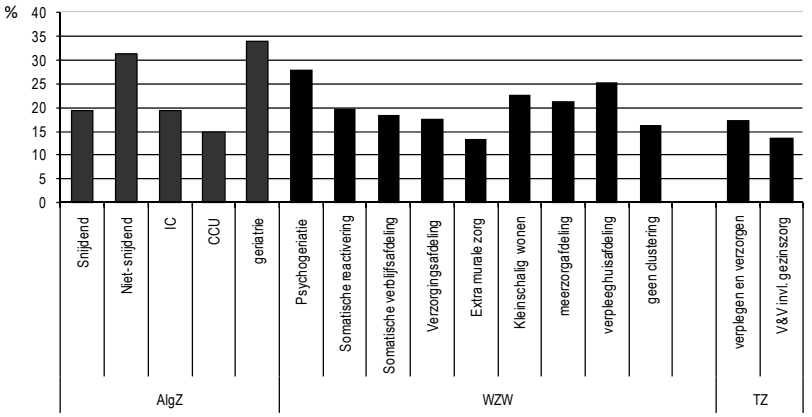
In de acute zorg, dus de ziekenhuizen, is de verdeling tussen mannen en vrouwen vrijwel gelijk, terwijl in de chronische sector en de thuiszorg duidelijk een hoger percentage vrouwen heeft meegedaan. Ook de gemiddelde leeftijd ligt in de chronische zorg aanzienlijk hoger. De gemiddelde Body Mass Index (BMI) is, bij benadering, vrijwel gelijk in alle sectoren. Dit komt nagenoeg overeen met de totale groep deelnemers aan de LPZ (zie hoofdstuk 2).

5.4 Prevalentie ondervoeding

In de figuren 5.1 en 5.2 wordt een overzicht gegeven van respectievelijk de prevalentie van het risico op ondervoeding, de prevalentie van ondervoeding en de prevalentie ondervoeding per soort afdeling, berekend conform de LPZ definitie.



Figuur 5.1 *Prevalentie (risico op) ondervoeding LPZ in 2010 (%)*



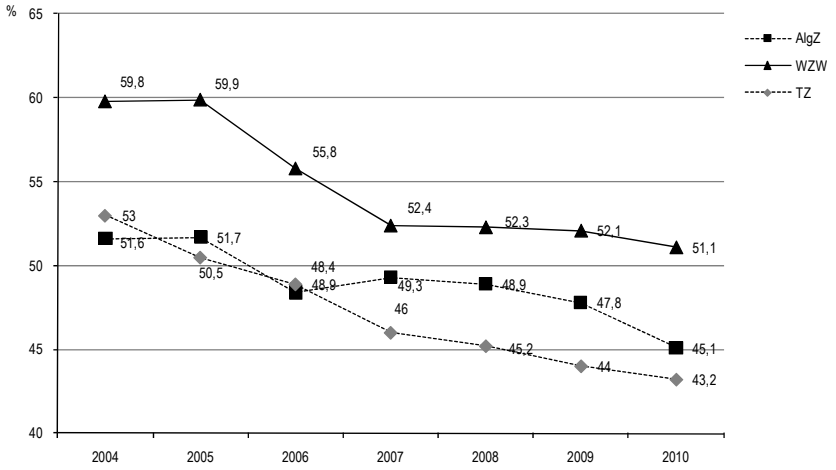
Figuur 5.2 *Prevalentie ondervoeding per soort afdeling*

Uit de resultaten van 2010 blijkt dat iets minder dan één op de twee cliënten in alle gezondheidszorginstellingen een risico op ondervoeding heeft volgens de LPZ definitie.

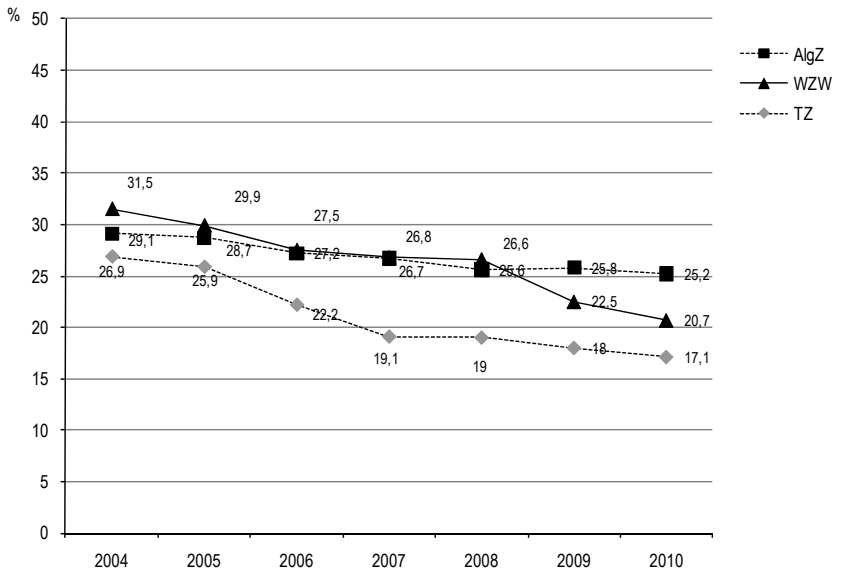
Verder blijkt uit figuur 5.1 dat ongeveer één op de vijf cliënten daadwerkelijk ondervoed is. In de sector wonen, zorg en welzijn en de sector thuiszorg ligt dit percentage iets lager, vergeleken met de ziekenhuizen waar ongeveer 1 op de 4 cliënten ondervoed is. Figuur 5.2 geeft aan dat de geriatrie-afdelingen binnen ziekenhuizen en de psychogeriatrische afdelingen binnen de sector wonen, zorg en welzijn de hoogste prevalentiecijfers tonen.

Prevalentie ondervoeding 2004-2010

In de figuren 5.3 en 5.4 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van het risico op ondervoeding en de prevalentie van ondervoeding gedefinieerd volgens de LPZ defintitie van 2004 tot 2010. Hierbij zijn dezelfde selectiecriteria toegepast als beschreven in hoofdstuk 2.



Figuur 5.3 *Prevalentie risico op ondervoeding LPZ 2004-2010 (%)*



Figuur 5.4 *Prevalentie ondervoeding 2004-2010 (%)*

In vergelijking met voorgaande jaren daalt de prevalentie "risico op ondervoeding" en prevalentie "ondervoeding" licht. Bij de interpretatie moet rekening gehouden worden met het feit dat niet ieder jaar dezelfde instellingen deelnemen.

5.5 Kenmerken cliënten met ondervoeding

Wanneer we kijken naar de kenmerken van cliënten in relatie tot ondervoeding dan zien we dat naarmate deelnemers ouder worden er een duidelijke toename van ondervoeding optreedt. Dit geldt overigens niet voor de thuiszorg. We zien hier zelfs een lichte daling van de prevalentie. Dit kan verklaard worden door het gegeven dat oudere fragiele cliënten vaker worden opgenomen in instellingen voor wonen, zorg en welzijn of in ziekenhuizen.

Verder zien we ten aanzien van het geslacht dat mannen over het algemeen iets minder ondervoed zijn dan vrouwen, met uitzondering van de cliënten in de thuiszorg.

Ziektebeelden

In tabel 5.2 is het percentage van ondervoeding per ziektebeeld weergegeven, en het gemiddeld aantal ziektebeelden. Ter vergelijking is de gemiddelde prevalentie ondervoeding ook gegeven. Zo kan men zien of cliënten met een bepaald ziektebeeld een extra risico hebben in vergelijking met de gemiddelde prevalentie ondervoeding.
De prevalentie wordt niet weergegeven voor ziektebeelden die bij minder dan 100 personen voorkomen.

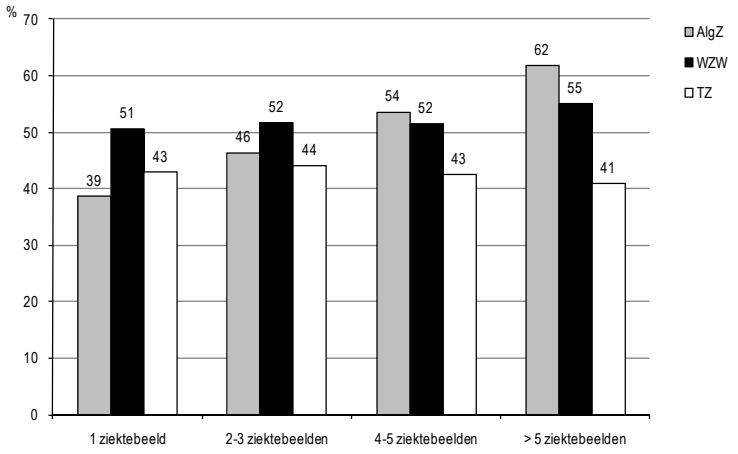
Tabel 5.2 *Ziektebeelden van ondervoede clienten in 2010 (%)*

	Ondervoed		
	AlgZ	WZW	TZ
Aantal deelnemers (N)	2678	6785	1186
Gemiddelde prevalentie	25,2	20,7	17,1
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,5	4,3	3,3
Infectieziekte	36,1	22,3	28,6
Kanker	39,5	23,7	27,3
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	37,4	18,5	*
Diabetes Mellitus	24,5	13,7	10,6
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	27,5	23,6	*
Psychische stoornis	30,1	21,3	20,0
Dementie	36,5	25,7	18,1
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	26,7	20,2	17,3
Ziekte van oog/oor	31,1	21,0	18,3
Ziekte van hart- en vaatstelsel	22,7	18,8	16,4
CVA/hemiparese	26,6	18,8	15,6
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus. tonsillen	28,8	20,8	20,9
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	34,6	23,1	25,6
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	25,0	21,0	*
Ziekte van de huid	22,2	18,0	18,1
Ziekte van bewegingsstelsel	19,0	20,8	16,1
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	21,0	20,7	22,8
Totale heupvervanging	17,5	22,1	17,6
Activiteiten			
ADL-afhankelijk	33,8	21,7	17,1
HDL-afhankelijk	37,5	21,0	16,6

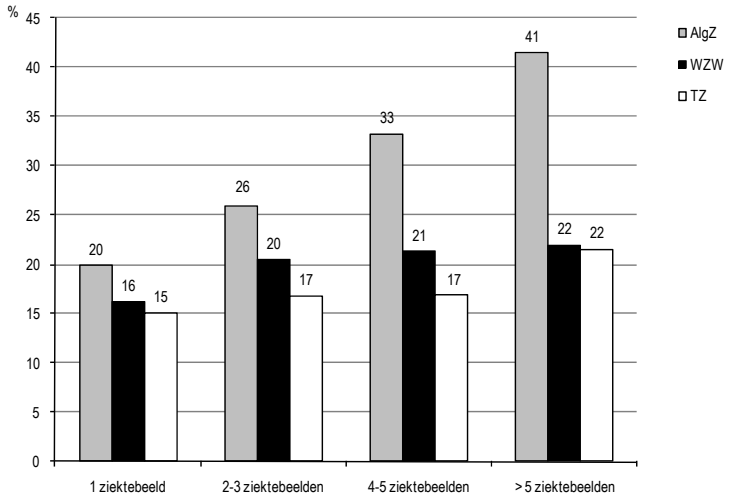
** als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in tabel*

Uit tabel 5.2 blijkt dat ondervoeding in de algemene ziekenhuizen veel voorkomt bij cliënten met kanker, een infectie en endocriene, voedings- of stofwisselingsziekten. In de sector wonen, zorg en welzijn komt ondervoeding ook veel voor bij cliënten met kanker en dementie, en bij de thuiszorg komt ondervoeding vooral voor bij cliënten met kanker, een infectie en ziekten van het spijsverteringsorgaan.

In figuur 5.5 en 5.6 staat het aantal ziektebeelden van een cliënt weergegeven in relatie tot het risico op ondervoeding en ondervoeding.



Figuur 5.5 *Risico ondervoeding naar aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

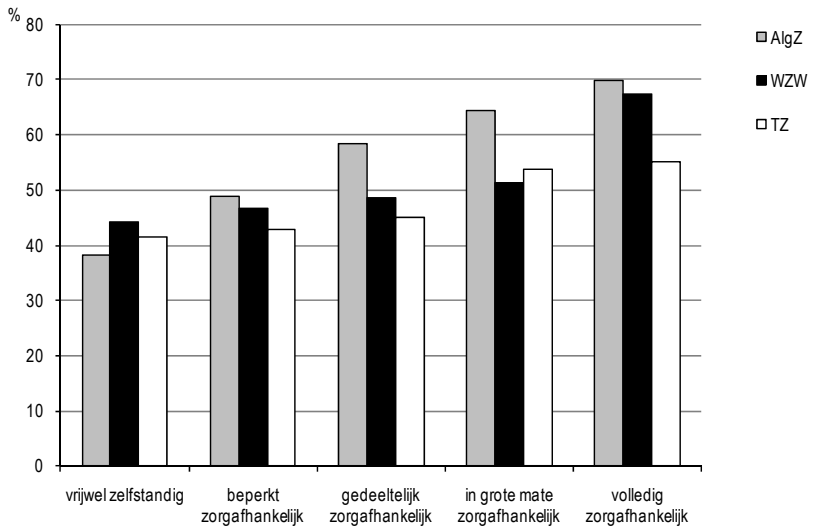


Figuur 5.6 *Ondervoeding naar aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

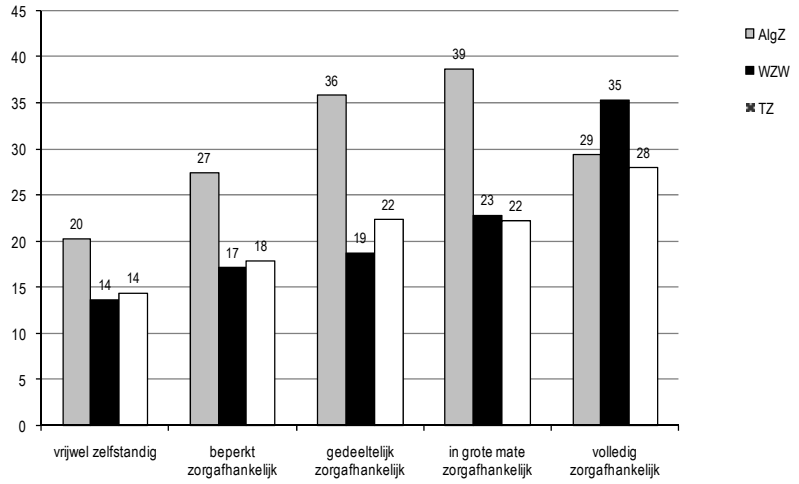
Met uitzondering van de thuiszorg, zien we in alle gezondheidszorgsectoren dat de prevalentie van het risico op ondervoeding en ondervoeding toeneemt, als cliënten meer ziektebeelden hebben.

Zorgafhankelijkheid

In figuur 5.7 en 5.8 is de zorgafhankelijkheid weergegeven in relatie tot het risico op ondervoeding en ondervoeding.



Figuur 5.7 *Risico ondervoeding in relatie tot CDS score (%)*



Figuur 5.8 *Ondervoeding in relatie tot CDS score (%)*

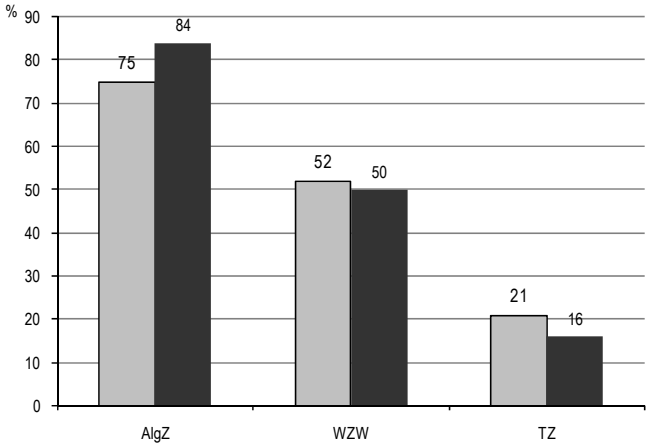
In beide figuren komt duidelijk naar voren dat een hogere zorgafhankelijkheid samengaat met een groter risico op of ondervoeding.

5.6 Preventie en behandeling van ondervoeding

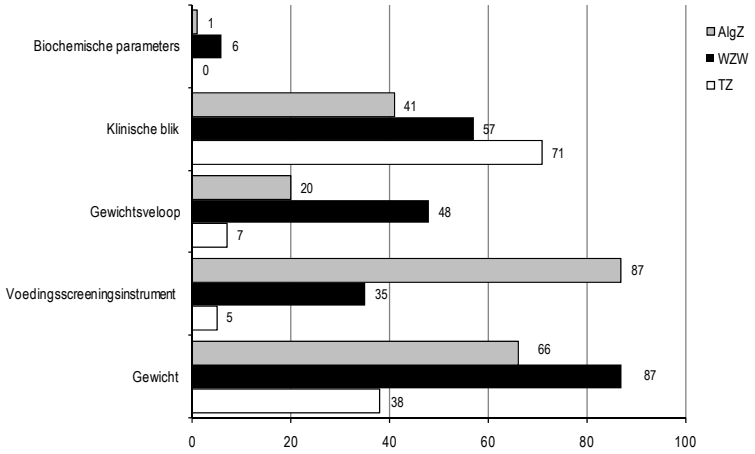
In deze paragraaf wordt het screenen op ondervoeding bij opname weergegeven. Daarna komen de maatregelen die zijn genomen voor de preventie van het risico op ondervoeding en voor de behandeling van ondervoeding aan de orde.

Screenen op ondervoeding

Screenen is een belangrijk onderdeel bij de preventie en behandeling van ondervoeding. In figuur 5.9 wordt weergegeven hoe vaak er wordt gescreend bij opname en in figuur 5.10 hoe er werd gescreend.



Figuur 5.9 *Screenen 2009 en 2010 (%)*



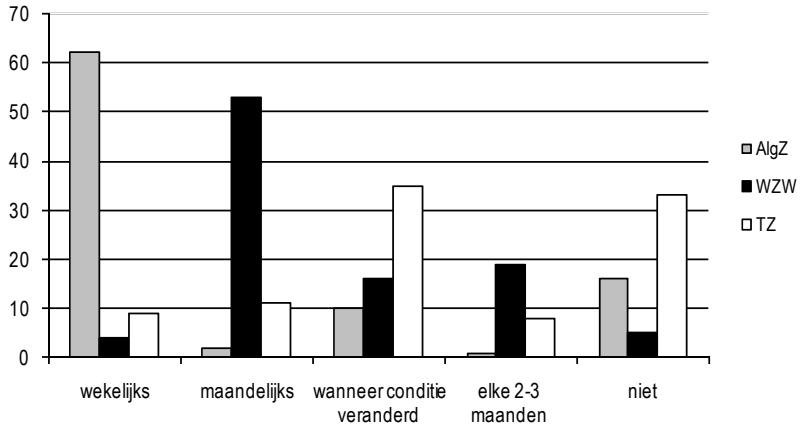
Figuur 5.10 *Inhoud screenen (%)*

Uit figuur 5.9 blijkt dat evenals in 2009, minder dan de helft van de deelnemers in alle gezondheidszorginstellingen wordt gescreend op ondervoeding, met uitzondering van de cliënten in ziekenhuizen, waar meer dan drie van de vier gescreend worden. Vergeleken met de LPZ meting 2009 en de jaren daarvoor is er echter wel een aanzienlijke verbetering tot stand gekomen bij de ziekenhuizen. In de sector wonen, zorg en welzijn zien we geen grote verschillen; hier wordt nog steeds ongeveer 50% van de bewoners gescreend.

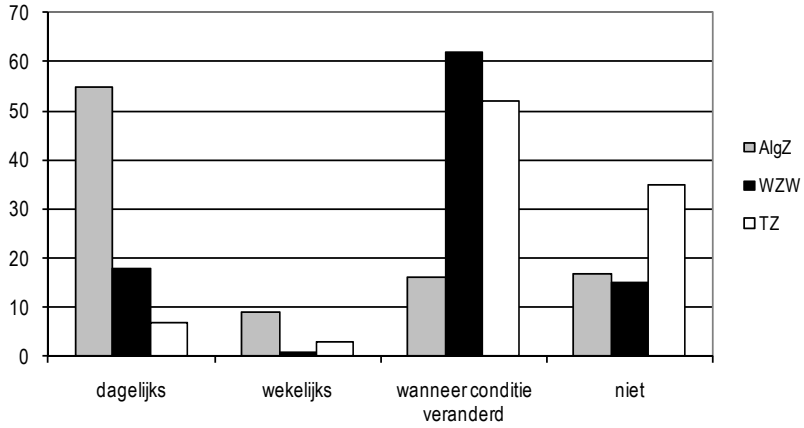
In figuur 5.10 komt naar voren dat de inhoud van de voedingsscreening net als in voorgaande jaren voornamelijk wordt bepaald door het meten van het gewicht. Specifieke, gevalideerde voedingscreeningsinstrumenten worden in de ziekenhuizen nu meer gebruikt dan in voorgaande jaren en ook in vergelijking met de andere settings. Verder wordt ook de klinische blik nog vaak gebruikt, hoewel dit een beduidend minder betrouwbare manier van screenen is.

Monitoren van gewicht en intake

Het monitoren van gewicht en intake is belangrijk voor de bepaling van de voedingstoestand van de cliënt gedurende opname en het direct observeren van mogelijke voedingsproblemen. In figuur 5.11 en 5.12 staan het monitoren van gewicht en intake weergegeven.



Figuur 5.11 *Monitoring van gewicht*



Figuur 5.12 *Monitoring van intake*

Uit figuur 5.11 blijkt dat het gewicht in de algemene ziekenhuizen het meeste wekelijks wordt gemonitord, in de sector wonen, zorg en welzijn maandelijks en in de thuiszorg vooral wanneer de conditie van de cliënt verandert.

In de thuiszorg wordt het gewicht bij 1 op de 3 cliënten niet gemonitord.

Figuur 5.12 geeft weer dat de voedingsinname in algemene ziekenhuizen bij de helft van de cliënten dagelijks wordt bijgehouden en in de sector wonen, zorg en welzijn en de thuiszorg vooral wanneer de conditie van de cliënt veranderd.

Verder wordt de voedingsinname in algemene ziekenhuizen bij 1 op de 5 van alle cliënten niet bijgehouden en bij de thuiszorg bij een op de drie.

Preventieve maatregelen

Per soort instelling is gekeken welke preventieve maatregelen zijn genomen bij cliënten die een risico op ondervoeding hebben. In tabel 5.3 is het percentage cliënten met een risico op ondervoeding en de toegepaste maatregel weergegeven.

Tabel 5.3. *Maatregelen bij risico op ondervoeding in 2010 (%)*

	Acute zorg	Wonen-zorg en Welzijn	Thuiszorg
Maatregelen	AlgZ	WZW	TZ
Diëtist	54,4	36,5	11,7
Energie (eiwit) verrijkt dieet	29,7	12,1	20,1
Orale bijvoeding	19,0	16,7	6,6
Sondevoeding	10,6	1,3	0,8
Parenterale voeding	4,4	0	0,1
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	21,6	12,2	3,0

Uit deze tabel blijkt dat evenals in voorgaande jaren in de acute zorg en de chronische zorg het vaakst een diëtist wordt geconsulteerd, hoewel nog steeds bij minder dan de helft van de cliënten met een risico op ondervoeding in de thuiszorg en in wonen, zorg en welzijn een diëtiste wordt geconsulteerd. Een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen, sondevoeding en parenterale voeding worden ook het meeste in de acute zorg toegepast.

Verminderde eetlust

In tabel 5.4 is het percentage cliënten dat in de afgelopen week minder gegeten heeft, weergegeven en de oorzaken daarvan.

Tabel 5.4 *Percentage cliënten dat minder gegeten heeft en de oorzaken in 2010 (%)*

	Acute zorg	Wonen-zorg en Welzijn	Thuiszorg
Oorzaken	AlgZ	WZW	TZ
Aantal deelnemers	2678	6785	1186
% cliënten minder gegeten	20,3	4,6	4,9
Oorzaken			
Verminderde eetlust	59,6	59,3	52,3
Misselijkheid	21,1	13,6	25,0
Problemen met kauwen	2,2	6,7	9,1
Problemen met slikken	8,8	12,5	11,4
Actuele ziekte	57,6	31,2	29,5
Pijn	12,5	9,7	13,6

Uit tabel 5.4 blijkt dat in de acute sector de meeste cliënten de afgelopen week minder hebben gegeten. Over het algemeen geeft 60 % van alle cliënten die minder hebben gegeten aan dat de oorzaak een verminderde eetlust was. Verder wordt het minder eten ook vooral veroorzaakt door acute ziekte en misselijkheid en in mindere mate door pijn en problemen met slikken.

Behandelingsmaatregelen

In deze paragraaf worden de behandelingsmaatregelen weergegeven die genomen zijn bij cliënten die ondervoed zijn. De resultaten laten dezelfde trend zien als tabel 5.3 waarin de preventieve maatregelen bij risico op ondervoeding weergegeven werden. In tabel 5.5 zijn de maatregelen bij ondervoeding weergegeven.

Tabel 5.5 *Behandelingsmaatregelen bij ondervoeding in 2010 (%)*

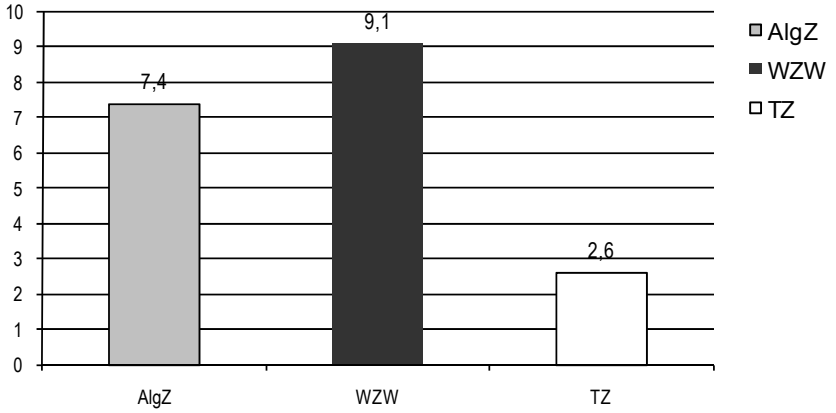
	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn	Thuiszorg
Maatregelen	AlgZ	WZW	TZ
Diëtist	68,8	47,2	22,5
Energie (eiwit) verrijkt dieet	29,8	24,2	20,3
Orale bijvoeding	25,3	25,4	16,2
Sondevoeding	13,2	1,3	2,1
Parenterale voedings	5,4	0,0	0,1
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	29,2	19,6	6,3

Uit tabel 5.5 blijkt dat, net als bij cliënten met een risico op ondervoeding in de acute zorg, ook in de chronische zorg het vaakst een diëtist wordt geconsulteerd in vergelijking tot de thuiszorg. Een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen, sondevoeding en parenterale voeding worden verder ook het meeste in de acute zorg toegepast. Verder zien we dat orale bijvoeding bij 1 op de 4 cliënten in de acute zorg en de sector wonen, zorg en welzijn wordt toegepast.

Verder hebben we dit jaar ook gevraagd of de effectiviteit van een maatregel wordt geëvalueerd. Dit werd in 42,8% van de ziekenhuizen gedaan; in de sector wonen, zorg en welzijn in 42,3% en verder in 15,6% van de thuiszorginstellingen.

Prevalentie Slikken

In deze paragraaf wordt de prevalentie van slikklachten weergegeven in figuur 5.13



Figuur 5.13 *Prevalentie slikklachten 2010*

De hoogste prevalentie slikklachten vinden we bij cliënten in de sector wonen, zorg en welzijn waar bijna 1 op de 10 cliënten slikklachten heeft; de laagste prevalentie vinden we in de thuiszorg.

5.7 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In deze paragraaf worden per type zorgorganisatie de kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau besproken. De kwaliteitsindicatoren geven een beeld van het gevoerde instellingsbeleid ten aanzien van de preventie en behandeling van ondervoeding. Eerst zullen de resultaten op instellingsniveau worden weergegeven en daarna op afdelingsniveau.

Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

In tabel 5.6 zijn de kwaliteitsindicatoren van 2010 op instellingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de criteria is voldaan.

Uit de gegevens van tabel 5.6 blijkt dat in 2010 evenals in voorgaande jaren in de acute zorg en de chronische sector over het algemeen de meeste indicatoren op instellingsniveau grotendeels aanwezig zijn. Bij de thuiszorg dient men overigens bij de interpretatie rekening te houden met het feit dat maar 7 instellingen hebben deelgenomen. Over het algemeen zijn in alle zorgsectoren diëtisten aangesteld. Opmerkelijk is dat de algemene ziekenhuizen het minst vaak aangeven een protocol te hebben voor ondervoeding, terwijl ze het protocol wel het meest up-to-date houden. Verder zien we in de thuiszorg dat de educatie en informatie op het gebied van ondervoeding mag verbeteren.

Tabel 5.6 *Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op instellingsniveau in 2010 (%)*

	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn	Thuiszorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW	TZ
Aantal instellingen	16	66	7
Protocol (preventie en behandeling)	81,3	92,4	100
Criteria vastleggen ondervoeding	87,5	86,4	100
Diëtist aangesteld	100,0	90,9	100
Bijscholing (preventie en behandeling)	87,5	62,1	0
Adviescommissie voor ondervoeding	81,3	43,9	14,3
Verantwoordelijke die het ondervoedingsprotocol up-to-date houdt	87,5	86,4	100
Informatie brochure	87,5	25,8	0
Standaard beleid bij opname en ontslag tav voedings-toestand	81,3	69,7	57,1

Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 5.7 zijn de kwaliteitsindicatoren van 2010 op afdelingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de indicator is voldaan.

Tabel 5.7 *Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op afdelingsniveau (%)*

	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn	Thuiszorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW	TZ
Aantal afdelingen	192	246	15
Aandachtsvelder	67,7	50,8	6,7
Multidisciplinaire overleg	77,1	94,3	13,3
Controleert op werken met protocol/richtlijn onder-voeding	81,3	74,0	73,3
Standaard wegen bij opname	64,6	88,6	13,3
Lengte gemeten bij opname	52,6	50,0	6,7
Screenen bij opname	90,6	75,2	53,3
Dossier vastleggen van risico	89,6	58,9	53,3
Behandelingsinterventies worden gedocumenteerd	88,5	87,8	56,7
Standaard dieet bij dreigende ondervoeding	81,5	32,9	-
Informatiebrochure	29,5	14,2	0
Ambiance tijdens maaltijd	70,8	90,2	-
Intake wordt genoteerd in dossier/status	84,4	67,9	53,3
Weegbeleid	74,5	93,5	13,3
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav voedingstoestand	76,6	67,1	20,0

Uit de gegevens van 2010 blijkt dat op afdelingsniveau in de ziekenhuizen de meeste indicatoren aanwezig zijn en in de thuiszorg de minste. Verder is in de ziekenhuizen de kwaliteitsindicator ‘screenen bij opname’ toegenomen en is de indicator ‘ambiance’ en ‘weegbeleid’ ook in wonen, zorg en welzijn verder gestegen.

5.8 Conclusies

De resultaten van de LPZ 2010 laten zien dat volgens de LPZ definitie ongeveer de helft van de patiënten in alle sectoren een risico op ondervoeding heeft. Verder blijkt dat ongeveer één op de vijf patiënten ondervoed is. In de chronische zorg en thuiszorg liggen de percentages wat lager in vergelijking met de acute zorg. In ziekenhuizen hebben de afdelingen geriatrie de hoogste prevalentie, binnen verpleeghuizen de afdelingen psychogeriatrie. In vergelijking met voorgaande jaren daalt de prevalentie risico op ondervoeding en prevalentie ondervoeding licht.

Naarmate deelnemende patiënten ouder worden, meer ziektebeelden hebben en zorgafhankelijk zijn, blijkt er een duidelijke toename van ondervoeding te zijn.

Preventie en behandeling van ondervoeding.

In alle instellingen (behalve de algemene ziekenhuizen, 84%) is bij de helft van de deelnemende patiënten een screening uitgevoerd met betrekking tot hun voedingstoestand. De inhoud van de screening betreft vooral de meting van het gewicht. In ziekenhuizen worden screeningsinstrumenten het meeste gebruikt. Ook wordt de klinische blik nog vaak toegepast.

Verder heeft 60% van alle cliënten een verminderde eetlust; dit wordt vooral veroorzaakt door acute ziekte (en daarmee vaak gepaard gaande misselijkheid).

De diëtist wordt bij minder dan 50% van de mensen met risico op ondervoeding geconsulteerd, waarbij dit nog het meeste plaatsvindt in de acute zorg. Ook een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen, sondevoeding en parenterale voeding worden het meeste in de acute zorg toegepast. Verder zien we dat orale bijvoeding bij 1 op de 4 cliënten in de acute zorg en de sector wonen, zorg en welzijn wordt toegepast.

Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In grote lijnen blijkt dat er een stijgende lijn te zien is in de aanwezigheid van voedingsbeleid, vooral in de algemene ziekenhuizen en de sector wonen, zorg en welzijn; dit komt waarschijnlijk mede door de projecten van de landelijke Stuurgroep Ondervoeding (met name in de ziekenhuizen) en de Zorg voor Beter trajecten in de chronische zorg, waarin de afgelopen jaren hard is gewerkt om het beleid met betrekking tot ‘eten en drinken’ (weegbeleid, screening en ambiance) te verbeteren.

5.9 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten van de prevalentiemeting ondervoeding 2010 kan worden geconcludeerd dat de toenemende aandacht voor ondervoeding (deelname aan LPZ of andere verbeterprojecten) mede heeft geleid tot een verdere daling van de prevalentiecijfers. Deze trend moet voortgezet worden en de jaarlijkse meting kan

daarbij helpen en motiveren, omdat de instellingen inzicht krijgen in de resultaten van hun inspanningen.

Het screenen van patiënten lijkt te verbeteren, maar er is nog steeds een flinke slag te slaan met name in de sector wonen, zorg en welzijn en de thuiszorg. Meer aandacht moet gegeven worden aan het regelmatig monitoren van het gewicht tijdens de opname van de patiënt om onbedoeld gewichtsverlies tijdig te detecteren, te ondervangen, en het beleid in deze te evalueren.

Mogelijke zinvolle interventies met betrekking tot ondervoeding worden nog steeds te weinig ingezet en geëvalueerd. Screening is belangrijk, maar een adequaat behandelingsbeleid zou een logisch gevolg dienen te zijn. Diëtisten zouden vaker en vooral ook tijdiger moeten worden geconsulteerd.

Tot slot dient er nog meer een structureel en uniform beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding gerealiseerd te worden, waarin onder andere aandacht besteed moet worden aan:

- de concrete implementatie van up-to-date richtlijnen;
- het weeg- en screeningsbeleid bij opname en gedurende opname;
- de registratie van de voedingsintake en van het gewicht tijdens opname;
- het nemen van preventieve en/of behandelmaatregelen en de evaluatie hiervan;
- het nemen van sociale maatregelen, waar onder het realiseren van een goede maaltijdambiance.

Ook is samenwerking tussen de verschillende relevante disciplines belangrijk om de uitvoering van het voedingsbeleid goed te laten verlopen.

Zo is voor de thuiszorg inmiddels een Landelijke Eerstelijn Samenwerkings Afspraak (LESA) verschenen waarin afspraken zijn gemaakt over de nutritionele screening door de (wijk)verpleging, de diagnostiek en verwijzing door de huisarts en de behandeling door de diëtist, inclusief afspraken over de momenten waarop consultatie of berichtgeving nodig is. Deze LESA is te downloaden via Http://nhg.artsennet.nl/kennis-centrum/k_richtlijnen/k_samenwerking/k_lesas.htm.

5.10 Literatuur

Correia MI, DL Waitzberg (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr; 22(3):235-239.

Dijkstra A, LJ Tiesinga, L Plantinga, G Veltman, TW Dassen. Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale.

Humphreys J, P de la Maza, S Hirsch, G Barrera, V Gattas, D Bunout (2002). Muscle strength as a predictor of loss of functional status in hospitalized patients. Nutrition; 18(7-8):616-620.

LESA ondervoeding. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2010, nummer 7:391-391

Meijers JMM, JMGA Schols, MAE Van Bokhorst - de van der Schueren, T Dassen, MAP Janssen, RJG Halfens (2008). Malnutrition prevalence in the Netherlands: Results of the annual Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems. Br J Nutr ; 5:1-7.

Russell L (2001). The importance of patients' nutritional status in wound healing. British Journal of Nursing; 10(6 Suppl):S42, S44-S42, S49.

Stratton RG, CJ Green, M Elia (2003). Disease-related malnutrition: an evidenced-based approach to treatment. CABI Publishing.

6 VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

6.1 Inleiding

De meeste valincidenten doen zich voor bij een nog steeds toenemende groep ouderen, waarbij de incidentie van valpartijen toeneemt met de leeftijd.

Vallen is een groot probleem voor de oudere cliënt, met een potentieel slechte uitkomst. Ook professionals in de zorg beschouwen het vallen van ouderen als een lastig, complex en dientengevolge moeilijk aan te pakken probleem. Overigens is dit een onterecht sombere veronderstelling, aangezien bij voldoende kennis en adequate diagnostiek het valprobleem vaak goed ontrafeld kan worden en behandeling wel degelijk mogelijk is (meten = weten = verbeteren).

Vallen is ook een groot maatschappelijk probleem. De gezondheidskosten van vallen en valgerelateerde letsels zijn substantieel en direct gerelateerd aan de valfrequentie en de ernst van de letsels. Ook de werklast in de zorgsector neemt hierdoor toe.

In het kader van cliëntveiligheid hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vallen als een kwaliteitsindicator van zorg. Op initiatief van VWS werden via het Zorg voor Beter verbeterproject *Valpreventie* instellingen in de chronische zorg begeleid in o.a. het ontwikkelen van een valpreventief beleid, waarbij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) belangrijke input bood.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de LPZ 2010 betreffende de module vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. Eerst wordt algemene informatie over vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen gegeven, vervolgens worden de incidentie en bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. Daarna worden de toegepaste preventieve maatregelen toegelicht. Tot slot wordt het beleid ten aanzien van vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen aan de hand van aanwezige kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau beschreven.

6.2 Definities

In de LPZ 2010 worden de volgende definities gehanteerd:

Incidentie vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen: de incidentie geeft het aantal cliënten weer dat gedurende een bepaalde periode één of meerdere malen gevallen is (met of zonder letsel) of waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast is.
De incidentiemeting van vallen betreft de periode van 30 dagen voorafgaand aan de meetdag.
De incidentiemeting van vrijheidsbeperkende maatregelen betreft de periode van 7 dagen voorafgaand aan de meetdag.

Val: een val is een gebeurtenis waarbij de cliënt onbedoeld op de grond of een lager niveau terechtkomt (Kellogg, 1987).

Vrijheidsbeperkende maatregel: een vrijheidsbeperkende maatregel (bedrails, onrustbanden, gedragsbeïnvloedende medicatie, domotica, afzondering enz.) is een vrijheidsbeperkende interventie, vaak aangeduid als beschermende maatregel, om gevaarlijke of risicovolle situaties te voorkomen, of om medische behandeling mogelijk te maken.

6.3 Kenmerken deelnemers vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen 2010

In 2010 zijn de zorgproblemen vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen voor de vierde keer gemeten in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). Nadat de selectiecriteria, beschreven in hoofdstuk 2, zijn toegepast op deze module, resulteerde dit in deelname van 108 zorginstellingen (11 acute zorg, 89 chronische zorg en 8 thuiszorg) met 12.764 cliënten.

In tabel 6.1 wordt een overzicht van de kenmerken van de deelnemers aan deze module weergegeven per zorgsector.

Tabel 6.1 *Kenmerken van de deelnemers module vallen in 2010*

	Acute zorg	Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
Kenmerken deelnemers	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	11	89	8	108
Aantal afdelingen	119	325	58	502
Respons (%)	96,5	97,7	95,9	97,3
Aantal werkelijke deelnemers module Vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen	1.638	9.177	1.949	12.764
Geslacht vrouw (%)	51,6	74,3	69,9	70,7
Gemiddelde leeftijd (SD)*	67 (16)	83 (9)	80 (10)	80 (12)
Gemiddelde BMI (SD)	26,7 (5,2)	25,3 (5,2)	26,8 (5,4)	25,7 (5,3)
Operatie: ja (%)	25,6	0,7	1,3	4

Uit tabel 6.1 blijkt dat het aantal deelnemende instellingen vergelijkbaar is met 2009 (een kleine daling in de acute en de chronische zorg, en een bijna verdubbeling in de thuiszorg).

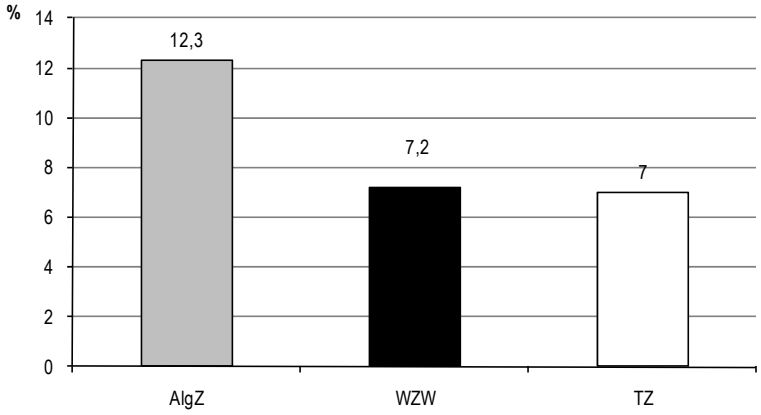
De kenmerken van de cliënten die deelgenomen hebben aan de module laten geen grote verschillen zien met de kenmerken van de cliënten, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

6.4 Incidentie vallen

In deze paragraaf wordt per sector de incidentie gepresenteerd van vallers in 2010, vallers in 2007-2010, gevallen voor of na opname, vallers per soort afdeling, meer dan eenmaal gevallen, en van vallers met valgerelateerd letsel. Vervolgens worden de kenmerken van vallers en valincidenten weergegeven.

Van een aantal deelnemers is niet bekend of men gevallen is. In de algemene ziekenhuizen is dit 8,4%, in de chronische sector 1,8% en in de thuiszorg 6,1%. De gegevens van deze personen worden in de volgende analyses niet meer meegenomen.

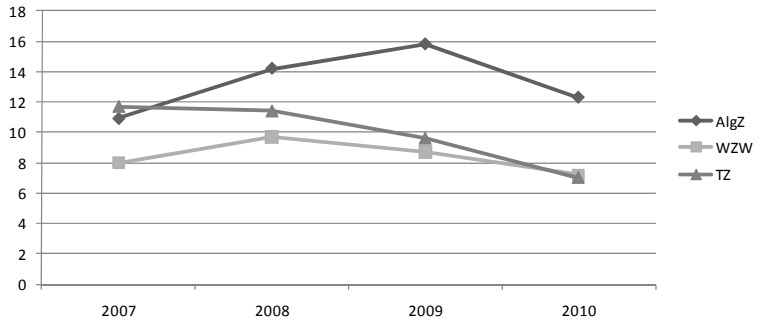
In figuur 6.1 wordt per sector procentueel de incidentie van vallers weergegeven.



Figuur 6.1 *Valincidentie in 2010(%)*

Uit figuur 6.1 blijkt dat gemiddeld in alle sectoren bijna één op de dertien cliënten (7,8%) de laatste 30 dagen gevallen is. Dat is 2% minder dan vorig jaar. In de algemene ziekenhuizen liggen de meeste vallers (12,3%). Dat betekent echter niet dat in ziekenhuizen het meest gevallen wordt, zoals figuur 6.3 laat zien.

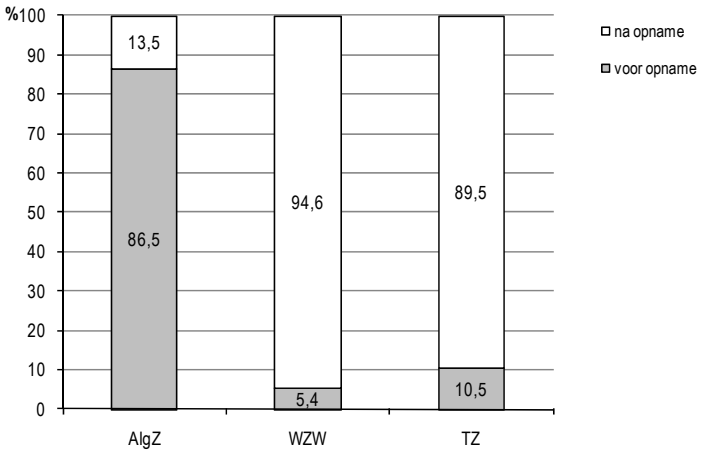
Incidentie vallen 2007 – 2010
In figuur 6.2 wordt per sector het percentage vallers in de voorbije vier jaar getoond.



Figuur 6.2 *Valincidentie 2007-2010(%)*

Uit figuur 6.2 blijkt dat de valincidentie in de thuiszorg sinds de start van de meting in 2007 continu daalt. In algemene ziekenhuizen en in de chronische zorg zien we eerst een stijging maar daarna, eerst in de chronische zorg en later ook in algemene ziekenhuizen, een daling.

In figuur 6.3 wordt per sector procentueel weergegeven of cliënten vóór of na opname gevallen zijn.

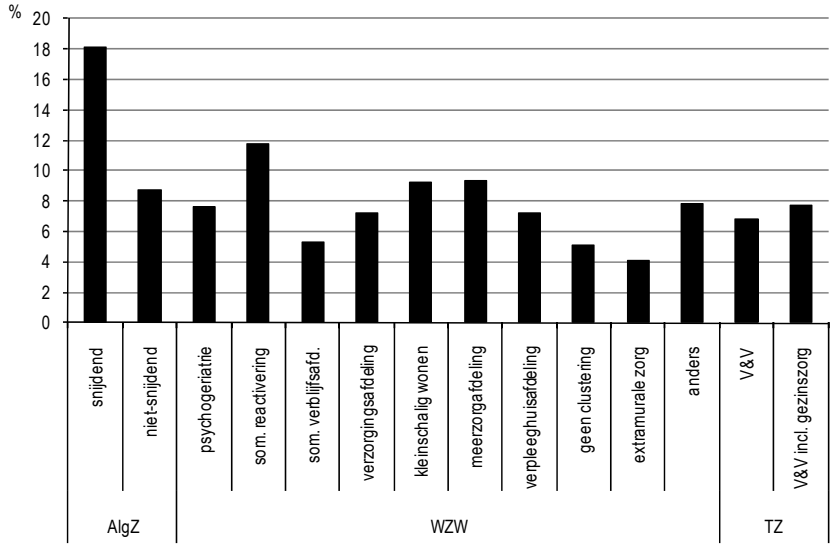


Figuur 6.3 *Gevallen voor of na opname in 2010 (%)*

Meer dan vier op de vijf vallers in de ziekenhuizen zijn gevallen voor opname (86,5%), en dus waarschijnlijk juist om reden van een valincident opgenomen. In de chronische sector (94,6%) en in de thuiszorg (89,5%) is dit omgekeerd. Vrijwel alle vallers zijn na opname gevallen. Overigens betekent dit niet dat zij voor opname niet gevallen zijn. Immers bovenstaande gegevens hebben slechts betrekking op de laatste 30 dagen.

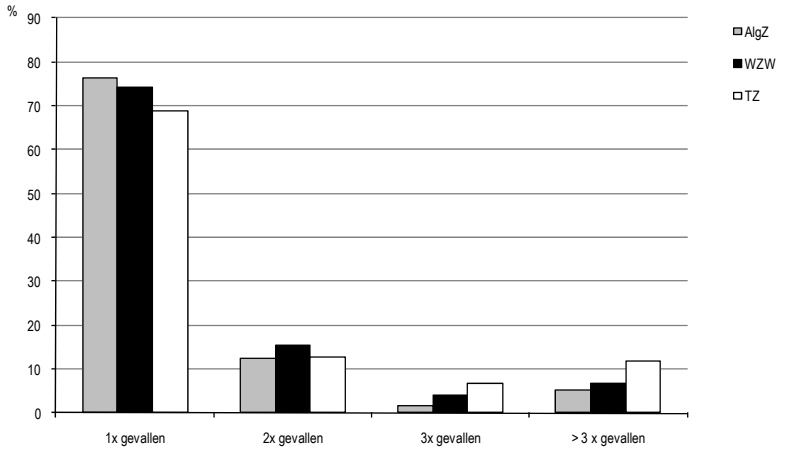
In figuur 6.3 zijn de vallers naar soort afdeling weergegeven. Alleen afdelingen met minimaal 100 cliënten zijn weergegeven.

Figuur 6.4 laat zien dat vallers meestal op de snijdende of niet-snijdende afdelingen van het algemeen ziekenhuis verblijven. In de chronische zorg blijken vooral cliënten uit de somatische reactivering-, meerzorg-, psychogeriatrie- en verzorgingsafdelingen te vallen, terwijl in de thuiszorg vooral de cliënten van de afdeling verplegen en verzorgen inclusief gezinszorg vallen.



Figuur 6.4 *Incidentie vallen per soort afdeling in 2010 (%)*

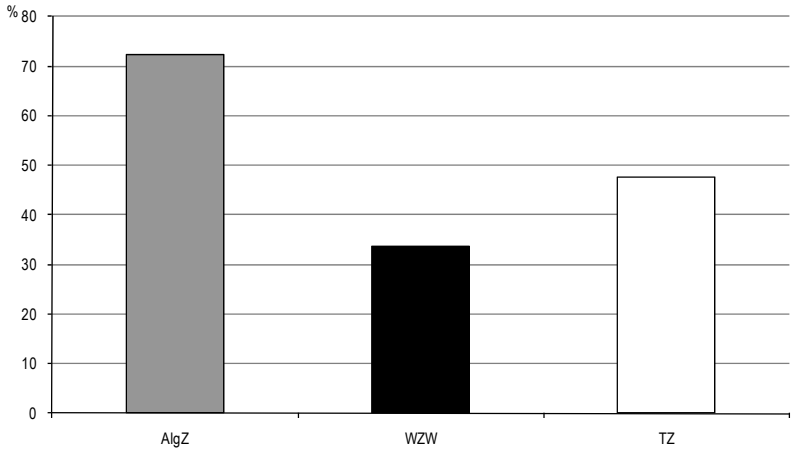
In figuur 6.5 wordt per sector procentueel het aantal valincidenten van vallers weergegeven.



Figuur 6.5 *Aantal valincidenten van vallers in 2010 (%)*

Gemiddeld valt in alle sectoren bijna één op de vier vallers (26,2%) vaker dan een keer in de laatste 30 dagen, 14,4% is tweemaal gevallen, 4% driemaal en 7,8% is meer dan driemaal gevallen. In vergelijking met 2009 valt men iets minder vaker. De algemene ziekenhuizen en de chronische zorg tellen meer vallers die vaker vallen, de thuiszorg de minste.

In figuur 6.6 wordt per sector het percentage vallers met val-gerelateerd letsel weergegeven.



Figuur 6.6 *Val-gerelateerd letsel bij vallers in 2010 (%)*

Uit figuur 6.6 blijkt dat gemiddeld bijna de helft de valincidenten (41,7%) gepaard gaat met letsels. In de algemene ziekenhuizen komen letsels het meest voor (72,4%), hetgeen in de lijn der verwachting ligt omdat veel valincidenten vóór opname plaatsvonden, en de cliënten waarschijnlijk zijn opgenomen juist om reden van letsel. De gegevens zijn vergelijkbaar met het vorig jaar.

6.5 Kenmerken van vallers

In deze paragraaf worden enkele kenmerken van vallers weergegeven.

Geslacht en leeftijd

In vergelijking met mannen blijkt dat vrouwen die opgenomen zijn in het ziekenhuis iets vaker gevallen te zijn. In de chronische zorg is dat omgekeerd.

In alle sectoren is er een duidelijke toename van het aantal vallers naarmate de leeftijd stijgt. In algemene ziekenhuizen zijn het vooral 60 plussers, in de chronische zorg en in de thuiszorg vooral 70 plussers.

Ziektebeelden

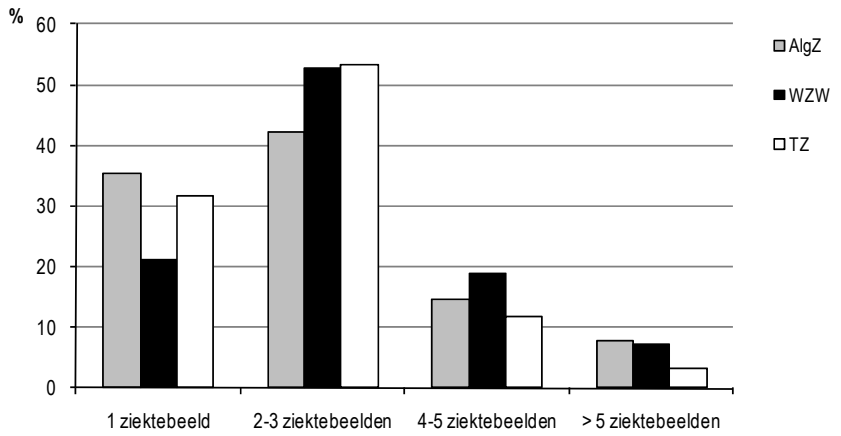
In tabel 6.2 is per sector het percentage van vallers in relatie tot ziektebeelden weergegeven. Er is geselecteerd op ziektebeelden die bij meer dan 100 personen voorkwamen.

Tabel 6.2 *Incidentie vallen naar ziektebeeld in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ	Totaal
Aantal deelnemers (N)	1.638	9.177	1.949	12.764
Gemiddelde incidentie	12,3	7,2	7,0	7,8
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,0	2,5	2,1	2,4
Infectieziekte	*	*	*	*
Kanker	*	*	*	*
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	5,1	4,7	1,6	4,4
Diabetes Mellitus	18,5	19,5	19,4	19,3
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	*	*	*
Psychische stoornis	6,2	13,0	4,8	10,6
Dementie	7,3	47,2	8,9	34,5
Ziekte van het zenuwstelsel, exclusief CVA	13,5	11,9	13,7	12,4
Ziekte van oog/oor	4,5	19,0	14,5	15,6
Dwarslaesie	*	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	36,5	36,7	32,3	36,1
CVA/hemiparese	12,4	16,8	12,9	15,4
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	15,7	11,7	16,1	13,1
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	14,0	10,1	9,7	10,8
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	11,2	14,4	11,3	13,4
Ziekte van de huid	*	*	*	*
Ziekte van bewegingsstelsel	24,2	29,7	27,4	28,4
Congenitale afwijkingen	*	*	*	*
Ongevalsletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	34,3	6,3	12,9	12,5
Totale heupvervanging	*	*	*	*
Anders	*	*	*	*
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*	*
Activiteiten				
ADL- Afhankelijk	29,8	86,6	63,7	72,7
HDL- Afhankelijk	9,0	79,4	40,3	60,8

Uit tabel 6.2 blijkt dat in de acute sector vooral cliënten met een ziekte van hart/vaten, ziekte van het bewegingsstelsel, diabetes, ziekte van het zenuwstelsel exclusief CVA, en een CVA gevallen zijn. Ook als ze ADL afhankelijk zijn vallen ze meer. In de chronische sector zijn vooral cliënten met een dementie, ziekte van hart/vaten, ziekte van het bewegingsstelsel, diabetes, en een CVA gevallen. Ook als ze ADL of HDL afhankelijk zijn vallen ze vaker. In de thuiszorg zijn vooral cliënten met een ziekte van hart/vaten, ziekte van het bewegingsstelsel, diabetes, ziekte van de ademhaling, en ziekte van oor/oog gevallen. Ook als ze ADL afhankelijk zijn vallen ze meer.

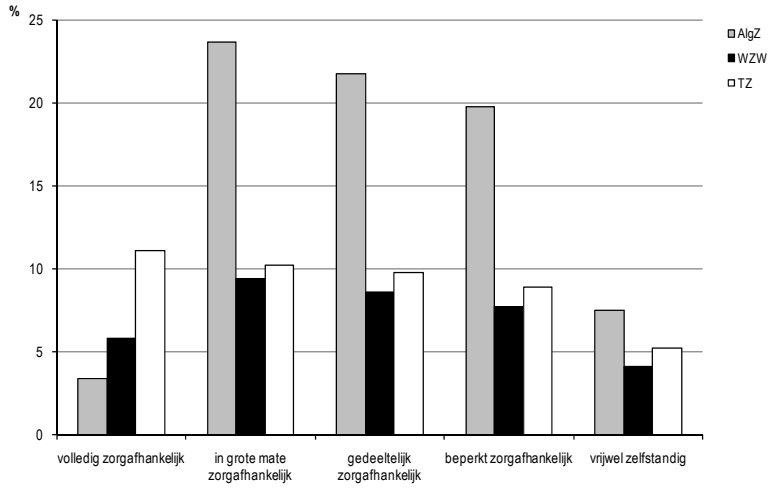
Uit figuur 6.7 blijkt dat cliënten met 2 tot 3 ziektebeelden vaker vallen, met name in de chronische sector en in de thuiszorg.



Figuur 6.7 *Valincidenten naar aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

Zorgafhankelijkheid

In figuur 6.8 zijn per sector de vallers procentueel weergegeven in relatie tot de zorgafhankelijkheid.



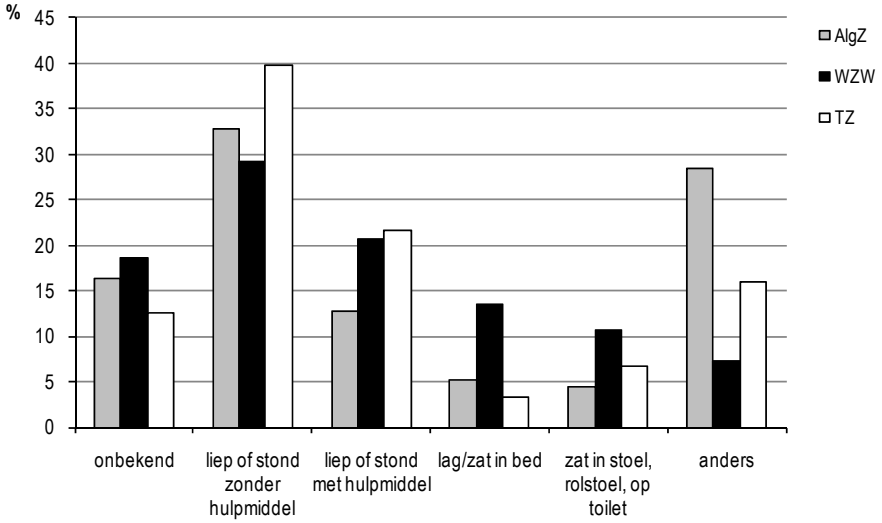
Figuur 6.8 *Valincidenten naar zorgafhankelijkheid in 2010 (%)*

Uit figuur 6.8 blijkt dat er in alle zorgsectoren een duidelijke relatie is tussen vallen en zorgafhankelijkheid. Cliënten die meer zorgafhankelijk zijn, vallen vaker. In de ziekenhuizen en de chronische sector geldt dit niet voor degenen die volledig zorgafhankelijk zijn.

6.6 Kenmerken van valincidenten

Uitgevoerde activiteit voor de val

In figuur 6.9 wordt per sector procentueel de relatie van valincidenten met de uitgevoerde activiteit voor de val weergegeven. Merkwaardig is dat gemiddeld in alle sectoren bij 17,6% van de valincidenten de uitgevoerde activiteit onbekend is.



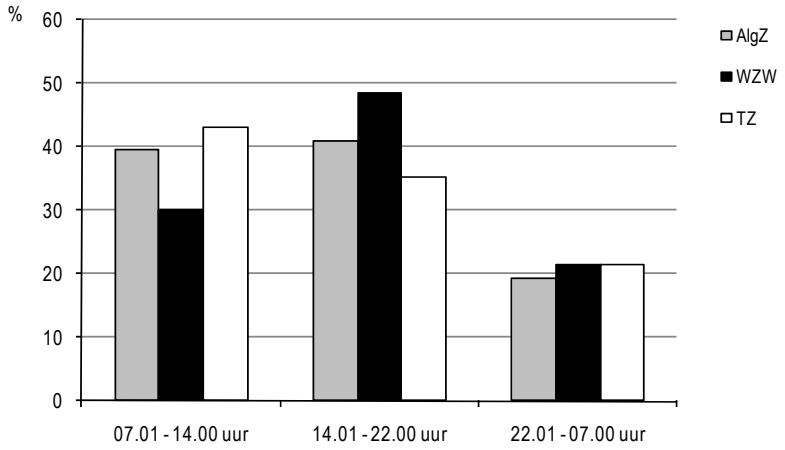
Figuur 6.9 *Activiteit van valler voor de val in 2010 (%)*

In alle sectoren blijkt de meest uitgevoerde activiteit voor de val de activiteit staan of lopen zonder hulpmiddel (31%), gevolgd door staan of lopen met hulpmiddel (19,5%). De minste valincidenten vinden plaats als men zit in een stoel, rolstoel of op het toilet (9,2%). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Tijdsperiode

In figuur 6.10 wordt per sector het percentage valincidenten weergegeven voor drie onderscheiden tijdsperioden; van 07.01 tot 14.00 uur, van 14.01 tot 22.00 uur en van 22.01 tot 07.00 uur.

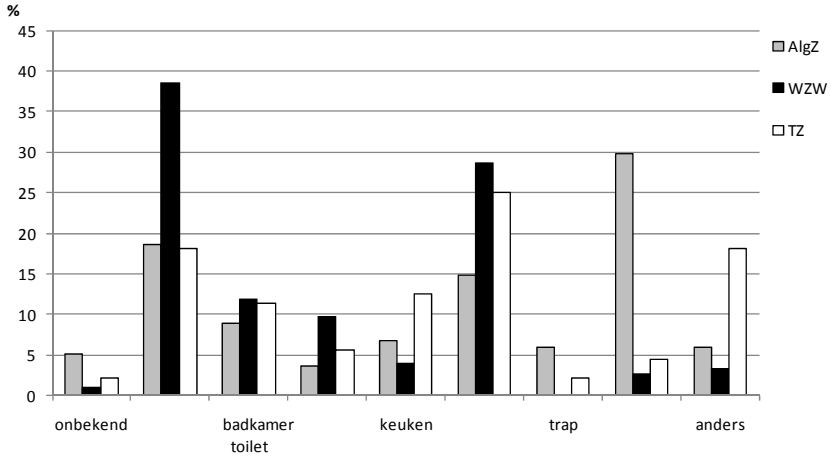
In alle sectoren wordt op alle momenten van de dag gevallen. Als we een dag in drie tijdsperioden verdelen, dan gebeuren valincidenten gemiddeld 45,8% tijdens de namiddag en avond (14.01 – 22.00 uur), 33% tijdens de ochtend en vroege middag (07.01 - 14.00 uur) en 21,2% tijdens de late avond en nacht (22.01 - 07.00 uur). Dit komt overeen met de resultaten van vorige jaren.



Figuur 6.10 *Tijdstip van de val*

Plaats

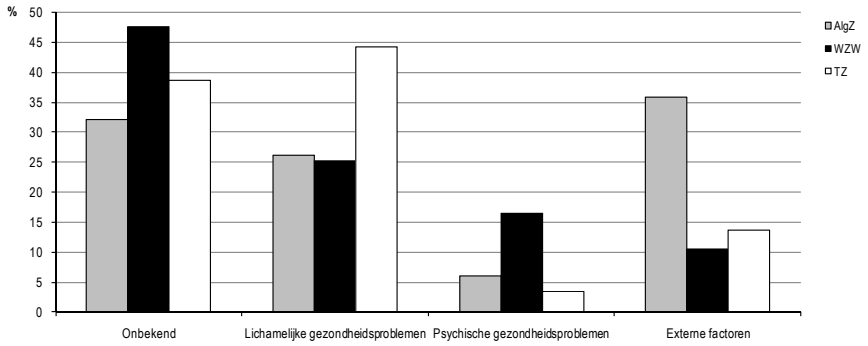
Uit figuur 6.11 blijken gemiddeld in alle sectoren nog steeds respectievelijk de (slaap)kamer (33%), de woonkamer (26,1%), de badkamer/toilet (11,3%), buiten (8,9%), de gang (8,3%), de keuken (5,3%), en de trap (1,2%) het meest valgevaarlijk te zijn. Bij 2,2% van de valincidenten is de plaats van het valincident onbekend. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.



Figuur 6.11 *Plaats van de val in 2010 (%)*

Oorzaken

Als oorzaak van de val wordt een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke factoren (lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen) en extrinsieke factoren (externe factoren zoals obstakels en verlichting). In figuur 6.12 wordt per sector het percentage cliënten met valincidenten weergegeven per oorzaak van de val.

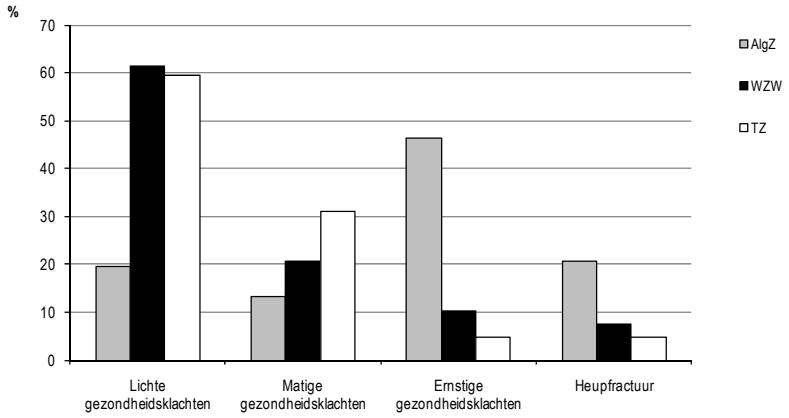


Figuur 6.12 *Oorzaak van de val in 2010 (%)*

Volgens de literatuur zijn intrinsieke valrisicofactoren de belangrijkste oorzaak van valincidenten (CBO, 2004). Dat zien we hier ook in alle sectoren terug: de belangrijkste oorzaken van valincidenten zijn de lichamelijke gezondheidsproblemen (27,5%), vooral in de thuiszorg (44,3%), en externe factoren (15,1%), vooral in algemene ziekenhuizen (waar deze is gestegen van 17% naar 35,8%), gevolgd door psychische gezondheidsproblemen (13,3%), vooral in de chronische sector (16,4%). Verder blijkt dat bij 44% van de valincidenten de oorzaak onbekend is (vooral in de chronische zorg en in de thuiszorg).

Gezondheidsklachten

Gemiddeld over alle sectoren leidt bijna 41,7% van de valincidenten tot lichte, matige of ernstige gezondheidsklachten. In figuur 6.13 wordt per sector de mate van gezondheidsklachten weergegeven als gevolg van valincidenten.

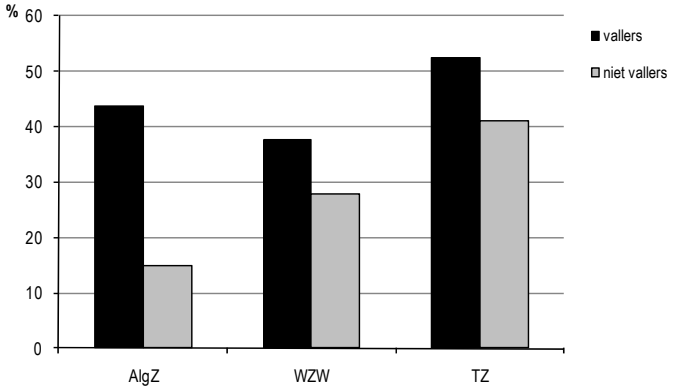


Figuur 6.13 *Ernst van de valletsels in 2010 (%)*

In figuur 6.13 zien we dat in alle sectoren gemiddeld 49,1% van de gezondheidsklachten lichte gezondheidsklachten betreft, vooral in de chronische sector en de thuiszorg. Eén vijfde (19,9%) betreft matige gezondheidsklachten, vooral in de thuiszorg, en 19,9% betreft ernstige gezondheidsklachten (exclusief heupfracturen), vooral in algemene ziekenhuizen. Heupfracturen (11%) komen vooral voor in de algemene ziekenhuizen. Uiteraard hebben de cliënten in algemene ziekenhuizen deze ernstige gezondheidsklachten niet allemaal in de ziekenhuizen opgelopen, maar zijn er veel juist om deze reden opgenomen, zoals we al eerder zagen. De verdeling van de ernst van de gezondheidsklachten is vergelijkbaar met vorig jaar.

Valangst (vallers en niet-vallers)

Naast fysieke gevolgen kunnen er ook psychische en sociale gevolgen van vallen zijn, zoals angst om te vallen en het vermijden van activiteiten. In de figuren 6.14 en 6.15 worden per sector de percentages vallers en niet-vallers respectievelijk met valangst en het vermijden van activiteiten weergegeven.



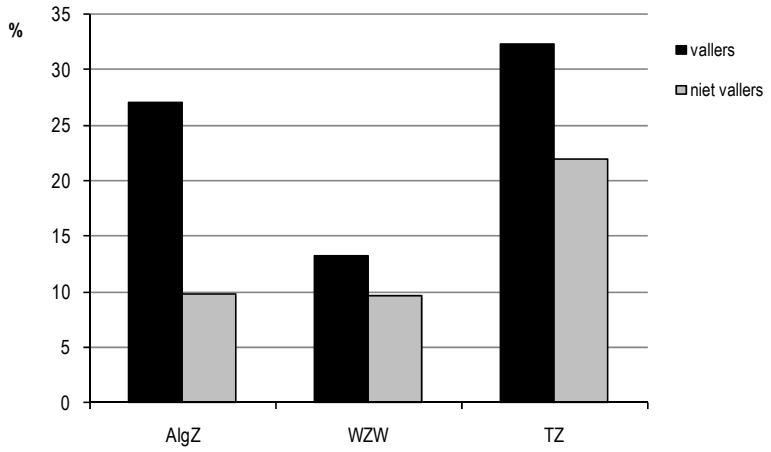
Figuur 6.14 *Valangst van vallers en niet-vallers in 2010 (%)*

Van de vallers heeft gemiddeld in alle sectoren 40,8% angst om opnieuw te vallen, maar vooral in de thuiszorg. Van de niet-vallers heeft in alle sectoren gemiddeld 28,3% angst om te vallen, vooral in de thuiszorg. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Vermijden van activiteiten (vallers en niet-vallers)

Van de vallers vermijdt gemiddeld over alle sectoren 18,4% deelname aan activiteiten, maar vooral in de thuiszorg (32,3%). Bij de niet-vallers is dat in alle sectoren gemiddeld 11,5%, maar vooral in de thuiszorg (21,9%). Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat er in de thuiszorg minder (sociale) controle/toezicht is. Over het algemeen genomen zijn de resultaten iets gunstiger dan vorig jaar met uitzondering van de thuiszorg: het aantal cliënten die activiteiten vermijden is toegenomen bij de vallers en

gedaald bij de niet-vallers. Toch is er overal in deze sector een daling van 10% in vergelijking met vorig jaar.



Figuur 6.15 *Vermijden van activiteiten door vallers en niet-vallers in 2010 (%)*

6.7 Toegepaste valpreventieve maatregelen

Valpreventie kan op verschillende niveaus uitgevoerd worden. We spreken van primaire, secundaire en tertiaire valpreventie. Hiermee wordt respectievelijk bedoeld: de eerste val voorkomen, een volgende val voorkomen en valgerelateerde letsels voorkomen. De LPZ meet de resultaten van val- en letselpreventieve maatregelen zowel bij vallers als niet-vallers.

Primaire valpreventie

In tabel 6.3 worden per sector procentueel de toegepaste valpreventieve maatregelen weergegeven voor niet-vallers (= primaire valpreventie).

Tabel 6.3 *Primaire valpreventie in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Maatregelen			
geen	74,5	31,9	46,1
medicatie	1	5,9	1,9
oefentherapie	10	12,6	7,6
hulpmiddel	7,2	17,8	20,1
alarmering	9,7	39,2	34,5
visus	0,5	1,5	2,2
dagprogramma	0,3	1,6	1,8
toezicht	8,5	29,1	6
afspraken	4,2	17,4	8,6
omgeving	5,5	11,1	17,1

De gemiddeld in alle sectoren meest toegepaste valpreventieve maatregelen bij niet-vallers zijn: alarmering (35,1%), toezicht (23,2%), hulpmiddel (16,9%) en afspraken maken (14,5%). Bij 38,9% worden geen valpreventieve maatregelen genomen.
Deze resultaten zijn iets positiever dan vorig jaar.

In tabel 6.4 worden per sector procentueel de toegepaste letselpreventieve maatregelen weergegeven voor niet-vallers (= primaire letselpreventie).

Tabel 6.4 *Primaire letselpreventie in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Maatregelen			
geen	98,0	88,9	94,5
hoofdbescherming	0,1	0,0	0,2
spalk/brace	0,4	0,4	1,7
harde heupbeschermer	0	1,5	0,1
zachte heupbeschermer	0	0,5	0,1
botversterking	0,5	7,7	1,9

Uit tabel 6.4 blijkt dat gemiddeld in alle sectoren bij 90,1% van de niet-vallers geen letselpreventieve maatregelen toegepast worden. Botversterking wordt bij 6% toegepast en de harde heupbeschermer bij 1,1%, met name in de chronische zorg. Zachte heupbeschermers en hoofdbeschermers worden nauwelijks toegepast, respectievelijk 0,4% en 0,1%.

Secundaire valpreventie

In tabel 6.5 worden per sector procentueel de toegepaste secundaire preventie voor vallers weergegeven (= secundaire valpreventie).

Tabel 6.5 *Secundaire valpreventie in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Maatregelen			
geen	38,2	16,5	29,8
medicatie	6,2	13,9	1,6
oefentherapie	39,3	22	16,9
hulpmiddel	23	25,5	22,6
alarmering	17,4	49,4	44,4
visus	1,7	1,7	2,4
dagprogramma	0,6	2,7	4,8
toezicht	26,4	41	8,9
afspraken	16,3	31,8	21
omgeving	14	15	17,7

Bij vallers is gemiddeld in alle sectoren alarmering (42,6%) de meest toegepaste valpreventieve maatregel, gevolgd door toezicht regelen (33,9%), afspraken maken (27,4%), een hulpmiddel verstrekken/aanpassen of onderhouden (24,6%), oefenthera-

pie (24,6%), omgeving aanpassen (15,2%) en medicatie evalueren, aanpassen en/of monitoren (10,8%).

Het is opvallend dat gemiddeld in alle sectoren bij 22,4% van de vallers helemaal geen valpreventieve maatregelen toegepast worden, vooral in algemene ziekenhuizen (38,2%) en in de thuiszorg (29,8%). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Tertiaire valpreventie

In tabel 6.6 worden per sector procentueel de toegepaste letselpreventieve maatregelen weergegeven voor vallers (= tertiaire valpreventie).

Tabel 6.6 *Tertiaire valpreventie in 2010 (%)*

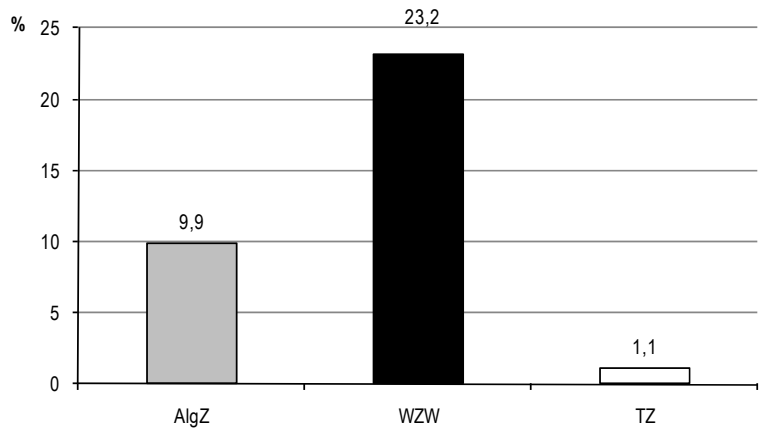
	AlgZ	WZW	TZ
Maatregelen			
geen	89,3	80,1	94,4
hoofdbescherming	0	0	0
spalk/brace	3,4	1,3	2,4
harde heupbeschermer	0,6	5,5	1,6
zachte heupbeschermer	0	1,7	0,8
botversterking	2,8	9,5	0

Uit tabel 6.6 blijkt dat gemiddeld in alle sectoren bij 83,7% van de vallers geen letselpreventieve maatregelen toegepast worden.

Een manier om de valimpact te verkleinen, is het versterken van het bot. In de praktijk blijkt dat slechts bij ongeveer 7% van de vallers toegepast te worden. Er is een duidelijke stijging in de chronische sector (9,5%). Harde heupbeschermers worden bij 4,1% van de cliënten gebruikt, vooral in de chronische sector, (5,5%). De heupbeschermer kan in hoog risico populaties een effectieve letselpreventie zijn (CBO, 2004). In 1,3% van de gevallen is een zachte heupbeschermer gebruikt. Hoofdbescherming wordt niet toegepast. De resultaten zijn iets positiever dan vorig jaar.

6.8 Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen

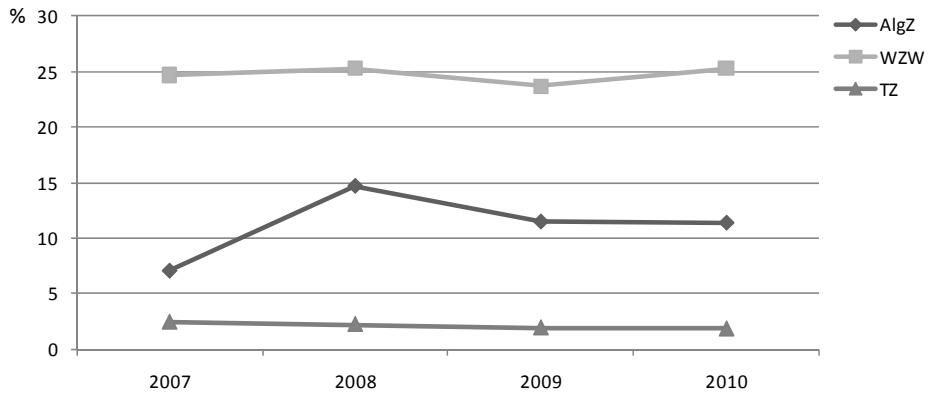
Uit figuur 6.16 blijkt dat gemiddeld over alle sectoren bij één op de vijf cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden (18,2%). Vorig jaar was dat 20,1%. Er is dus een daling met 2% ten opzichte van vorig jaar. In de chronische zorg worden substantieel meer vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast (23,2%), in de thuiszorg het minst (1,1%).



Figuur 6.16 *Incidentie toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen in 2010 (%)*

Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen 2007 – 2010

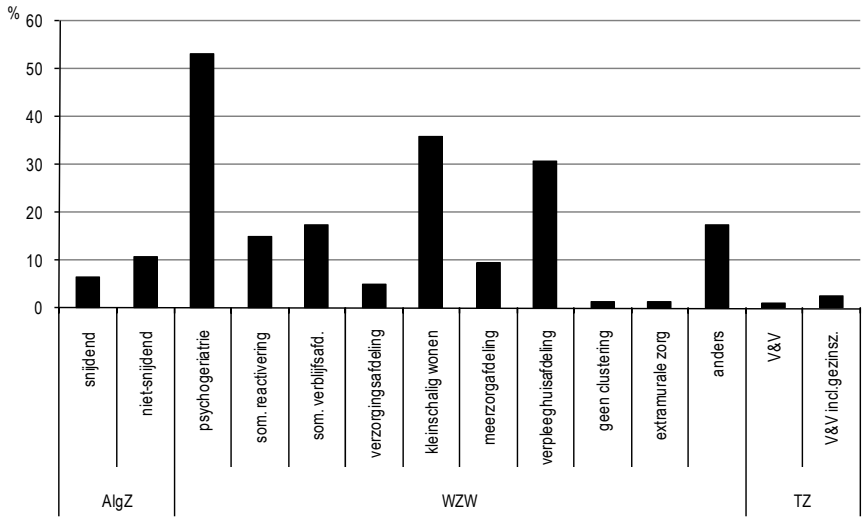
In figuur 6.17 wordt per sector het percentage cliënten waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast werd in de voorbije vier jaar getoond.



Figuur 6.17 *Incidentie vrijheidsbeperking 2007-2010 (%)*

Uit figuur 6.17 blijkt dat het toepassen van vrijheidsbeperking in de thuiszorg en in de chronische zorg redelijk stabiel is. Er is echter een groot verschil in incidentie: de thuiszorg scoort zeer laag (2%) en de chronische zorg zeer hoog (25%). In algemene ziekenhuizen was er aanvankelijk een stijging, gevolgd door een daling die nu lijkt te stabiliseren (11,5%).

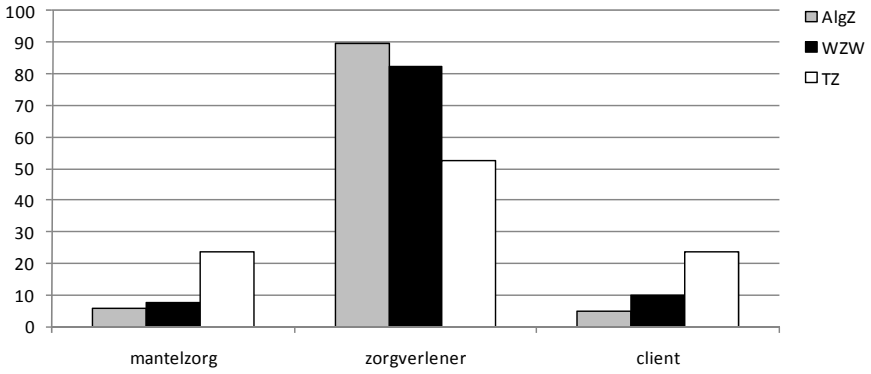
In figuur 6.18 wordt per sector en per type afdeling procentueel de incidentie van vrijheidsbeperkende maatregelen gepresenteerd.



Figuur 6.18 *Vrijheidsbeperking per soort afdelingin 2010 (%)*

Uit figuur 6.18 blijkt dat vrijheidsbeperkende maatregelen het meest toegepast worden in de chronische zorg op psychogeriatrische afdelingen en, opmerkelijk, bij het kleinschalig wonen. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

In figuur 6.19 wordt per sector aangegeven wie de initiatiefnemer was om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen: de mantelzorger, de zorgverlener of de cliënt.

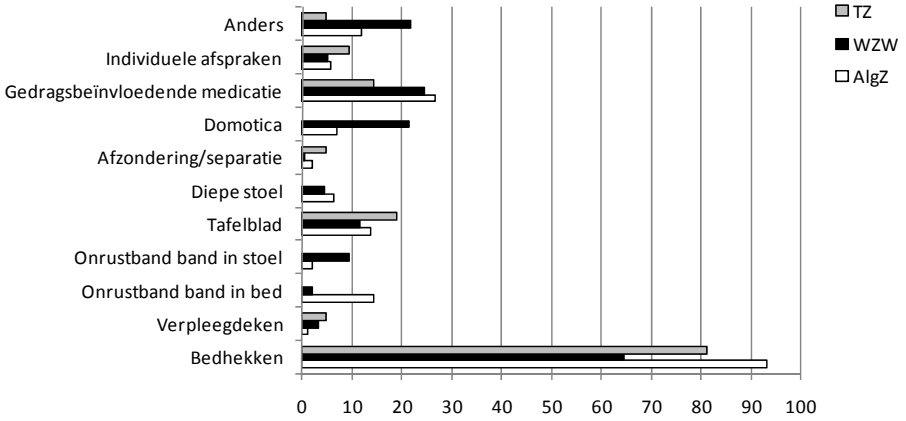


Figuur 6.19 *Initiatiefnemer vrijheidsbeperking*

Uit figuur 6.19 blijkt dat ook dit jaar het initiatief om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen vooral bij de professional ligt (82,7%), het meest in de algemene ziekenhuizen (89,5%), en het minst in de thuiszorg (52,4%). Het initiatief om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen is bij mantelzorgers en cliënten respectievelijk 7,6% en 9,6%.

Type toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen

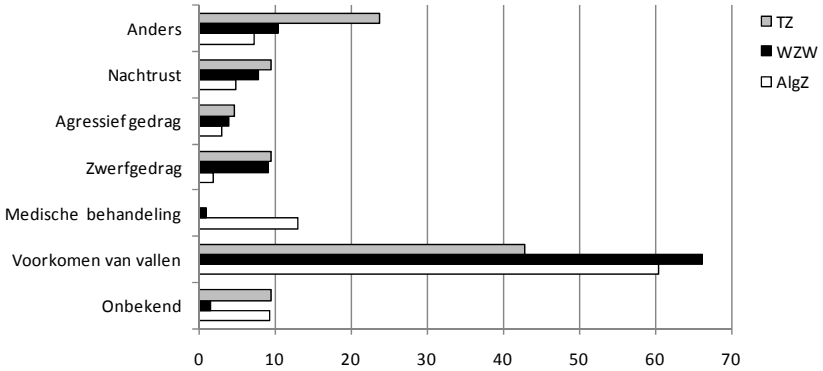
Uit figuur 6.20 blijkt dat de drie meest gebruikte typen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn: bedhekken (66,5%), gedragsbeïnvloedende medicatie (24,5%) en domotica (20,2%). Afzondering/separatie wordt het minst gebruikt (0,7%).



Figuur 6.20 *Type vrijheidsbeperking in 2010 (%)*

Reden van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen

In figuur 6.21 wordt per sector procentueel de reden van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven.



Figuur 6.21 *Reden vrijheidsbeperking in 2010 (%)*

De meest voorkomende reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen is het voorkomen van vallen (65,6%), vooral in de chronische zorg en in algemene ziekenhuizen, maar is in alle sectoren beduidend lager dan vorig jaar (-15%).

Letsels ten gevolge van vrijheidsbeperkende maatregelen

Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen leidde slechts zelden (0,6%) tot letsel. Dit is een daling van bijna 50% ten opzichte van vorig jaar. Bij de interpretatie moet vooral rekening gehouden worden met het feit dat het om zeer geringe aantallen gaat, namelijk in totaal 14 cliënten. De ontstane letsels kunnen onderverdeeld worden in lichte letsels (schaafwonden en blauwe plekken) (n=12), matige letsels (n=1) en ernstige letsels (n=1).

6.9 Kenmerken van cliënten waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast

Geslacht en leeftijd

Het blijkt dat er weinig verschil is tussen mannen en vrouwen in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, behalve in de thuiszorg waar dubbel zoveel mannen als vrouwen hiermee te maken hebben. Toch is in deze sector het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen substantieel gedaald.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt geleidelijk toe in alle sectoren naarmate de cliënten ouder zijn, maar vertoont een forse stijging vanaf de groep 60-69 jarigen.

In tabel 6.7 is per sector het percentage vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven per ziektebeeld. Alleen ziektebeelden die bij meer dan 100 personen voorkwamen, zijn meegenomen.

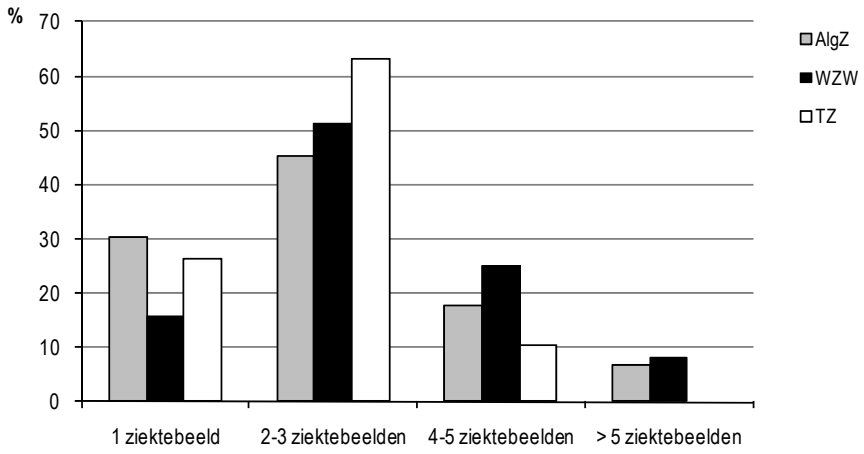
Uit tabel 6.7 blijkt dat in de chronische zorg en in de thuiszorg vrijheidsbeperkende maatregelen het vaakst worden toegepast bij cliënten met dementie, respectievelijk 74,8% en 33,3%. In de algemene ziekenhuizen is dat 11,7 %. Daar worden vrijheidsbeperkende maatregelen vooral toegepast bij ziekte van hart en vaten (40,7%).

Tabel 6.7 *Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen naar ziektebeelden in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ	Totaal
Aantal deelnemers (n)	1.638	9.177	1.949	12.764
Gemiddelde incidentie	9,9	23,2	1,1	18,2
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,0	2,5	2,1	2,4
Infectieziekte	*	*	*	*
Kanker	14,8	6,6	9,5	7,2
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	*	*	*	*
Diabetes Mellitus	13,0	19,7	23,8	19,3
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	*	*	*
Psychische stoornis	10,5	14,2	9,5	13,9
Dementie	11,7	74,8	33,3	70,0
Ziekte van zenuwstelsel, exclusief CVA	14,2	9,7	23,8	10,2
Ziekte van oog/oor	6,8	18,4	0,0	17,4
Dwarslaesie	*	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	40,7	35,8	23,8	36,0
CVA/hemiparese	19,8	23,5	14,3	23,2
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	26,5	10,2	0,0	11,3
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	19,8	11,9	0,0	12,4
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	14,2	16,6	14,3	16,4
Ziekte van de huid	*	*	*	*
Ziekte van bewegingsstelsel	14,8	25,3	28,6	24,6
Congenitale afwijkingen	*	*	*	*
Ongevalsletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	9,3	5,3	0,0	5,5
Totale heupvervanging	*	*	*	*
Anders	*	*	*	*
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*	*
Activiteiten				
ADL- afhankelijk	43,8	93,8	85,7	90,2
HDL- afhankelijk	10,5	83,6	52,4	78,2

Relatie vrijheidsbeperkende maatregelen – aantal ziektebeelden

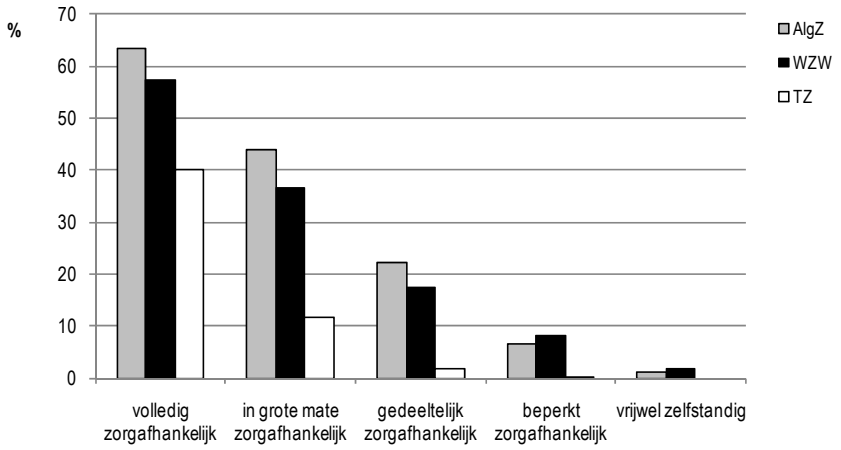
Uit figuur 6.22 blijkt dat bij cliënten met 2-3 ziektebeelden vaker vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, vooral in de thuiszorg.



Figuur 6.22 *Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen naar aantal ziektebeelden*

Relatie vrijheidsbeperkende maatregelen – zorgafhankelijkheid

In figuur 6.23 is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven in relatie tot zorgafhankelijkheid. Alleen indien minimaal 100 cliënten aanwezig waren in een categorie zijn deze vermeld.



Figuur 6.23 *Vrijheidsbeperking naar zorgafhankelijkheid*

Uit deze figuur blijkt een duidelijk en sterk verband in alle sectoren tussen zorgafhankelijkheid en vrijheidsbeperkende maatregelen. Naarmate de zorgafhankelijkheid toeneemt, worden vaker vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar behalve voor de thuiszorg waar substantieel vaker vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden.

6.10 Kwaliteitsindicatoren valpreventie

In deze paragraaf worden per type instelling de kwaliteitsindicatoren op het gebied van valpreventie besproken op instellings- en op afdelingsniveau. De kwaliteitsindicatoren geven een beeld van het valpreventief beleid op deze niveaus. Eerst worden de resultaten op instellingsniveau weergegeven en daarna op afdelingsniveau.

In tabel 6.8 is de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau procentueel weergegeven.

Tabel 6.8 *Kwaliteitsindicatoren valpreventie op instellingsnivo in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Kwaliteitsindicatoren			
Aantal instellingen	11	89	8
Valpreventie protocol	54,5	84,3	100
Protocol gerelateerd aan de landelijke richtlijn	54,5	78,7	100
Informatiebrochure valpreventie	54,5	43,8	60
Bijscholing valpreventie voorbije 2 jaar	54,5	66,3	40
Overdrachtsformulier	36,4	65,2	50

Uit de gegevens van tabel 6.8 blijkt dat meer dan 82,7% van de instellingen een protocol heeft dat veelal (78,2%) refereert naar de landelijke richtlijn, een toename van bijna 8% in vergelijking met vorig jaar. Cliënten kunnen zelf ook een belangrijke rol spelen bij de valpreventie. Een informatiebrochure voor cliënten is veelvuldiger in gebruik dan vorig jaar (bijna één op twee instellingen). Bijscholing rondom de valproblematiek vindt plaats in plusminus 62,7% van de instellingen, vooral in de algemene ziekenhuizen en de chronische zorg.

In tabel 6.9 is de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau procentueel weergegeven.

Tabel 6.9 *Kwaliteitsindicatoren valpreventie op afdelingsnivo in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Kwalteitsindicatoren			
Aantal afdelingen	119	325	58
Aandachtsvelder vallen	46,4	60,2	57,6
Controle op werken volgens protocol/richtlijn	52,7	81,8	74,6
Valevaluatie bij opname/intake	40,2	58,6	45,8
Valprev MR bespreken monodiscipl.	59,8	95,7	59,3
Valprev MR bespreken multidiscipl.	85,7	98,1	88,1
Overdracht	64,3	80,2	66,1

Uit de gegevens van tabel 6.9 blijkt dat gemiddeld in alle sectoren vooral valpreventieve maatregelen besproken worden met de cliënt/mantelzorg (94,1%) en multidisciplinair (83,2%) vooral in de chronische sector. De controle op werken volgens het proto-

col scoort 73,4%, vooral in de chronische sector, en is vergelijkbaar met afgelopen jaar. Een “aandachtsvelder vallen” is gemiddeld aanwezig op 56,8% van de afdelingen. Dat is een zeer positieve evolutie met een stijging van 14% ten opzichte van vorig jaar. De valevaluatie scoort ook duidelijk beter met een stijging van 10%, vooral in de chronische zorg en in de thuiszorg.

6.11 Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen

In deze paragraaf worden per type instelling deze kwaliteitsindicatoren besproken, zowel op instellings- als op afdelingsniveau. De kwaliteitsindicatoren geven een beeld van het beleid ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Eerst worden de resultaten op instellingsniveau weergegeven en daarna op afdelingsniveau.

In tabel 6.10 is de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau procentueel weergegeven.

Tabel 6.10 *Kwaliteitsindicatoren fixatie instellingsnivo in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Kwaliteitsindicatoren			
Aantal instellingen	11	89	8
Decentrale registratie van VMR	54,5	98,9	60
Protocol VMR	81,8	100	90
Bijscholing VMR voorbije 2 jaar	45,5	77,5	70
Overdracht	54,5	88,8	60

Uit de gegevens van tabel 6.10 blijkt dat gemiddeld per sector bijna 90,9% van de instellingen het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen decentraal registreren, vooral in de chronische zorg en in algemene ziekenhuizen is dit beduidend toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Bijna alle instellingen (97,3%) hebben een protocol betreffende het toepassen van vrijheidsbeperking. Ongeveer drie kwart van de instellingen organiseert bijscholing op dit domein.

In tabel 6.11 is de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau procentueel weergegeven.

Tabel 6.11 *Kwaliteitsindicatoren fixatie afdelingsnivo in 2010 (%)*

	AlgZ	WZW	TZ
Kwaliteitsindicatoren			
Aantal afdelingen	119	325	58
Aandachtsvelder VMR	47,3	59	42,4
Controle op werken volgens protocol/richtlijn	63,4	89,2	64,4
VMR bespreken multidiscipl	68,8	91,7	54,2
Registratie	92,9	93,5	69,5
Bespreken met client/mantelzorg	93,8	93,5	79,7
Overdracht	76,8	81,8	57,6

Uit de gegevens van deze tabel blijkt dat gemiddeld in alle sectoren vrijheidsbeperkende maatregelen vooral besproken worden met de cliënt en/of mantelzorg (91,9%), met name in algemene ziekenhuizen en in de chronische zorg. Ruim 90% van de afdelingen evalueert het toepassen van vrijheidsbeperking, veelal tijdens een multidisciplinair overleg (82%). Controle op het werken volgens een protocol scoort 80,4%, vooral in de chronische zorg. Personen die zich gespecialiseerd hebben op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen (aandachtsvelders) komen in 54,3% van alle instellingen voor. Dat is een stijging met bijna 10%.

6.12 Conclusies

6.12.1 Vallen

De voorbije vier jaren heeft de LPZ aangetoond dat behalve de hoge incidentie van vallers en "meer" vallers, ook de incidentie van valgerelateerde letsels zorgwekkend is.

Er zijn dit jaar minder cliënten gevallen (één op dertien cliënten valt), de vallers zijn ook minder vaak gevallen (bijna één op vier vallers valt vaker dan 1x) en er zijn ook iets minder letsels, maar nog steeds gaat bijna één op de twee valincidenten gepaard met letsel. De algemene ziekenhuizen hebben de meeste vallers en de meeste valgerelateerde letsels. Toch mogen we niet concluderen dat deze sector slecht scoort omdat 86,5% van de vallers gevallen is vóór de opname en mogelijk juist daardoor een opname indiceerde. In de andere sectoren is gemiddeld minder dan 8% gevallen vóór de opname. Dat betekent dat in de chronische zorg en de thuiszorg bijna alle cliënten in de instelling gevallen zijn. Valincidenten met letsel komen het minst voor in de chronische zorg. De helft van de letsels zijn lichte gezondheidsklachten, één op vijf letsels betreffen matige gezondheidsklachten (vooral in de thuiszorg), en bijna één op drie letsels betreffen ernstige gezondheidsklachten (inclusief heupfractuur).

Behalve fysieke gevolgen zijn er ook psychische en sociale gevolgen van vallen. Twee op de vijf vallers heeft valangst, vooral in algemene ziekenhuizen en in de thuiszorg. Opvallend is dat bij de niet-vallers bijna een derde ook valangst heeft.
Bijna één op de vijf vallers vermijdt ook (deelname aan) activiteiten, vooral in de thuiszorg. Bij de niet-vallers vermijdt één op de 10 cliënten (deelname aan) activiteiten vooral in de thuiszorg.

De belangrijkste oorzaken van valincidenten zijn lichamelijke gezondheidsproblemen (vooral in de thuiszorg), gevolgd door extrinsieke factoren (vooral in algemene ziekenhuizen), gevolgd door psychische gezondheidsproblemen (vooral in de chronische sector). Bij twee op de vijf valincidenten is de oorzaak onbekend.

Er wordt op alle momenten van de dag gevallen, maar het meest tussen 14.00 en 22.00 uur. De meeste valincidenten gebeuren in de slaapkamer, gevolgd door de woonkamer en de badkamer/toilet. De meest uitgevoerde activiteit vóór de val was

staan of lopen zonder hulpmiddel, gevolgd door staan of lopen met hulpmiddel. Er wordt het minst gevallen vanuit zittende positie.

Uit vier jaar LPZ metingen over de periode 2007 – 2010 blijkt dat de valincidentie in de thuiszorg sinds de start van de metingen continu daalt. In algemene ziekenhuizen en in de chronische zorg zien we in 2008 een stijging maar daarna een daling, in de chronische zorg vanaf 2009 en in algemene ziekenhuizen vanaf 2010.

6.12.1.1 Toegepaste preventieve maatregelen

Primaire preventie

Bij 39% van de niet-vallers worden geen valpreventieve maatregelen toegepast. Alarmering wordt bij één op de drie toegepast, toezicht bij één op de vier, hulpmiddel/afspraken/oefentherapie bij ongeveer één op zes.

Bij 90% van de niet-vallers worden geen letselpreventieve maatregelen toegepast. Botversterking wordt bij 6% toegepast, de harde heupbeschermer bij 1,1%.

Secundaire preventie

Bij vallers is gemiddeld in alle sectoren alarmering de meest toegepaste valpreventieve maatregel, gevolgd door toezicht regelen, afspraken maken, een hulpmiddel verstrekken/aanpassen of onderhouden, oefentherapie, omgeving aanpassen en medicatie evalueren/aanpassen/monitoren. Opvallend is dat bij bijna één op de vijf vallers geen secundaire preventie toegepast wordt, vooral in algemene ziekenhuizen en in de thuiszorg.

Tertiaire preventie

Letselpreventieve maatregelen worden slechts toegepast bij ongeveer één op de vijf vallers (vorig jaar één op de 10). Het betreft dan een beperkt toepassen van botversterking (duidelijk toegenomen in de chronische zorg) en het gebruik van harde heupbeschermers (ongeveer één op de 25).

Over het algemeen genomen kunnen we stellen dat primaire valpreventieve maatregelen nog steeds te weinig toegepast worden, dat secundaire preventieve maatregelen meer toegepast worden en dat tertiaire preventieve maatregelen weinig toegepast worden.

6.12.1.2 Kwaliteitsindicatoren valpreventie

Instellingsniveau

Uit de meetresultaten van 2010 blijkt dat 83% van de instellingen een protocol heeft dat veelal refereert naar de landelijke richtlijn (een stijging van bijna 8%). Een informatiebrochure voor cliënten is veelvuldiger in gebruik (één op twee instellingen), vooral

in de thuiszorg. Bijscholing rondom de valproblematiek scoort 62,7%, vooral in algemene ziekenhuizen en in de chronische sector, in de thuiszorg is er een lichte daling.

Afdelingsniveau

Uit de meetresultaten van 2010 blijkt dat vooral valpreventieve maatregelen vaak besproken werden met de cliënt/mantelzorg en multidisciplinair, vooral in de chronische sector. Controle op werken volgens het protocol scoort 74%. Een "aandachtsvelder vallen" is vaker aanwezig op de afdelingen, bijna 57% (stijging van 14%). Het gebruik van een valevaluatie bij opname/intake scoort hoger (55%). Dat is zeer positief (10% gestegen).

6.12.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

In de dagelijkse praktijk van de zorg wordt het geregeld noodzakelijk gevonden beslissingen te nemen die de individuele vrijheid van cliënten beperken. Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn vrijheidsbeperkende interventies, vaak aangeduid als beschermende maatregelen, om gevaarlijke of risicovolle situaties te voorkomen.

Uit de resultaten van 2010 blijkt dat gemiddeld in alle sectoren vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden bij één op de vijf cliënten. Dat is vergelijkbaar met vorig jaar. De chronische sector scoort het hoogst, de thuiszorg het laagst. In de chronische zorg zien we enerzijds een daling in het toepassen van bedhekken, maar anderzijds een stijging in het toepassen van gedragsbeïnvloedende medicatie en het toepassen van domotica. Het meer toepassen van domotica is een goede ontwikkeling omdat het "meer humane" maatregelen zijn.

De meest toegepaste typen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn: bedhekken, gedragsbeïnvloedende medicatie en domotica. Afzondering/separatie wordt nauwelijks toegepast.

Niettegenstaande een daling van 15% over alle sectoren is de meest voorkomende reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen nog steeds "om vallen te voorkomen", vooral in de acute en chronische zorg. Vrijheidsbeperkende maatregelen bij zwerfgedrag, agressief gedrag en om medische behandeling mogelijk te maken, worden weinig gebruikt. Vrijheidsbeperkende maatregelen om medische behandeling mogelijk te maken worden vooral in algemene ziekenhuizen toegepast.

Vrijheidsbeperkende maatregelen leidden slechts zelden tot letsel (n=14). De meest voorkomende letsels zijn lichte letsels zoals schaafwonden en blauwe plekken (n=12). Er zijn één matig en één ernstig letsel ontstaan.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt in alle sectoren toe naarmate de cliënten ouder zijn. Ze worden vooral toegepast bij dementerende cliënten (chronische zorg), ADL-afhankelijkheid en volledige zorgafhankelijkheid.

Uit vier jaar LPZ metingen over de periode 2007 – 2010 blijkt dat het toepassen van vrijheidsbeperking in de thuiszorg en in de chronische zorg redelijk stabiel is, maar met het verschil dat de incidentie in de thuiszorg laag is en in de chronische hoog. De incidentie in algemene ziekenhuizen ligt hier tussenin: aanvankelijk was er een stijging, gevolgd door een daling maar die nu lijkt te stabiliseren.

6.13 Aanbevelingen

- Vallen is zowel individueel als maatschappelijk een groot probleem. Valpreventie moet in alle zorgsectoren en op alle niveaus blijvend op de agenda staan. Primaire, secundaire en tertiaire valpreventie moet zorgvuldig gebeuren en het afdoen van een valpartij bij een kwetsbare oudere als een 'ongelukje' betekent miskenning van een belangrijk en alarmerend symptoom.
- Voor de ontwikkeling van een valpreventief beleid kan de LPZ een belangrijke input bieden omdat registratie en analyse van valincidenten hierbij een belangrijke (eerste) stap zijn: meten = weten en dat kan leiden tot verbeteren.
- Door vervolgmeting(en) kan een beter beeld verkregen worden van de incidentie van vallen en het effect van valpreventieve en letselpreventieve maatregelen op instellings-, afdelings- en cliëntniveau.
- Evaluatie van het valrisico bij opname/intake dient zoveel mogelijk multidisciplinair te gebeuren, omdat de etiologie van de valneiging vaak multifactorieel is. Hierop aansluitend moeten de interventies bij voorkeur deel uit maken van een multidisciplinair multifactorieel behandelplan inclusief periodieke herhaling van de valevaluatie.
- Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen blijft zorgelijk in de acute zorg en vooral in de chronische zorg. Deze zorginstellingen moeten een beleid ontwikkelen om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te beperken met meer aandacht voor alternatieven.

6.14 Literatuur

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2004). Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.

Dijkstra A, LJ Tiesinga, L Plantinga, G Veltman, TW Dassen (2005). Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. Journal of Advanced Nursing, 50(4): 410-16(7).

The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987). Danish medical bulletin, 34 (suppl)4: 1-24.

Vaal, J. en J. Neyens. Minder valincidenten bij deelnemers aan Zorg voor Beter Verbetertraject Valpreventie. Fysiotherapie & Ouderenzorg, 2008; 22(2): 26-33.

7 SMETTEN

7.1 Inleiding

Smetten of intertrigo wordt getypeerd door een licht erytheem aan beide zijden van een huidplooi, dat kan verergeren tot oppervlakkige beschadigingen, ontstekingsvocht en korstvorming. Smetten is een ontstekingsachtige ziekte van de huidplooien, onder meer in de liezen en onder de borsten (Arndt & Bowers, 2002; van Beelen, 2001; Janniger et al., 2005), en leidt tot jeuk, een brandend gevoel of pijn (Van Duijn & Mulder, 1988).

Uit eerdere metingen van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen blijkt dat smetten bij ongeveer 14% van de cliënten in de gezondheidszorg voorkomt. Over het algemeen komen smetplekken meer voor in de chronische dan in de acute zorg (Mistiaen & Wagner, 2006).

Internationaal is nog weinig bekend over de prevalentie van smetten. Een enigszins gedateerde Engelse studie naar smetten (McMahon, 1991) bij 1.116 vrouwelijke cliënten liet zien dat 5,8 % van alle vrouwelijke cliënten in intramurale instellingen van één 'health district' een huiddefect onder de borsten had.

Personen met een mindere persoonlijke hygiëne, personen met obesitas, personen die overmatig zweten, personen die incontinent zijn van urine, ADL-afhankelijke personen, en diabetes mellitus cliënten lopen een groter risico op het ontstaan van smetten en/of hebben vaker smetten (Bray, 1996; van Beelen, 2001; van Duijn & Mulder, 1988; Feuilhade & Jouffroy, 1979;).

In de literatuur worden veel adviezen gegeven voor de preventie en behandeling van smetten. In een inventarisatie van richtlijnen over smetten in Nederlandse zorginstellingen (Poot et al, 2003) werden tal van interventies gevonden, zoals wassen, föhnen, zinkolie, talkpoeder of scheurlinnen. Een systematische review (Mistiaen et al, 2004) identificeerde maar liefst 25 verschillende middelen die zijn onderzocht bij smetten, maar er bleek nauwelijks bewijs te zijn voor de werkzaamheid van deze middelen.
In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de LPZ meting op het gebied van smetten weergegeven. Eerst zal echter kort stil gestaan worden bij de definiëring van smetten.

7.2 Definities

Er is geen algemeen aanvaarde definitie van smetten. Ook de exacte pathofysiologie van smetten is niet bekend, maar vrij algemeen wordt aangenomen dat smetten ontstaan door huid-op-huid contact. Doordat de huidlagen tegen elkaar wrijven ontstaan oppervlakkige beschadigingen (Bazex, 1992; Watkins, 2004).

Warmte, vocht en gebrek aan luchtcirculatie zijn factoren die een negatieve invloed hebben op het verdere verloop, waardoor verweking van de huid optreedt (Selden, 2005). De huid verliest zijn natuurlijke afweer en er kan een bacteriële- of schimmelinfectie ontstaan.

Bij gebrek aan een welomschreven definitie en accurate diagnostische instrumenten wordt voor dit onderzoek volstaan met een brede definitie, die in eerdere prevalentieonderzoeken van smetten gehanteerd is (McMahon, 1991; Mistiaen et al, 2003; Mistiaen & Wagner, 2006).

In deze meting wordt de volgende definitie gehanteerd:

Smetten: elke huidirritatie of –defect die zich voordoet in de grote huidplooien.

Hoewel in het vervolg van dit rapport steeds gesproken zal worden over 'smetten', valt het, gezien de definitie hiervan, niet uit te sluiten dat de geconstateerde laesies ook een andere dermatologische afwijking dan smetten zouden kunnen zijn.

7.3 Kenmerken deelnemers smetten 2010

In totaal hebben 85 instellingen met 10.564 cliënten deelgenomen aan de module smetten. In tabel 7.1 is het aantal instellingen en cliënten weergegeven die voldeden aan de selectiecriteria beschreven in hoofdstuk 2, welke worden meegenomen in de analyses. In totaal voldeden 60 instellingen met 310 afdelingen aan de genoemde inclusiecriteria met in totaal 7.134 cliënten. Academische ziekenhuizen en de thuiszorg zijn niet meegenomen, omdat te weinig instellingen hiervan hebben deelgenomen.

De kenmerken van de cliënten komen vrijwel overeen met de kenmerken van alle cliënten, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De cliënten waarvan gegevens bekend zijn over smetten, vormen dus geen specifieke groep wat betreft geslacht, leeftijd, BMI en het wel of niet hebben ondergaan van een operatie, ziektebeelden en zorgafhankelijkheid.

Tabel 7.1 *Overzicht kenmerken deelnemers smetten in 2010*

	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
Kenmerken deelnemers	AlgZ	WZW	T
Aantal instellingen	14	46	60
Aantal afdelingen	136	174	310
Respons (%)	96,5	97,8	97,5
Aantal werkelijke deelnemers module smetten	1.914	5.220	7.134
Geslacht vrouw (%)	51,0	73,9	67,7
Gemiddelde leeftijd (SD)*	67,4 (17,1)	83,1 (9,1)	79,3 (14,2)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,5 (5,6)	25,2 (5,2)	25,5 (5,3)
Operatie: Ja (%)	28,4	0,5	8,0

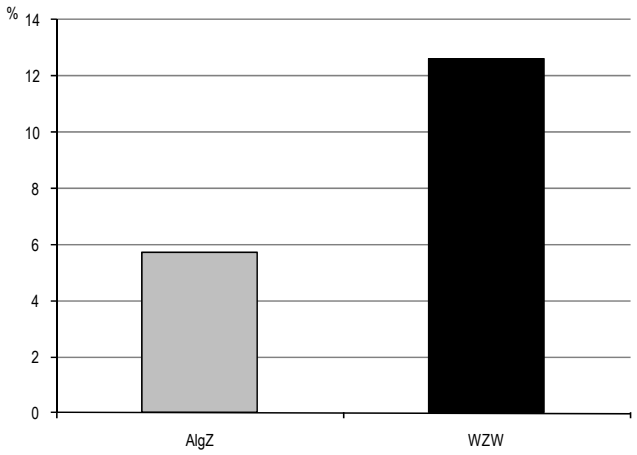
** SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.*
*** BMI = gewicht : lengte^2*

7.4 Prevalentie smetten

In deze paragraaf worden de prevalenties van smetten besproken.

Prevalentie smetten

In figuur 7.1 is de prevalentie van smetten naar soort instelling weergegeven.

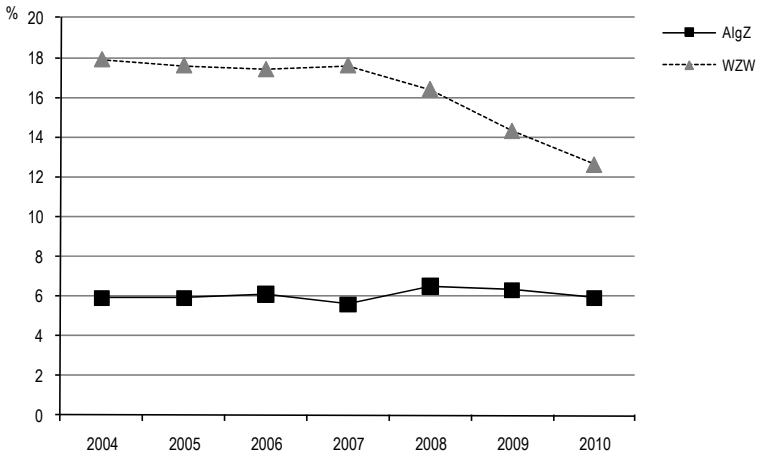


Figuur 7.1 *Prevalentie van smetten naar sector in 2010 (%)*

Uit deze figuur blijkt dat gemiddeld bij 10,8% cliënten één of meer smetplekken zijn geconstateerd. Over het algemeen komen smetplekken echter meer voor in de chronische sector. In 64,5% zijn smetplekken voor opname ontstaan wat betreft het algemene ziekenhuis, voor de chronische sector is dit vele malen minder namelijk 14,8%. Smetplekken ontstaan dus hier in de meeste gevallen na opname.

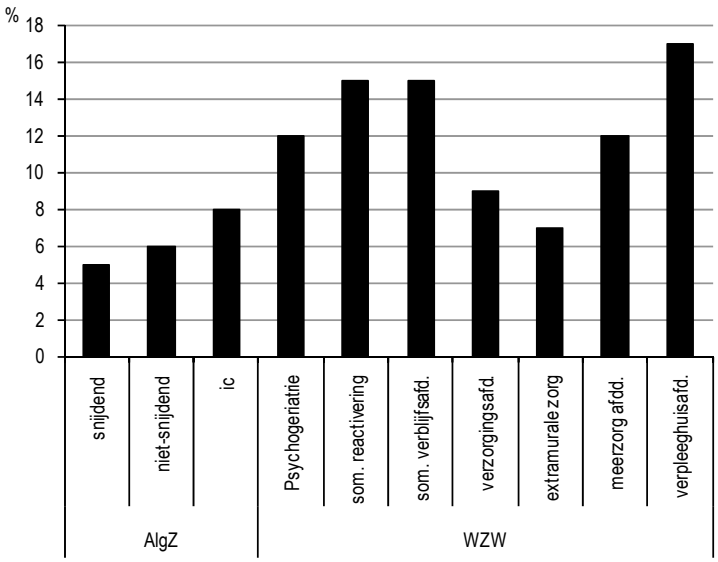
In vergelijking met voorgaande jaren is de prevalentie van smetten nagenoeg gelijk gebleven voor de algemene ziekenhuizen. Binnen de chronische sector is sinds enkele jaren een dalende trend te zien (zie figuur 7.2).

In figuur 7.2 staat de prevalentie van smetten weergegeven van 2004 tot 2010.



Figuur 7.2 *Verloop van de prevalentie van smetten van 2004 tot en met 2010 (%)*

In figuur 7.3 is de gemiddelde prevalentie van smetten naar afdeling weergegeven alleen afdelingen met minimaal 100 cliënten zijn weergegeven.



Figuur 7.3 *Prevalentie van smetten naar soort afdeling in 2010 (%)*

Uit deze figuur blijkt dat in algemene ziekenhuizen smetten vooral voorkomt op de IC, en in de chronische sector vooral bij de verpleeghuisafdelingen.

7.5 Kenmerken van cliënten met smetten

Prevalentie smetten naar geslacht en leeftijd

Vrouwen hebben vaker smetten dan mannen, hetgeen vooral veroorzaakt wordt door een groter aantal smetten in de borstplooi bij vrouwen. Verder komen smetplekken vaker voor naar mate men ouder wordt.

Locaties

In tabel 7.4 staat de prevalentie weergegeven naar locatie en uitgesplitst naar geslacht.

Tabel 7.4 *Prevalentie smetten naar locatie en geslacht in 2010 (%)*

	Man (n= 1.914)	Vrouw (n =5.220)	Totaal (n=7.134)
Locatie			
Rechter borstplooi	0,3	4,4	3,1
Linker borstplooi	0,4	4,9	3,5
Rechter liesplooi	4,0	4,2	4,1
Linker liesplooi	3,4	4,1	3,9
Rechter okselplooi	0,3	0,4	0,4
Linker okselplooi	0,2	0,4	0,4
Bilnaad	2,3	4,0	3,5
Buikplooi	0,7	1,8	1,4
In andere huidplooien	0,8	1,1	1,0

Behalve in de borstplooi bij vrouwen, komt smetten ook vaak voor in de liesplooi en de bilnaad.

Ziektebeelden

In tabel 7.5 zijn de prevalentiecijfers weergegeven in relatie tot de ziektebeelden. Alleen die ziektes zijn meegenomen, waarvan minimaal 100 cliënten smetplekken hebben.

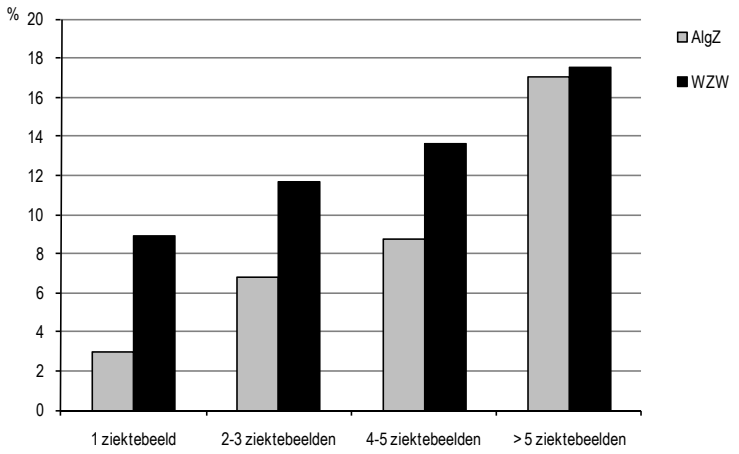
Tabel 7.5 *Prevalentie smetten per ziektebeeld in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal deelnemers (N)	1.914	5.220	7.134
Gemiddelde prevalentie	5,9	12,6	10,8
Ziektebeelden			
Infectieziekte	6,3	*	10,2
Kanker	7,7	12,4	15,0
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	9,2	16,6	15,1
Diabetes Mellitus	11,0	16,3	11,7
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	3,9	15,6	15,8
Psychische stoornis	13,3	16,1	12,7
Dementie	*	12,7	12,7

	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal deelnemers (N)	1.914	5.220	7.134
Gemiddelde prevalentie	5,9	12,6	10,8
Ziektebeelden			
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	5,8	15,3	14,2
Ziekte van oog/oor	*	12,7	12,2
Dwarslaesie	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	7,9	12,6	12,9
CVA/hemiparese	7,7	13,2	13,8
Ziekte van ademhalingswegen, incl. neus, tonsillen	8,4	13,3	11,8
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	6,1	14,2	13,2
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	3,9	15,8	12,3
Ziekte van de huid	*	21,1	19,5
Ziekte van bewegingsstelsel	5,6	14,1	12,5
Congenitale afwijkingen	*		
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	6,1	13,2	10,9
Totale heupvervanging	*	13,8	12,3
Activiteiten			
ADL-afhankelijk	12,3	13,3	12,5
HDL-afhankelijk	16,5	12,2	12,3

** als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in tabel*

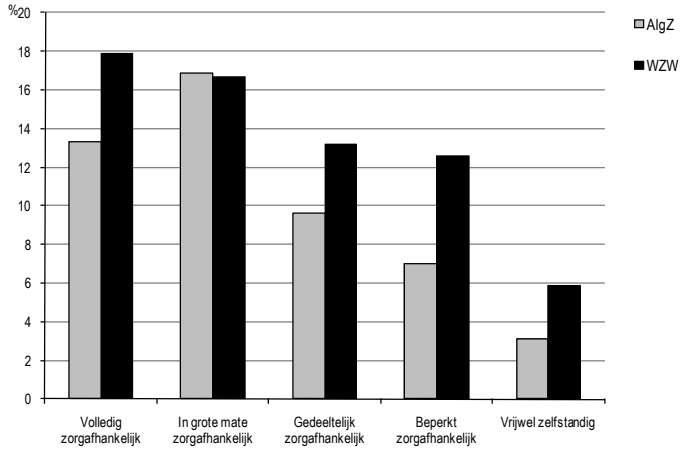
In figuur 7.4 is te zien dat voor alle soorten instellingen de prevalentie van smetten toeneemt naarmate cliënten meer ziektebeelden hebben.



Figuur 7.4 *Prevalentie smetten naar aantal ziektebeelden in 2010 (%)*

Zorgafhankelijkheid

In figuur 7.5 is de prevalentie afgezet tegen de zorgafhankelijkheid. Uit deze figuur blijkt dat naarmate men meer zorgafhankelijk is, men vaker smetten heeft.



Figuur 7.5 *Prevalentie smetten naar zorgafhankelijkheid in 2010 (%)*

7.6 Behandeling en preventie van smetten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de maatregelen die genomen worden ter preventie en/of behandeling van smetten. Onderscheid wordt gemaakt tussen de cliënten met smetten, waarbij de maatregelen zowel ter preventie als behandeling kunnen gelden, en cliënten zonder smetten waarbij de maatregelen alleen ter preventie zijn.

Tabel 7.6 *Maatregelen ter preventie of ter behandeling van smetten in 2010 (%)*

	Acute zorg		**Chronische zorg**	
	AlgZ		WZW	
Maatregelen	Geen smetten	Wel smetten	Geen smetten	Wel smetten
	% waarbij maatregel wordt toegepast			
Geen	57,7	1,8	27,4	0,8
Gesprek cliënt preventieve maatregelen	6,7	22,7	16,3	23,3
Deskundige ingeschakeld	0,2	13,6	2,7	19,1
Dragen van katoenen ondersteunende absorberende kleding	7,2	30,9	19,3	30,4
Materialen aanbrengen tussen de huidplooien	0,4	25,5	2,1	30,6
Aanbrengen zinkolie, antischimmel preparaat, barrièrespray of –crème	2,8	69,1	12,9	79,5
Aanbrengen van poeders of pasta's (NIET AANBEVOLEN)	0,6	10,9	0,8	4,2
Dagelijks wassen en goed droogdeppen van de huidplooien	37,4	85,5	62,9	83,9
Wassen zonder zeep of met PH-neutrale zeep	4,8	20,9	22,1	37,5
Dagelijks observeren huid en huidplooien	30,7	82,7	61,1	82,6
Het gebruik van een föhn	0,1	0,0	0,1	0,3
Anders	0,5	4,5	0,7	1,4

Uit tabel 7.6 blijkt dat er bij vrijwel alle cliënten met smetten wel maatregelen zijn toegepast. In de algemene ziekenhuizen worden vaker geen maatregelen genomen bij

cliënten die geen smetten hebben. De chronische sector is dus blijkbaar iets meer alert op het ontstaan van smetten.

Bij cliënten die geen smetten hebben, wordt dagelijks bij een op de drie de huid en huidplooien geobserveerd en gewassen en droog gedept. Bij wonen, zorg en welzijn is dit bij twee op de drie cliënten, conform de landelijke richtlijn.

Bij de cliënten die smetten hebben wordt bij bijna alle cliënten één of meerdere maatregelen genomen. Dit betreft met name het dagelijks wassen en goed droog deppen van de huidplooien, het dagelijks observeren van de huid en het aanbrengen van zinkolie of een antischimmel preparaat of barrièrespray of –crème. In de chronische sector worden deze maatregelen iets vaker toegepast.

Bij de meting is geen onderscheid gemaakt naar de stadia van smetten en daarom kan niet goed beoordeeld worden of de ingezette maatregelen conform de landelijke richtlijn zijn. Bijvoorbeeld wat betreft het gebruik van een barrièrespray, dat ontraden wordt bij stadium 3 en 4, maar juist aangeraden wordt bij stadium 1 en 2. Wel zien we dat bij cliënten met smetten in de algemene ziekenhuizen bij 1 op de 10 cliënten poeders en pasta's worden aangebracht, wat niet altijd conform de richtlijn is.

In vergelijking met voorgaande jaren zijn nauwelijks verschillen te zien in het gebruik van de maatregelen.

7.7 Kwaliteitsindicatoren smetten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kwaliteitsindicatoren voor de preventie en behandeling van smetten die aanwezig zijn op instellingsniveau (tabel 7.6) en afdelingsniveau (tabel 7.7).

Tabel 7.7 *Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische zorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW
Aantal instellingen	14	46
Er is een geaccordeerd protocol	85,7	69,6
De landelijke richtlijn smetten wordt gehanteerd	85,7	63,0
Er wordt gecontroleerd of er volgens de richtlijn wordt gewerkt	86,7	59,6
Er is binnen de instelling een verantwoordelijke die protocol up-to-date houdt	92,9	68,4
Er is de laatste 2 jaar een bijscholing geweest over smetten	85,7	49,1
Er is binnen de instelling een informatiebrochure over smetten voor cliënten/bewoners en familie	7,1	26,3
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav smetten	57,1	52,5

In ruim 75% van de instellingen is een geaccordeerd protocol voor smetten en wordt er gewerkt volgens de landelijke richtlijn smetten. Dit is een duidelijke toename in vergelijking met het afgelopen jaar. Ook is er een toename bij de andere indicatoren te zien. Er wordt meer gecontroleerd, er is een verantwoordelijke, er is bijscholing geweest en er is een informatiebrochure beschikbaar. Het informeren van cliënten/bewoners en familie gebeurt nog steeds erg weinig.

Tabel 7.8 *Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau in 2010 (%)*

	Acute zorg	Chronische zorg
Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW
Aantal afdelingen	136	174
Er is een aandachtsvelder smetten	57,4	58,0
Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol smetten wordt gewerkt	63,2	58,0
In het verpleegdossier staat vermeld welke handelingen voor preventie en/of behandeling moeten plaatsvinden	84,6	93,1
Het geïndiceerde materiaal voor smetten is standaard beschikbaar op de afdeling	94,1	84,23
Elke cliënt met smetten ontvangt een informatiebrochure over smetten voor cliënten/bewoners en familie	8,1	6,3
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav smetten	69,1	60,9

Op afdelingsniveau is er ook een toename te zien van het aantal aandachtsvelders en van het controleren of er volgens de richtlijn wordt gewerkt. Rapportage van de maatregelen in het verpleegdossier komt in vrijwel alle instellingen voor, het voorhanden zijn van de materialen is gedaald ten opzichte van vorig jaar. Het gebruik van een informatiebrochure komt nog steeds nauwelijks voor.

7.8 Conclusies

Smetten komen bij 10,8% van de onderzochte cliënten voor. In de chronische zorginstellingen zijn de prevalenties hoger dan in instellingen voor acute zorg, maar in de chronische sector lijkt de prevalentie wel te dalen. Smetten blijken relatief vaker voor te komen bij vrouwen (onder andere vanwege de extra borstplooien), oudere cliënten, en cliënten met meerdere diagnoses.

Bij vrijwel alle cliënten met smetplekken worden maatregelen genomen. Met name het dagelijks observeren, wassen en goed droogdeppen van de huidplooien, evenals het aanbrengen van zinkolie, antischimmel preparaat, barrièrespray of –crème komen veel voor.

Tot slot blijkt dat de meeste kwaliteitsindicatoren verbeterd zijn gedurende het afgelopen jaar.

7.9 Aanbevelingen

Smetten is een omvangrijk probleem. Positief is dat het voorkomen van smetten in de chronische sector daalt. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn, gezien de ondersteuning die zij bieden in de dagelijkse verzorging, in de bijzondere positie om smetten te onderkennen, te voorkomen en te behandelen. Momenteel wordt er gewerkt aan het updaten van de richtlijn smetten (LEVV, 2004). Het verdient aanbeveling deze richtlijn goed te verspreiden en te implementeren met name onder verpleegkundigen en verzorgenden.

Gezien het beperkte aantal instellingen dat een informatiebrochure heeft, is het wenselijk op landelijk niveau een informatiefolder voor cliënten te ontwikkelen en deze breed te verspreiden.

Aanbevolen wordt de verpleegkundigen en verzorgenden, nog meer dan nu het geval is, te scholen volgens het eigen protocol. Vervolgens zal gecontroleerd moeten worden of inderdaad volgens het protocol gewerkt wordt.

7.10 Literatuur

Arndt K, K Bowers (2002). Manual of dermatologic therapeutics. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bazex J (1992). Intertrigo. Orientation diagnostique. Revue Pratique, 42(13): 1689-92.

Beelen A van (2001). Preventie en behandeling van intertrigo: ontsmetten. Verpleegkunde Nieuws, 15(3): 18-21.

Bray GA (1996). Health hazards of obesity. Endocrinology Metabolism Clinics of North America, 25(4): 907-19.

Duijn HJ van, J Mulder (1988). Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; smetten onder de borsten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 132(40):1842-43.

Feuilhade DC, L Jouffroy (1979). Intertrigo: diagnostique et traitement. Concours Medical, 101(34): 5127-44.

Janniger C, R Schwarz, J Szepietowski, A Reich (2005), Intertrigo and common secondary skin infections, American Family Physician, 72(5): 833-8.

LEVV, NIVEL, NVDVV (2004). Richtlijn Smetten: preventie en behandeling. Utrecht: LEVV/NIVEL/NVDVV.

McMahon R (1991). The prevalence of skin problems beneath the breasts of in-patients. Nursing Times, 87(39): 48-51.

Mistiaen P, C Wagner, G Bours, R Halfens (2003). Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: NIVEL.

Mistiaen P, E Poot, S Hickox et al. (2004). Prevention and treatment of intertrigo in the large skin folds of adults with non-prescription topical applications and remedies: a systematic literature review. Dermatology Nursing, 16(1): 43-57.

Mistiaen en Wagner (2006). Smetten; hoofdstuk 6 in: Halfens R, M Janssen, J Meijers (2006), Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006, Universiteit Maastricht.

Poot E, P Mistiaen, S Hickox (2003). Behandeling van smetten: goed of fout? Verpleegkunde Nieuws, 17(10): 26-7.

Selden S (2005) Intertrigo. eMedicine Journal. (http://www.emedicine.com/derm/-topic198.htm, accessed 04/06/06)

Watkins J, (2004). Dermatology differential diagnosis: Intertrigo. Practice Nursing, 15(3): 136-9.

8 INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van Nederland, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland vergeleken. Deze vergelijking zal per zorgprobleem plaatsvinden.

8.1 Inleiding

Dit jaar is voor de tweede keer door de buitenlandse deelnemende landen de LPZ meting uitgevoerd. Voor Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland was de eerste meting in april 2009 en de tweede in april 2010. In Nieuw-Zeeland is in november 2009 de eerste meting uitgevoerd en de tweede meting in april 2010. Voor de vergelijking tussen deze landen en Nederland zijn de gegevens van beide metingen gebruikt.

De opzet en uitvoering van het onderzoek in de verschillende landen is identiek aan die van Nederland. Alle materialen, zoals vragenlijsten en handleidingen zijn vertaald, en bij onduidelijkheden over de vertaling zijn deze met de betreffende landelijke coördinator doorgesproken, totdat overeenstemming bereikt was. De metingen zijn ook op dezelfde dagen uitgevoerd als in Nederland.

Verder is in alle landen dezelfde procedure gevolgd. Alle participerende instellingen hebben één instellingscoördinator die verantwoordelijk is voor de organisatie van de meting en voor de communicatie naar de landelijke coördinators en de LPZ in Maastricht. De landelijke coördinators uit de verschillende landen hebben de instructiebijeenkomsten georganiseerd ondersteund door de projectgroep in Maastricht.

In de volgende paragrafen zal steeds per zorgprobleem een vergelijking gemaakt worden tussen de landen, waarbij naast de prevalentie, ook de preventie en behandeling en de kwaliteitsindicatoren vergeleken worden. Allereerst zal echter in de volgende paragraaf een beschrijving van de deelnemers aan de metingen gegeven worden.

8.2 De deelnemers

De deelnemers aan deze internationale vergelijking betreffen de instellingen, afdelingen en cliënten uit Nederland, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland, welke in 2009 of in 2010 hebben deelgenomen aan de LPZ.
In de afgelopen hoofdstukken is steeds een selectie toegepast van instellingen groter dan 50 cliënten, met een response van meer dan 90% en met cliënten ouder dan 18

jaar. Dit bleek echter niet mogelijk voor deze internationale vergelijking, met name omdat in de andere landen vaker instellingen met minder dan 50 cliënten voorkomen. Wel is een selectie gemaakt gericht op cliënten ouder dan 18 jaar. In tabel 8.1 zijn enkele kenmerken van de deelnemers weergegeven.

Tabel 8.1 *Overzicht kenmerken internationale deelnemers 2009 en 2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Kenmerken deelnemers	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Aantal instellingen	112	7	662	68	29	3	24	3	1	4	5	15
Aantal afdelingen	1399	28	2123	256	249	19	106	52	5	14	34	16
Respons (%)	93,1	95,2	94,4	82,9	75,9	95,5	80,8	99,0	98,8	93,1	78,9	82,1
Aantal werkelijke deelnemers	21703	419	53953	4700	3977	605	2193	663	79	228	631	389
Geslacht vrouw (%)	51,1	57,5	73,9	75,3	54,4	42,8	83,7	48,3	38,0	69,7	59,0	71,5
Gemiddelde leeftijd	65,6	66,7	83,1	80,1	66,6	58,9	83,1	60,3	62,4	84,5	67,3	84,2
Gemiddelde CDS	62,5	64,6	49,8	43,3	65,9	68,1	38,9	64,2	56,8	52,2	60,2	49,0

Uit deze tabel blijkt dat in Nederland de meeste instellingen hebben geparticipeerd. In Nieuw-Zeeland en Zwitserland hebben relatief weinig instellingen geparticipeerd, terwijl in Duitsland alleen de chronische sector heeft deelgenomen. De thuiszorg is niet meegenomen in deze vergelijking, aangezien deze alleen in Nederland gemeten is. Wel zijn de revalidatieklinieken meegenomen, omdat deze ook in Oostenrijk en Zwitserland gemeten zijn.

De respons (per organisatie) is over het algemeen goed, alleen in de Oostenrijkse en Nieuw-Zeelandse ziekenhuizen is deze relatief laag.

Het percentage vrouwen per sector is over het algemeen vergelijkbaar tussen de landen. Wel valt op dat het percentage vrouwen in alle sectoren in Zwitserland lager ligt. Ook de leeftijd van de cliënten per sector is vergelijkbaar tussen de landen. De zorgafhankelijkheid daarentegen is in Duitsland en vooral in Oostenrijk iets groter in de chronische sector (hoe lager de score op de CDS hoe groter de zorgafhankelijkheid).

De vergelijking van de resultaten van de WZW instellingen tussen de landen is lastiger dan de vergelijking van bijvoorbeeld de ziekenhuizen. In de chronische sector zijn diverse vormen van zorg ondergebracht, zoals in Nederland de verpleeghuizen en verzorgingshuizen en in Duitsland de Pflegeheime en Altenpflegeheime. Onduidelijk is of deze vormen van zorg vergelijkbaar zijn tussen de landen. Vandaar dat deze sector niet een op een vergeleken mag worden. In ieder geval moet rekening gehouden worden met het feit dat in Duitsland maar vooral Oostenrijk de bewoners iets meer zorgafhankelijk zijn.

8.3 Vergelijking Zorgproblemen

In Nederland, Oostenrijk en Zwitserland zijn alle zorgproblemen gemeten. In Duitsland is alleen decubitus en ondervoeding gemeten en in Nieuw-Zeeland is smetten niet gemeten.

Verder moet rekening gehouden worden met het feit dat voor deze analyses een beperktere selectie van cliënten is toegepast dan bij de analyses in de vorige hoofdstukken. Vandaar dat de hier gepresenteerde percentages en getallen niet zonder meer vergelijkbaar zijn met de percentages in de betreffende hoofdstukken.

8.3.1 Decubitus

In tabel 8.2 zijn enkele prevalenties van decubitus weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat in ziekenhuizen decubitus het meeste voorkomt in Nieuw-Zeeland. Dit geldt ook als we de prevalentie berekenen over alleen de cliënten met een verhoogd risico. Uit de laatste rij (decubitus exclusief graad 1 ontstaan in de eigen instelling bij risicocliënten) blijkt echter dat de meeste decubitus bij cliënten met een risico op decubitus ontstaat in de Nederlandse ziekenhuizen. In zowel de Oostenrijkse als de Zwitserse ziekenhuizen liggen deze percentages behoorlijk lager.

Ook in de revalidatiecentra scoort Nederland beduidend hoger op alle prevalenties. Uiteraard moet men hier rekening houden met het feit dat het bij de revalidatiecentra om relatief weinig instellingen en cliënten gaat.

Tabel 8.2 *Prevalenties decubitus in percentages 2009-2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Prevalentie	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Decubitus excl graad 1 (%)	5,5	9,3	2,8	2,7	2,5	1,7	5,0	3,0	2,5	2,6	8,3	4,1
Decubitus excl graad 1, risico pat. (%)	10,2	16,8	6,1	4,0	7,0	6,6	6,5	6,8	5,6	3,7	11,8	6,1
Nosocomiale decub. excl gr. 1, risico pat. (%)	6,4	6,1	4,1	2,0	2,7	1,6	3,4	4,5	5,6	2,8	6,2	2,8

In de chronische sector komt in Oostenrijk de meeste decubitus voor. Daarentegen ontstaan ook hier in Nederland de meeste decubituswonden bij risicocliënten in de eigen instelling. Zoals ook eerdere studies hebben laten zien komt decubitus in deze sector meer voor in Nederland dan in Duitsland (Tannen et al., 2006).

In tabel 8.3 is een vergelijking gemaakt van een aantal preventieve maatregelen om decubitus te voorkomen. Deze vergelijking is alleen berekend over de cliënten met een risico op decubitus. Gezien de veelheid aan informatie in deze tabel beperken we ons tot de hoofdlijnen.

Tabel 8.3 *Preventieve maatregelen decubitus bij risico cliënten in percentages 2009 en 2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Preventieve maatregelen	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
AD-matras	91,6	73,2	64,6	54,6	44,0	24,6	75,7	16,4	8,3	16,5	61,3	52,0
Wisselligging	25,5	14,6	14,7	51,8	29,1	42,6	41,7	39,9	36,1	10,1	26,1	20,3
Voorkomen tekort vocht en voeding	40,8	35,9	31,0	55,5	23,6	30,3	32,9	29,1	36,1	20,2	28,0	37,0
Voorlichting en instructie	26,0	25,3	15,2	57,5	28,8	45,1	28,7	19,8	30,6	17,4	17,3	20,7
Hielen vrijleggen	22,9	43,9	17,6	34,2	29,8	28,7	36,6	32,1	30,6	20,2	15,9	4,9
Hielbeschermers	5,6	37,4	4,1	5,0	5,9	4,9	16,0	4,1	2,8	3,7	2,1	8,1
Crème bescherming huid	14,3	9,6	33,4	77,7	63,5	53,3	89,3	47,8	63,9	71,6	24,0	44,7
Schapenvacht	0,1	2,0	0,9	1,1	0,2	3,3	2,7	0,4	2,8	5,5	0,7	11,4
Gemiddeld aantal maatregelen	2,27	2,42	1,82	3,37	2,25	2,33	3,24	1,90	2,11	1,65	1,75	1,99

In de Duitse WZW instellingen worden de meeste preventieve maatregelen genomen. Met name gebruikt men vaak een crème ter bescherming van de huid, hetgeen ook in de andere Duitstalige landen veel gebruikt wordt. Maar ook de maatregelen wisselligging, het voorkomen van een tekort aan vocht en voeding, en het geven van voorlichting worden relatief vaak gebruikt in de Duitse WZW instellingen. Ook in de Oostenrijkse WZW instellingen ligt het gemiddeld aantal preventieve maatregelen hoog. Zij gebruiken ook veel een crème ter bescherming van de huid, maar zetten ook relatief vaak een AD matras in. De belangrijkste maatregel in de Nederlandse chronische sector is de inzet van een AD matras.

Wat betreft de ziekenhuizen worden in de Nederlandse en de Oostenrijkse ziekenhuizen de meeste maatregelen genomen. In de Nederlandse ziekenhuizen betreft dit vooral het gebruik van een AD matras, in de Oostenrijkse ziekenhuizen vooral het gebruik van een crème ter bescherming van de huid.

Opmerkelijk is dat het gebruik van een crème ter bescherming van de huid in de andere landen veelvuldig gebruikt wordt en in Nederland niet. Verder valt op dat in de chronische sector in Nieuw-Zeeland het schapenvacht gebruikt wordt, hetgeen elders nauwelijks meer voorkomt. Mogelijk dat hier het Australische schapenvacht gebruikt wordt, waarvan recent is gebleken dat het een preventieve werking heeft (Mistiaen et al., 2008 en 2010).

In tabel 8.4 zijn het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau weergegeven.

Tabel 8.4 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren decubitus 2009 en 2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Niveau	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (9 indicatoren)	7,8	7,2	7,4	6,4	5,5	5,3	4,2	3,7	8,0	3,3	3,8	7,5
Afdelingsniveau (8 indicatoren)	5,9	6,3	6,5	6,2	5,9	5,9	5,8	4,0	6,4	5,2	5,0	6,3

Uit deze tabel blijkt dat op instellingsniveau de Nederlandse instellingen het meest voldoen aan de kwaliteitsindicatoren. Alleen het Zwitserse revalidatiecentrum en WZW instellingen in Nieuw-Zeeland scoren in hun sector hoger. Op afdelingsniveau zijn de landen min of meer vergelijkbaar.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in Nederland de meeste decubituswonden bij risicocliënten ontstaan in de eigen instellingen, en het minst in Duitsland en Oostenrijk. In Duitsland en Oostenrijk worden ook de meeste preventieve maatregelen genomen, vooral in de chronische sector. In Nederland voldoen de instellingen aan de meeste kwaliteitsindicatoren. Dit kan erop duiden dat aandacht voor structurele factoren (kwaliteitsindicatoren) minder relevant is voor het uiteindelijk voorkomen van decubitus dan aandacht voor de procesfactoren (preventieve maatregelen). Voor Nederland zou dit betekenen dat we meer aandacht moeten gaan schenken aan de proceskant van de zorg voor decubitus.

8.3.2. Incontinentie

In tabel 8.5 is de prevalentie van urine-incontinentie, dubbele incontinentie en incontinentieletsel weergegeven. Zoals eerder gemeld zijn in Duitsland geen gegevens over incontinentie verzameld.

Tabel 8.5 *Prevalentie incontinentie(letsels) in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Prevalentie	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Urine incontinentie	11,8	48,1	58,3	18,1	14,2	80,1	18,3	16,7	69,4	19,7	52,0
Dubbele incontinentie	3,0	13,2	26,5	3,8	3,4	5,3	1,8	6,5	24,7	6,3	19,4
Incontinentieletsel	2,4	6,3	5,0	1,7	1,0	2,4	1,8	2,5	3,9	5,3	3,2

In de Nederlandse ziekenhuizen komt urine-incontinentie het minst voor en in de Nieuw-Zeelandse ziekenhuizen komt deze het meest voor. In Nieuw-Zeeland komen ook de meeste dubbele incontinentie en incontinentieletsels voor in de sector ziekenhuizen.

Wat betreft de revalidatiecentra scoren de Nederlandse revalidatiecentra het hoogst op zowel de urine-incontinentie, de dubbele incontinentie als op de incontinentieletsels.

In de chronische sector in Oostenrijk komt de meeste urine-incontinentie voor. Opmerkelijk is echter dat daar wel de minste dubbele incontinentie en de minste incontinentieletsels voorkomen. De meeste dubbele incontinentie en incontinentieletsels vinden we in de Nederlandse chronische sector.

In tabel 8.6 zijn de maatregelen weergegeven die toegepast zijn bij cliënten die urine-incontinent zijn.

Tabel 8.6 *Maatregelen bij urine incontinentie in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Maatregelen	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Aanpassing omgeving	1,5	0,0	2,2	19,8	25,5	26,1	12,0	41,4	13,6	4,9	22,3
Aanpassing kleding	4,8	3,1	6,5	18,4	18,6	36,3	4,0	41,4	4,3	15,9	28,9
Training (blaas/bekken etc)	2,4	3,1	0,6	5,7	13,7	2,0	12,0	41,4	0,0	6,1	0,5
Toilet op gezette tijden	9,7	35,7	37,7	10,5	22,5	50,4	16,0	41,4	27,8	14,6	43,1
Disposables	47,2	79,1	91,5	66,9	60,8	93,5	56,0	79,3	93,2	57,3	86,3
Geen maatregelen	43,3	15,5	5,4	27,0	14,7	3,3	24,0	17,2	4,3	30,5	8,1

Uit deze tabel blijkt dat in Nederlandse ziekenhuizen het vaakst geen maatregelen genomen worden. De inzet van disposables is de meest gebruikte maatregel bij urine-incontinentie in alle landen.

In Nederland wordt in alle sectoren relatief weinig gebruik gemaakt van het aanpassen van de omgeving of de kleding. In de andere landen wordt dit beduidend vaker toegepast. Ook het geven van blaastraining en bekkenbodemspieroefeningen komen relatief weinig in de Nederlandsen instellingen voor.

In de chronische sector wordt de blaastraining en bekkenbodemspieroefeningen nauwelijks gegeven in alle landen. In de Oostenrijkse chronische sector worden cliënten het vaakst op gezette tijden op het toilet gezet.

In tabel 8.7 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau weergegeven.

Tabel 8.7 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren incontinentie 2009 en 2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Niveau	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (7 indicatoren)	4,2	2,4	4,1	3,3	5,0	2,6	,5	6,0	1,5	3,7	6,5
Afdelingsniveau (5 indicatoren)	2,4	2,9	3,4	2,8	3,2	3,1	2,1	3,0	2,0	1,6	3,6

Uit deze tabel blijkt dat in de sector ziekenhuizen de Nederlandse ziekenhuizen het meest aan kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau voldoen. De Zwitserse ziekenhuizen voldoen hieraan het minst. Op afdelingsniveau scoren de Oostenrijkse ziekenhuizen het best, terwijl de Nieuw-Zeelandse ziekenhuizen het minst scoren.

Nieuw-Zeeland scoort wel in de chronische sector het beste, zowel op instelling- als afdelingsniveau.

Wat betreft de revalidatiecentra voldoen de Nederlandse centra minder aan de kwaliteitsindicatoren op beide niveaus.

Uit bovenstaande komt geen eenduidig beeld ten aanzien van incontinentie. In de chronische sector in Oostenrijk komt wel de meeste urine-incontinentie voor, maar de minste dubbele incontinentie en incontinentieletsels; mogelijk omdat zij vaker de om-

geving en de kleding aanpassen en de cliënten op gezette tijden op het toilet zetten. Nederlandse instellingen onderscheiden zich niet echt van de andere landen, behalve dan dat de ziekenhuizen relatief minder maatregelen nemen.

8.3.3 Ondervoeding

In tabel 8.8 is de prevalentie van ondervoeding en het risico op ondervoeding weergegeven.

Tabel 8.8 *Prevalenties ondervoeding in percentages 2009-2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Prevalentie	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Risico op ondervoeding	43,5	58,7	50,9	49,8	46,9	21,0	55,9	48,8	41,8	46,5	45,1	61,8
Ondervoeding	22,8	29,6	20,2	23,3	25,1	8,4	25,7	24,7	20,3	21,9	26,8	30,5

Over het algemeen zijn er geen grote verschillen tussen de landen zowel wat betreft het risico op ondervoeding als ondervoeding zelf. Beide liggen tussen de 20 en 30%. Alleen in de revalidatiecentra in Oostenrijk zijn beide prevalenties beduidend lager. Verder komt ondervoeding beduidend meer voor in de Nieuw-Zeelandse chronische sector, dan in de Nederlandse en Zwitserse.

In tabel 8.9 zijn de maatregelen weergegeven die bij de cliënten met een risico op ondervoeding zijn genomen.

Tabel 8.9 *Maatregelen bij cliënten met een risico op ondervoeding percentages 2009-2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Maatregelen	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Diëtist	50,0	25,0	31,4	11,2	21,0	27,0	65,5	46,1	45,5	6,1	19,4	14,0
Energie (eiwit) verrijkt dieet	30,2	2,8	9,3	18,8	12,7	9,6	21,0	16,2	13,6	1,4	10,4	10,8
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	25,1	5,6	15,0	44,8	14,5	7,8	28,3	18,0	18,2	18,8	20,8	5,9
Orale bijvoeding	21,9	37,0	16,0	22,8	20,6	11,3	28,8	25,3	18,2	12,1	20,2	21,0
Sondevoeding	11,5	0,0	1,3	6,9	6,0	0,9	6,1	20,8	31,8	4,5	1,6	1,0
Parenterale voeding	4,5	0,0	0,2	2,8	12,1	0,0	3,0	15,7	4,5	0,0	8,1	0,0

Het raadplegen van een diëtist verschilt sterk per land en per sector. Zo worden deze professionals in Zwitserland wel in ziekenhuizen, maar nauwelijks in WZW instellingen worden geconsulteerd, terwijl in Oostenrijk het omgekeerde geldt. Dit zal sterk te maken hebben met het al of niet aanwezig zijn van diëtisten in de betreffende sector.

Verder blijkt uit de tabel dat een energieverrijkt dieet vaker in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt wordt dan in de ziekenhuizen in de andere landen. In de chronische sector wordt hiervan vooral in Duitsland en Oostenrijk gebruikt gemaakt.

Tussendoortjes worden in Nederlandse ziekenhuizen ook iets vaker verstrekt. Deze worden echter het meest verstrekt in de WZW instellingen in Duitsland.

Sondevoeding en parenterale voeding zijn bij uitstek maatregelen die gebruikt worden in ziekenhuizen, met uitzondering van het revalidatiecentrum in Zwitserland waar sondevoeding ook veel gebruikt wordt. In Zwitserland wordt sowieso vaker sondevoeding en parenterale voeding gebruikt.

In tabel 8.10 zijn de maatregelen weergegeven die bij de cliënten met ondervoeding zijn genomen.

Tabel 8.10 *Maatregelen bij cliënten met ondervoeding percentages 2009-2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Maatregelen	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Diëtist	65,2	40,0	41,8	13,4	26,1	42,0	66,9	58,8	57,1	5,7	22,2	20,0
Energie (eiwit) verrijkt dieet	40,5	5,5	14,3	27,0	16,9	16,0	29,2	19,4	21,4	0,0	12,1	12,9
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	34,9	7,3	23,1	58,2	18,6	18,0	38,3	23,8	14,3	24,3	24,2	8,2
Orale bijvoeding	30,2	52,7	25,0	32,8	27,8	20,0	37,7	30,9	14,3	20,0	21,1	31,7
Sondevoeding	13,0	0,0	1,5	7,5	6,2	2,0	5,2	19,6	35,7	5,7	2,2	0,0
Parenteralevoeding	4,3	0,0	0,3	3,7	14,0	0,0	4,6	15,5	0,0	0,0	5,6	0,0

Deze tabel wijkt niet echt af van de vorige tabel. Alleen zijn de percentages over de gehele linie iets hoger. Met andere woorden, cliënten die daadwerkelijk ondervoed waren, kregen iets vaker deze maatregelen dan de cliënten die een risico op ondervoeding hadden. De verschillen per land en sector blijven echter wel gelijk.

In tabel 8.11 zijn de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot ondervoeding weergegeven.

Tabel 8.11 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren ondervoeding 2009 en 2010*

	Nederland			Duits-land	Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Niveau	ZH	RC	WZW	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau(8 indicatoren)	6,7	4,9	5,2	5,0	4,6	2,0	4,5	6,3	3,0	1,3	2,5	6,0
Afdelingsniveau (14 indicatoren)	8,7	3,6	8,4	10,8	7,8	10,1	10,5	7,4	10,0	6,4	6,1	9,8

Uit deze tabel blijkt dat de Nederlandse en Zwitserse ziekenhuizen het relatief goed doen ten opzichte van de ziekenhuizen in de andere landen. De revalidatiecentra in Nederland scoren weliswaar goed op de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau, maar scoren het laagst op de afdelingsindicatoren. De Nederlandse chronische sector scoort gemiddeld op de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau en iets lager op afdelingsniveau. In Zwitserland scoort de chronische sector beduidend minder.

Samenvattend kunnen we zeggen dat ondervoeding een universeel probleem is dat in vergelijkbare mate in de participerende landen voorkomt. Wel zijn er verschillen hoe men hiermee omgaat. Zo verschilt het per land en per sector sterk of men een diëtiste

raadpleegt, en of men een energieverrijkt dieet en/of tussentijdse verstrekkingen geeft aan cliënten die een risico op ondervoeding hebben of reeds ondervoed zijn. Nederlandse ziekenhuizen doen het hierbij beter dan de ziekenhuizen uit de andere landen, terwijl de chronische sector het juist minder goed doet in vergelijking met de andere landen.

8.3.4 Vallen

In tabel 8.12 is de prevalentie van vallen en valletsel weergegeven. Zoals eerder aangegeven is deze in Duitsland niet gemeten. Uit deze tabel blijkt dat de prevalentie van vallen het hoogst is in de ziekenhuizen van Nieuw-Zeeland. In vergelijking met de andere sectoren bevinden zich in de ziekenhuizen sowieso de meeste cliënten die gevallen zijn. Van degenen die gevallen zijn, hebben degenen in het ziekenhuis ook het vaakst een valletsel, en betreft dit het vaakst een ernstig letsel. Opmerkelijk is dat in Zwitserland minder vaak cliënten opgenomen zijn in het ziekenhuis die gevallen zijn, en degenen die wel gevallen zijn hebben minder vaak letsel en/of ernstig letsel.

In de Nederlandse WZW instellingen ontstaan minder vaak valincidenten, maar als men valt heeft men iets vaker een ernstig letsel.

Tabel 8.12 *Prevalenties vallen en valletsels in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Prevalentie	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Vallen	13,7	12,8	9,3	15,2	7,8	8,9	7,1	16,5	16,3	27,5	15,1
Valletsels	65,3	41,4	35,0	58,6	29,0	36,2	38,2	18,2	41,7	77,6	28,6
Ernstig letsel (wo heupfracteur)	60,0	41,6	15,9	39,5	11,1	11,3	38,5	0,0	13,4	59,2	5,6

In tabel 8.13 is weergegeven of men preventieve maatregelen heeft genomen om het vallen en/of valletsel te voorkomen. Uit deze tabel blijkt dat preventie in eerste instantie uitgaat naar het vallen en in beduidend mindere mate naar valletsels.

In Nederlandse instellingen wordt minder gedaan aan val- en valletsel preventie dan in de buitenlandse instellingen. Dit geldt voor de ziekenhuizen, de revalidatiecentra en de chronische sector. Met name in de Oostenrijkse WZW instellingen wordt veel gedaan aan de preventie van vallen en valletsels.

Tabel 8.13 *Preventie vallen en valletsels in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Maatregelen	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Preventie vallen	30,2	17,3	66,3	42,6	62,3	90,4	27,6	58,2	78,9	50,8	71,2
Preventie valletsel	3,0	3,8	10,8	5,6	5,8	30,3	6,3	12,7	25,9	13,8	12,9

In tabel 8.14 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren per instelling en per afdeling van vallen weergegeven. Hieruit blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen een middenpositie innemen in vergelijking met de buitenlandse ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor

de chronische sector. De revalidatiecentra scoren lager dan de centra in de andere landen.

Tabel 8.14 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren vallen 2009 en 2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Indicatoren	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau(5 indicatoren)	2,5	0,3	3,5	3,4	2,7	2,8	1,7	3,0	2,3	2,7	3,5
Afdelingsniveau (5 indicatoren)	2,5	1,4	3,6	3,4	4,1	3,8	1,6	4,0	2,9	2,9	4,6

Samenvattend kunnen we zeggen dat de mate van valincidenten verschilt per land en sector. Nederland bevindt zich hierbij in een middenpositie, waarbij opgemerkt moet worden dat in Nederland wel relatief meer personen een ernstig letsel bij een valincident oplopen. In Nederlandse instellingen wordt ook minder gedaan om valincidenten en valletsels te voorkomen dan in de buitenlandse instellingen. Wat betreft de kwaliteitindicatoren onderscheid Nederland zich niet echt van de andere landen.

8.3.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen

In tabel 8.15 is het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. In de eerste rij is het percentage cliënten weergegeven, waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast. In de daaropvolgende rijen zijn enkele maatregelen weergegeven die bij deze cliënten gebruikt zijn.

Tabel 8.15 *Prevalentie vrijheidsbeperkende maatregelen in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Prevalentie	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Vrijheidsbeperkende maatregelen:	11,0	8,5	23,8	6,8	7,3	31,1	8,2	27,8	24,6	24,4	9,9
Bedhekken	92,3	80,0	66,8	96,7	97,7	89,7	48,1	90,9	82,1	97,4	81,6
Verpleegdeken	3,8	0,0	3,0	0,0	0,0	0,1	1,9	13,6	1,8	0,0	0,0
Onrustband in bed	10,4	0,0	2,6	1,1	4,5	0,0	3,7	9,1	3,6	0,7	2,6
Gedragsbeïnvloedende medicatie	4,2	0,0	20,3	2,9	0,0	2,5	0,0	9,1	8,9	0,0	0,0

Uit deze tabel blijkt dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in alle landen vaker voorkomt in de chronische sector dan in de ziekenhuizen, met uitzondering van Nieuw-Zeeland waar het omgekeerde het geval is. In de Oostenrijkse chronische sector maakt men het meest gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

In de meeste gevallen wordt gebruik gemaakt van bedhekken. In Nederlandse WZW instellingen wordt hier het minst gebruik van gemaakt. Men maakt hier relatief meer gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie.

De onrustband wordt vooral nog in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt. In de andere landen wordt deze, evenals de verpleegdeken, nauwelijks meer gebruikt. Een uitzondering hierop vormt het revalidatiecentrum in Zwitserland, waar nog wel de verpleegdeken en onrustband gebruikt worden als vrijheidsbeperkende maatregel. Dit betreft echter maar één instelling.

Tabel 8.16 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland			Nieuw-Zeeland	
Indicatoren	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (3 indicatoren)	1,7	2,3	2,7	2,0	1,7	2,5	1,0	2,0	1,5	2,3	3,0
Afdelingsniveau (3 indicatoren)	1,7	1,3	2,3	1,8	2,0	2,2	1,3	2,2	2,3	1,5	2,8

In tabel 8.16 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren voor vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. Mede gezien het kleine aantal indicatoren op instelling- en afdelingsniveau is het lastig hier conclusies uit te trekken.

Samenvattend kunnen we zeggen dat vrijheidsbeperkende maatregelen meer voorkomen in de chronische sector dan in andere sectoren. Als belangrijkste vrijheidsbeperkende maatregel wordt het bedhek toegepast. In de Nederlandse chronische sector wordt deze iets minder toegepast, maar maakt men gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie. De onrustband wordt voornamelijk nog in de Nederlandse ziekenhuizen gebruikt.

8.3.6 Smetten

In tabel 8.17 is de prevalentie van smetten weergegeven. In Duitsland en in Nieuw-Zeeland is het zorgprobleem smetten niet gemeten. Uit deze gegevens blijkt dat in Nederland smetten vaker voorkomt dan in Oostenrijk en Zwitserland. In Oostenrijk komt smetten het minst voor.

Tabel 8.17 *Prevalentie smetten in percentages 2009 en 2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland		
Prevalentie	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW
Smetten	7,7	12,8	13,7	3,7	2,5	5,9	7,3	3,8	8,8

In tabel 8.18 zijn enkele maatregelen weergegeven die genomen zijn als behandeling bij smetten. Per cliënt konden meerdere maatregelen genoemd worden. De gegevens van Zwitserland zijn hier weggelaten gezien het geringe aantal cliënten met smetten.

Tabel 8.18 *Maatregelen bij smetten in percentages 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk		
Prevalentie	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW
Dagelijks wassen/droogdeppen huidplooien	69,8	65,9	83,2	87,7	100,0	96,1
Wassen zonder of met een PH-neutrale zeep	17,5	17,1	32,7	45,2	20,0	41,1
Zinkolie, lokaal antischimmelpreparaat, barrièrespray of crème.	65,1	70,7	77,8	73,3	86,7	82,9
dagelijks observeren huid en huidplooien	64,0	51,2	80,0	87,0	100	94,6
Geen maatregelen	7,4	2,4	2,8	1,4	0,0	0,0

Het blijkt dat slechts zelden geen maatregelen genomen worden als een cliënt smetten heeft. Over de gehele linie verricht men echter in Oostenrijk de genoemde maatregelen vaker dan in Nederland. Zo doet men in Oostenrijk vrijwel altijd dagelijks aan wassen en droogdeppen, terwijl dit in Nederland vooral in verpleeghuizen gebeurd.

In tabel 8.19 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren weergegeven.

Tabel 8.19 *Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen 2009-2010*

	Nederland			Oostenrijk			Zwitserland		
Indicatoren	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW	ZH	RC	WZW
Instellingsniveau (6 indicatoren)	4,2	5,0	3,4	1,1	3,3	1,4	1,0	3,0	0,3
Afdelingsniveau (5 indicatoren)	2,9	3,8	2,9	2,6	3,2	2,6	2,1	3,6	1,6

In de Nederlandse instellingen voldoet men meer aan de kwaliteitsindicatoren dan in Oostenrijk en Zwitserland, met name geldt dit voor de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in de Nederlandse instellingen smetten meer voorkomt dan in de Oostenrijkse en de Zwitserse instellingen. In Nederland worden ook iets minder maatregelen genomen bij smetten, maar men voldoet wel meer aan de kwaliteitsindicatoren.

8.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is een eerste analyse en vergelijking verricht van de zorgproblemen in de participerende landen. Veel zaken verdienen een verdere analyse voordat definitieve conclusies getrokken kunnen worden. Zo zal rekening gehouden moeten worden met verschillen in kenmerken van de deelnemende cliënten en instellingen door meer geavanceerde analyse technieken toe te passen. Ook de preventieve maatregelen en behandelingen verdienen een meer diepgaande analyse, evenals de kwaliteitsindicatoren.

Rekening houdend met bovenstaande kunnen we wel al concluderen dat uit de huidige vergelijking van de zorgproblemen in de vijf landen een gemêleerd beeld komt. Geen van de landen komt als winnaar of verliezer uit de bus. Dat is ook niet de bedoeling van deze vergelijking. Doel is gegevens te vergelijken om van elkaar te leren. Waarom heeft men in Duitsland en Oostenrijk zo weinig decubitus? Komt dat omdat ze een veelheid aan preventieve maatregelen inzetten, of zijn daar andere redenen voor? Waarom doen de Nederlandse ziekenhuizen het juist beter met betrekking tot ondervoeding dan de ziekenhuizen in andere landen, terwijl de Nederlandse verpleeghuizen het juist minder goed doen dan die in andere landen? Allemaal vragen, waarvan de antwoorden ons informatie kunnen geven hoe de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Verder valt op dat Nederland het minder goed doet bij huidproblemen. Zowel decubitus als smetten komt in Nederland vaker voor, men neemt minder maatregelen, maar voldoet wel meer aan de kwaliteitsindicatoren.

8.5 Aanbevelingen

Zoals bovenstaand al aangegeven betreft de huidige vergelijking een eerste vergelijking, en zullen verdere en meer diepgaande analyses verricht moeten worden naar verschillen tussen landen en sectoren.

Het feit dat we het in Nederland minder goed doen ten aanzien van huidproblemen, roept de vraag op of we ons niet wat minder met structurele zaken moeten bezig houden, maar meer met de proceskant van de zorg. Blijkbaar besteden we meer energie aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau, maar vertalen deze zich niet naar de proceskant van de zorg, en dus ook niet naar de uitkomsten van de zorg. Meer aandacht voor deze vertaling naar de proceskant is daarom van belang, waarbij controle op de daadwerkelijke uitvoering niet onverstandig zou zijn. Hoewel de uitspraak: “Vertrouwen is goed, controle is beter” wordt toegeschreven aan Lenin, wordt deze in ons democratisch bestel en samenleving veelvuldig gebruikt. Dus waarom niet ook in de zorg?

8.6 Literatuur

Mistiaen, P., A. Francke, W. Achterberg, A. Ament, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en P. Spreeuwenberg (2009). Australische medische schapenvacht bij de preventie van stuitdecubitus. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, (5): 186-90.

Mistiaen P., Achterberg W, Ament A, Halfens R, Huizinga J, Montgomery K. (2010). The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients: a prospective multi-center randomized controlled trial. Wound Repair and Regeneration (accepted).

Tannen, A., G. Bours, R. Halfens and T. Dassen (2006). A comparison of pressure ulcer prevalence rates in nursing homes in the Netherlands and Germany, adjusted for population characteristics. Research in Nursing & Health, 29(6): 588-96.

Bijlage

PUBLICATIES PROJECTGROEP LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN OVER ZORGPROBLEMEN

Internationale wetenschappelijke artikelen

2010

Bartholomeyczik, S., S. Reuther, L. Luft, N. Van Nie, J. Meijers, J. Schols and R. Halfens (2010). Prevalence of malnutrition, interventions and quality indicators in German nursing homes: first results of a nationwide pilot study. Gesundheitswesen; in press.

Bosch, M., R.J. Halfens, T. van der Weijden, M. Wensing, R. Akkermans and R. Grol (2010). Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. Worldviews on Evidence-Based Nursing; in press.

Du Moulin, M.F.M.T., M.N. Chenault, F.E.S. Tan, J.P.H. Hamers and R.J.G. Halfens (2010). Quality systems to improve care in elderly patients with urinary incontinence receiving homecare: do they work? Quality & Safety in Health Care; in press.

Kottner, J., R. Halfens and T. Dassen (2010). Interrater reliability and agreement of the Care Dependency Scale in the home care setting in the Netherlands. Scandinavian Journal of Caring Sciences; in press.

Kottner, J. and R. Halfens (2010). Moisture lesions: interrater agreement and reliability. Journal of Clinical Nursing, 19(5-6): 716-20.

Kottner, J. and R. Halfens (2010). Using statistical process control for monitoring the prevalence of hospital-acquired pressure ulcers. Ostomy Wound Management; 56(5): 54-9.

Lahmann, N.A., R.J.G. Halfens and T. Dassen (2010). Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. Journal of Evaluation in Clinical Practice; 16(1): 50-6.

Meesterberends, E., R.J. Halfens, C. Lohrmann, J.M. Schols and R. De Wit (2010). Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes. Journal of Evaluation in Clinical Practice; in press.

Meesterberends, E., R. Halfens, C. Lohrmann and R. De Wit (2010). Pressure ulcer guideline development and dissemination in Europe. Journal of Clinical Nursing; 19(11-12): 1495-1503.

Meijers, J.M., M.A.Van Bokhorst-de van der Schueren, J.M. Schols, P.B. Soeters and R.J. Halfens (2010). Defining malnutrition: mission or mission impossible? Nutrition; 26(4): 432-440.

Mistiaen, P., A. Ament, A.L. Francke, W. Achterberg, R. Halfens, J. Huizinga and H. Post (2010). An economic appraisal of the Australian medical sheepskin for the prevention of sacral

pressure ulcers from a nursing home perspective. BMC Health Services Research; 10(1): 226.

Müller, R., R. Halfens, R. Schwendimann, M. Müller, R. Imoberdorf und P.E. Ballmer (2009). Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital: eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege; 22(6): 431-41.

Shahin, E.S.M., J.M.M. Meijers, J.M.G.A. Schols, A. Tannen, R.J.G. Halfens and T. Dassen (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Nutrition; 26(9): 886-9.

Tannen, A., K. Balzer, J. Kottner, T. Dassen, R. Halfens and E. Mertens (2010). Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool: a psychometric comparison. Journal of Clinical Nutrition; 19(11-12): 1510-8.

Van Leen, M., S. Hovius, J. Neyens, R. Halfens and J. Schols (2010). Pressure relief, cold foam or static air?: a single center, prospective, controlled randomized clinical trial in a Dutch nursing home. Journal of Tissue Viability; in press.

Wilborn, D., R. Halfens, T. Dassen, A. Tannen (2010). Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken: welche Rolle spielt der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege? Gesundheitswesen; 72(4): 240-5.

2009

Daniel-Wichern, S., H. Dudel, R.J. Halfens and D. Wilborn (2009). Theorie-Praxis-Transfer in der Altenpflege: Zusammenhang zwischen der Dekubitusprävalenz und der Implementierung des Expertenstandards. Pflegezeitschrift; 62(10): 612-6.

Du Moulin, M.F.M.T., J.P.H. Hamers, A.W. Ambergen and R.J.G. Halfens (2009). Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23(2): 222-30.

Härlein, J., T. Dassen, R.J. Halfens and C. Heinze (2009). Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. Journal of Advanced Nursing; 65(5): 922-33.

Heinze, C., T. Dassen, R. Halfens and C. Lohrmann (2009). Screening the risk of falls: a general or a specific instrument? Journal of Clinical Nursing; 18(3): 350-6.

Kottner, J., R. Halfens and T. Dassen (2009). 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; 46(10):1307-12.

Kottner, J., K. Raeder, R. Halfens and T. Dassen (2009). A systematic review of interrater reliability of pressure ulcer classification systems. Journal of Clinical Nursing; 18(3): 315-36.

Kottner, J., A. Tannen, R. Halfens and T. Dassen (2009). Does the number of raters influence the pressure ulcer prevalence rate? Applied Nursing Research; 22(1): 68-

Meijers, J.M., M.J. Candel, J.M. Schols, M.A.Van Bokhorst-de van der Schueren and R.J. Halfens (2009). Decreasing trends in malnutrition prevalence rates explained by regular audits and feedback. Journal of Nutrition; 139(7): 1381-6.

Meijers, J.M.M., R.J.G. Halfens et al. (2009). Malnutrition in Dutch healthcare: prevalence, prevention, treatment and quality indicators. Nutrition; 25(5): 512-9.

Meijers, J.M.M., J.M.G.A. Schols, M.A.E. Van Bokhorst-de van der Schueren, T. Dassen, M.A.P. Janssen and R.J.G. Halfens (2009). Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the Annual Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems. British Journal of Nutrition; 101(3): 417-23.

Offermans, M.P., M.F. Du Moulin, J.P. Hamers, T. Dassen and R.J. Halfens (2009). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. Neurourology and Urodynamics; 28(4): 288-94.

Saxer, S., R.A. De Bie, T. Dassen and R.J. Halfens (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. JWOCN; 36(5): 539-44.

Schlüer, A.B., E. Cignacco, M. Müller and R.J. Halfens (2009). The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. Journal of Clinical Nursing; 18(23): 3244-52.

Shahin ES, T Dassen and RJG Halfens. Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: a longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 2009, 46(4): 413-21.

Shahin ES, T Dassen and RJ Halfens. Pressure ulcer prevention in intensive care patients: guidelines and practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2009, 15(2): 370-4.

Tannen, A., T. Dassen and R. Halfens (2009). Response to Muurinen S et al. (2009). Journal of Clinical Nursing; 18(2): 1511-2.

Tannen, A., E. Dietz, T. Dassen and R. Halfens (2009). Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany : adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators. Journal of Evaluation in Clinical Practice; 15(1): 85-90.

Wilborn, D., R.J. Halfens and T. Dassen (2009). Evidence-based education and nursing pressure ulcer prevention textbooks: does it match? Worldviews on Evidence-Based Nursing; 6(3): 167-72.

2008

Du Moulin, MFMT, JPH Hamers, AW Ambergen, MAP Janssen and RJG Halfens. Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. Research in Nursing & Health, 2008, 31(6): 604-12.

Houwing R, W Van der Zwet, S Van Asbeck, R Halfens and JW Arends. An unexpected detrimental effect on the incidence of heel pressure ulcers after local 5% DMSO cream application :a randomized, double-blind study in patients at risk for pressure ulcers. Wounds, 2008, 20(4): 84-8.

Meijers JMM, JMGA Schols, PA Jackson, G Langer, M Clark, RJG Halfens. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. Nutrition, 2008; 24(2): 127-32.

Mertens EI, T Dassen, RJG Halfens. Using the care dependency scale for risk screening. Verpleegkunde, 2008, 23(1): 84.

Mertens EI, RJ Halfens, E Dietz, R Scheufele and T Dassen. Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2009, 14(6): 1018-25.

Mistiaen P, W Achterberg, A Ament, R Halfens, J Huizinga, K Montgomery, H Post and AL Frankce. Cost-effectiveness of the Australian medical sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients : study protocol for a prospective multi-centre randomised controlled trial (ISRCTN17553857). BMC Health Services Research, 2009, 8(4):1-25.

Saxer S, RJG Halfens, RA De Bie and T Dassen. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. Journal of Clinical Nursing, 2008, 17(18): 2490-6.

Saxer S, RA De Bie, T Dassen and RJ Halfens. Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. Nurse Education Today, 2008, 28(8): 926-34.

Schlüer AB, E Cignacco, RJ Halfens. Dekubitusprävention und -therapie in der Pädiatrie: Ergebnisse einer deskriptiven Studie = Pressure ulcer prevention and therapy: results of a descriptive study. Pflegezeitschrift, 2008; 61(3): 158-61.

Schmid-Büchi S, RJ Halfens, T Dassen and B Van den Borne. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. Journal of Clinical Nursing, 2008, 17(21): 2895-909.

Shahin ES, T Dassen and RJG Halfens. Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2008, 14(4): 563-8.

Shahin ES, T Dassen, RJ Halfens. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. Nursing in Critical Care, 2008; 13(2): 71-9.

Soeters PB, PLM Reijven, MAE Van Bokhorst-de van der Schueren, JMGA Schols, RJG Halfens, JMM Meijers and WG Van Gemerta (2008). A rational approach to nutritional assessment. Clinical Nutrition, 2008, 27(5): 706-16.

Tannen A, T Dassen, R Halfens. Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany: associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17: 1237-44.

2007

Balzer K, C Pohl, T Dassen, R Halfens. The Norton, Waterlow, Braden, and care dependency scales : comparing their validity when identifying patients' pressure sore risk. JWOCN, 2007, 34(4): 389-98.

Bielitz H, F Hertel, E Mertens, R Halfens. Dekubitusprophylaxe in deutschen Kliniken: eine Analyse der Pflegpraxis bezogen auf die Empfehlungen des Expertenstandards. Pflegezeitschrift, 2007; 60(3): 140-4.

Du Moulin MFMT, JPH Hamers, A Paulus, CL Berendsen, R Halfens. Effects of introducing a specialized nurse in the care of community-dwelling women suffering from urinary incontinence: a randomized controlled trial. JWOCN, 2007; 34(6): 631-40.

Feuchtinger J, R Halfens, T Dassen. Pressure ulcer risk assessment immediately after cardiac surgery: does it make a difference?: a comparison of three pressure ulcer risk assessment instruments within a cardiac surgery population. Nursing in Critical Care, 2007; 12(1): 42-9.

Heinze C, RJG Halfens, T Dassen. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. Journal of Clinical Nursing, 2007; 16(3): 495-501.

Hulsenboom MA, GJ Bours, RJ Halfens. Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. BMC Nursing, 2007; 6(1): 2.

Mertens EI, RJG Halfens, T Dassen. Using the care dependency scale for fall risk screening. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58(6): 594-601.

Meijers JMM, JMGA Schols, PA Jackson, G Langer, M Clark, RJG Halfens. Evaluation of the dissemination and implementation of a nutritional guideline for pressure ulcer care. EPUAP Review, 2007, 8(1): 16-21.

Meijers JMM, JMGA Schols, PA Jackson, G Langer, M Clark, RJG Halfens. Evaluation of the dissemination and implementation of a nutritional guideline for pressure ulcer care. Journal of Wound Care, 2007;16(5): 201-5.

Schols JMGA, JMM Meijers, M Clark. Para a nutriçao e ùlceras de pressao: una nova norma Europeia. Feridas, 2007 ; 1(1) : 24-8.

Schols JMGA, RJG Halfens, JMM. Meijers, JTM Weststrate. Pressure ulcer care in the Netherlands: a short historical overview. EPUAP Review, 2007; 8(1): 13-5.

Shaheen ESM, T Dassen, RJG Halfens. Predictive validity of pressure ulcer risk assessment tools in intensive care patients. World of Critical Care Nursing, 2007; 5(3): 75-9.

2006

Feuchtinger J, R de Bie, T Dassen, R Halfens. A 4-cm thermoactive viscoelastic foam pad on the operating room table to prevent pressure ulcer during cardiac surgery. Journal of Clinical Nursing, 2006; 15(2): 162-7.

Heinze C, RJG Halfens, S Roll, T Dassen. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. Journal of Advanced Nursing, 2006; 53(3): 327-32.

Helberg D, E Mertens, RJG Halfens, T Dassen. Treatment of pressure ulcers: results of a study comparing evidence and practice. Ostomy Wound Management, 2006; 52(8): 60-72.

Lahmann NA, RJ Halfens, T Dassen. Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics. Ostomy Wound Management, 2006; 52(2): 20-33.

Lahmann NA, RJ Halfens, T Dassen. Effect of non-response bias in pressure ulcer prevalence studies. Journal of Advanced Nursing; 2006; 55(2): 230-6.

Neyens JCL, BPJ Dijcks, JCM van Haastregt, LP de Witte, WJA van de Heuvel, HFJM Crebolder, JMGA Schols. The development of a multidisciplinary fall risk evaluation tool for demented nursing home patients in the Netherlands. BMC Public Health, 2006, 6:74

Tannen A, G Bours, R Halfens,T Dassen. A comparison of pressure ulcer prevalence rates in nursing homes in the Netherlands and Germany, adjusted for population characteristics. Research in Nursing & Health, 2006; 29(6): 588-96.

Tannen A, R Halfens, T Dassen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Pflegezeitschrift, 2006; 8: 502-4.

Wilborn D, R Halfens, T Dassen. Pressure ulcer: prevention protocols and prevalence. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2006; 12(6): 630-8.

2005

Du Moulin MFMT, JPH Hamers, A Paulus, C Berendsen, R Halfens. The role of the nurse in community continence care: a systematic review. International Journal of Nursing Studies, 2005; 42(4): 479-92.

Feuchtinger J, RJG Halfens, T Dassen. Pressure ulcer risk factors in cardiac surgery: a review of the research literature. Heart & Lung, 2005; 34(6): 375-85.

Meijers JMM, JMGA Schols, MAE van Bokhorst-de van der Schueren, T Dassen, RJG Halfens. Prevalence of malnutrition in Dutch health-care organizations. Clinical Nutrition, 2005, 24(6): 1119

Saxer S, RJG Halfens, M Müller, T Dassen. Risk factors for urinary incontinence in nursing home residents. Swiss Medical Weekly, 2005; 135(33-34): 495-502.

2004

Bours GJJW, RJG Halfens, MJJM Candel, H Huijer Abu-Saad, RTPM Grol A pressure ulcer audit and feedback project across multi-hospital settings in The Netherlands. International Journal for Quality in Health Care, 2004; 16(3):211-8.

Buss IC, RJG Halfens, H Huijer Abu-Saad, G Kok. Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. Journal of Clinical Nursing, 2004; 13: 668-76.

Tannen A, T Dassen, G Bours, R Halfens. A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. International Journal of Nursing Studies, 2004; 41(6): 607-12.

2003

Bours GJJW, RJG Halfens, MPF Berger, H Huijer Abu-Saad, RTPM Grol. The development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. Medical Care, 2003. 41(1): p. 45-55.

Bräutigam K, A Flemming, R Halfens, T Dassen. Dekubitusprävention: Theorie und Praxis. Pflege, 2003. 16(2): p. 75-82.

2002

Bours GJJW, RJG Halfens, H Huijer Abu-Saad, RTPM Grol. Prevalence prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. Research in Nursing and Health, 2002, 25 (2), 99-110.

Buss IC, RJG Halfens, H Huijer Abu-Saad. The most effective time interval for repositioning subjects at risk of pressure sore development: a literature review. Rehabilitation Nursing, 2002, 27 (2), 59-66.

Halfens RJG, GJJW Bours. Prevalence and incidence study Sparks issues [letter]. Ostomy Wound Management, 2002, 48 (3), 10-12.

2001

Bours GJJW, E De Laat, RJG Halfens, M Lubbers. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intenesive care units: results of a cross-sectional survey. Intensive Caremed, 2001, 27, 1599-1605.

Dassen Th, HJ Eisermann, R Halfens, K Balzer, C Schmiedl, G Schmitz, E Mertens, A Tannen. Pilotstudie zur Dekubitusprevalenz: der erste Schritt zu vergleichbaren Zahlen. Pflegezeitschrift, 2001, 5, 337-41.

Halfens RJG, GJJW Bours, CM Bronner. The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence. Journal of Advanced Nursing, 2001, 36 (5), 617-625.

Halfens RJG, GJJW Bours, JF Van Ast. 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, 10, 748-57.

2000

Halfens RJG, T Van Achterberg, RM Bal. Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective. International Journal of Nursing Studies, 2000, 37 (4), 313-319.

Halfens RJG. Can pressure ulcer prevention be a waste of time? EPUAP Review, 2000, 2 (3), 73-4.

Halfens RJG. Risk assessment scales for pressure ulcers : a theoretical, methodological and clinical perspective. Journal of Ostomy Wound Management, 2000, 46 (8), 36-44.

1999

Bours GJJW, RJG Halfens, M Lubbers, J Haalboom. The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. Ostomy Wound Management, 1999, 45 (11), 20-40.

Buss IC, RJG Halfens, H Huijer Abu-Saad, G Kok. Evidence based nursing practice: both state of the art in general and specific to pressure sores. Journal of Professional Nursing, 1999, 15 (2), 73-83.

Halfens R, G Bours. Prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. EPUAP Review, 1999 (2), 35.

Vaktijdschriften

2010

Mistiaen, P., A. Ament, W. Achterberg, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en A. Francke (2010). Effecten en kosten van de Australische medische schapenvacht. WCS Nieuws, 26(1): 40-1.

Mistiaen, P., A. Francke, W. Achterberg, A. Ament, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en P. Spreeuwenberg (2010). Australische schapenvacht effectief bij preventie van decubitus. TVZ, 120(1): 40.

2009

Mistiaen, P., A. Francke, W. Achterberg, A. Ament, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en P. Spreeuwenberg (2009). Australische medische schapenvacht bij de preventie van stuitdecubitus. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, (5): 186-90.

2007

Halfens R, J Meijers. Het nieuwe kwaliteitsdenken in de chronische sector. TSG, 2007; 85(4): 190-1.

Halfens RJG. Strijd om decubitus. (Brief). Medisch Contact, 2007; 62(9): 396.

Lahmann NA, R Halfens, T Dassen. Auditing pressure ulcer prevalence: structures, processes and outcomes in annual surveys. Verpleegkunde, 2007; 22(1): 55.

Meijers JMM, JMGA Schols, MAE Van Bokhorst-de van der Schueren, RJG Halfens. Ondervoeding in verpleeghuizen: prevalentie, preventie, behandeling en beleid. Tijdschrift voor Verpleeghuis Geneeskunde, 2007; 32(3): 88-91.

Meijers J. Steentje bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van voedingszorg. NVD Nieuws, 2007; 9(8): 3-4.

Persoon CTM, HM Kruizenga, JMM Meijers, RJ Halfens, MAE van Bokhorst-de van der Schueren. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: hoe representatief zijn de gegevens van de instelling?: gerapporteerde LPZ-gegevens ondervoeding op instellingsniveau opnieuw geanalyseerd en geïnterpreteerd. Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek, 2007; 62(2): 51-7.

Schim van der Loeff-van Veen, R Maslow (commentaar op: Van de Pasch. Decubitus gaat ook over patiëntveiligheid (interview met R. Halfens)). TVZ, 2007; 117(5): 22.

Schols JMGA, JMM Meijers, M Clark, RJG Halfens. Een Europese richtlijn over voeding en decubitus. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 2007; 32(3): 100-3.

Schols J. Verpleeghuiszorg vooruit!: elimineren veiligheidsrisico's verbetert zorg aan ouderen. Medisch Contact, 2007; 62(23): 984-6.

Schim van der Loeff-van Veen, R Maslow (commentaar op: Van de Pasch. Decubitus gaat ook over patiëntveiligheid (interview met R. Halfens)). TVZ, 2007; 117(5): 22.

Wälti-Bolliger M, I Needham, R Halfens. Transfert de connaissances: voeu pieux ou comment sortir de l'impasse? Recherche en Soins Infirmiers, 2007; (90): 58-66.

2006

Halfens RJG, M Hulsenboom, CM Bronner, L Hollands. Ontwikkeling en evaluatie van een bijscholingsprogramma preventie en behandeling van decubitus voor verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkunde, 2006; 21(1): 70-9.

Meijers JMM, JMGA Schols, MAE Van Bokhorst-de van der Schueren, MAP Janssen, RJG Halfens. Resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 2006; 61(1): 8-11.

2005

Dijcks BPJ, JCL Neyens, JMGA Schols, JCM van Haastregt, HFJM Crebolder, LP de Witte. Valincidenten in verpleeghuizen: gemiddeld bijna 2 per bed per jaar met bij 1,3% een fractuur als gevolg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2005, 149: 1043-7.

Du Moulin MFMT, JPH Hamers, A Paulus, C Berendsen, R Halfens. Effectiviteit van een integrale aanpak van de incontinentieproblematiek. Verpleegkunde, 2005; 20(4): 278.

Janssen MAP, JMM Meijers, et al. Het voorkomen van incontinentie in Nederlandse gezondheidszorginstellingen. VNIV Incourant, 2005, 14(28): 5-12.

Meijers J, RJG Halfens. Ondervoeding vraagt om aandacht. Nutricia Alive, 2005; 8(1): 12-3.

Meijers J, M Janssen, M Van Bokhorst-Van der Schueren, E Rasmussen, R Halfens. Prevalentie van ondervoeding: de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Nederlands Tijdschrift voor Dëtisten, 2005; 60(1): 12-5.

Neyens JCL, BPJ Dijcks, A de Kinkelder, WC Graafmans, JMGA Schols. CBO richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen; wat kunnen verpleeghuizen hiermee? Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, 2005, 36: 155-160.

2002

Bours GJJW, RJG Halfens. De prevalentie en preventie van decubitus in verpleeghuizen. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2002, 26 (1), 42-45.

Halfens RJG, GJJW Bours. Het meten van het zorgresultaat: decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2002, (4), 42-5.

Neyens JCL, BPJ Dijcks, JMGA Schols, JCM van Haastregt, WJA van den Heuvel, HFJM Crebolder, LP de Witte. Ontwikkeling en implementatie van een multifactoriële interventie gericht op de preventie van valincidenten en de gevolgen daarvan bij psychogeriatrische verpleeghuiscliënten. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2002, 26: 24-28.

2001

Van Ast JF, RJG Halfens, GJJW Bours. Het beloop van decubitus stadium 1. Verpleegkunde, 2001, 16 (2), 84-92.

Bours GJJW. Prevalentiecijfers decubitus in Nederland in perspectief, 1998-2001 [abstract]. WCS Nieuwsbrief, 2001, 17(5 congresnummer): 12.

Bours GJJW, RJG Halfens. Vierde landelijke registratie decubitus: heeft meten zin? WCS, 2001.

Defloor T, L Schoonhoven, M Clark, R Halfens, J Nixon. Draft position statement on risk assessment in pressure ulcer prevention and management. EPUAP Review, 2001, 3 (2), 46-52.

Halfens RJG. Decubitusbeleid nog te veel ver-van-ons-bed-beleid. Healthcare Magazine, 2001, 4 (september (prevalentie-special)): 3-7.

Halfens RJG, GJJW Bours, W Van Ast. Decubitus stadium 1: wat moeten we ermee? WCS Nieuws, 2001, 17 (1), 25-28.

Halfens RJG, GJJW Bours. Overzicht van de belangrijkste resultaten van Landelijke Prevalentie Onderzoeken Decubitus 1998-2000. Nederlandse Vereniging Verpleeghuisartsen, 2001.

2000

Bours GJJW, RJG Halfens. Doorliggen komt nog steeds te veel voor: resultaten derde landelijke registratie decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2000, 110 (21), 659-663.

Bours GJJW, RJG Halfens. Twee jaar landelijk registreren van decubitus: wat zijn de veranderingen in de omvang, aard, preventie en behandeling van decubitus tussen 1998 en 1999? WCS Nieuws, 2000, 16 (2), 28-32.

Bours GJJW, RJG Halfens. Tweede landelijke registratie van de prevalentie van decubitus. WCS Nieuws, 2000, 16 (1), 51-2.

Halfens RJG, GJJW Bours. Nog steeds decubitus bij kwart patiënten. Verpleegkunde Nieuws, 2000, 14(13 september).

1999

Bours GJJW. Tweede landelijke registratie van decubitus: wat zijn de resultaten van het prevalentieonderzoek van ’98 en ’99?: hoe groot is het decubitusprobleem? [abstract]. WCS Nieuwsbrief, 1999, 15(5 congresnummer): 12-3.

Bours GJJW. Landelijke registratie decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1999, 109 (15/16), 465.

Bours GJJW, RJG Halfens. Decubitus komt nog veel te veel voor. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1999, 109 (20), 608-11.

Buss I, R Halfens. Jong geleerd, moeilijk veranderd : nieuwe inzichten decubituspreventie nog niet algemeen verspreid. TVZ, 1999, 6, 36-9.

Halfens RJG. Decubitus nog niet omlaag. Verpleegkunde Nieuws, 1999, (16 september): 7.

1998

Bours GJJW, RJG Halfens, IC Buss. Landelijke registratie van decubitus. Met Verve, 1998, 4(3): 7-8.

Bours GJJW, RJG Halfens, M Torny. Decubitus bij Amsterdam Thuiszorg: eerste metingen in het kader van het landelijke actieprogramma. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1998, 108(8): 255-8.

1997

Bours GJJW, IC Buss, RJG Halfens. Terugdringen decubitus is mogelijk: plan voor landelijke registratie is gereed. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1997, 107(15/16): 463-5.

Halfens RJG, J Piersma. Landelijke aanpak decubitus. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 1997, 107(12): 352-4.

Rapporten

2009

HalfensR.J.G., J.M.M. Meijers, J.C.L. Neyens en J.M.G.A. Schols (2009). Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009. Maastricht: Maastricht University; Caphri. Los bijgevoegd: Erratum.

Halfens, R.J.G., J.M.M. Meijers, J.C.L. Neyens en J.M.G.A. Schols (2009). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: 2009 kort en bondig. Maastricht: Maastricht University; Caphri, 2009.

2008

Halfens RJG, JMM Meijers, JCL Neyens, MPW Offermans. Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht, september 2008.

2007

Halfens RJG, JMM Meijers, JCL Neyens, MPW Offermans. Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2007. Maastricht: Universiteit Maastricht, november 2007.

2006

HalfensR.J.G., MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Resultaten negende jaarlijkse meting 2006. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006.

2005

Du Moulin MFMT, RJG Halfens, A Paulus, CL Berendsen, HAL Heynen en JPH Hamers. Effectiviteit integrale incontinentieproblematiek : een pilot study. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.

Halfens R.J.G., MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Resultaten achtste jaarlijkse meting 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.

Halfens R.J.G, MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink. Landelijke prevalentiemeting decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht : Universiteit Maastricht, 2005.

2004

Halfens R.J.G, MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004.

Halfens R.J.G, SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004.

2003

Bours GJJW, RJG Halfens, SW Wansink. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten zesde jaarlijkse meting 2003. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.

Mistiaen P, C Wagner, GJJW Bours, RJG Halfens. Prevalentiemetingen van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. NIVEL: Utrecht, 2003,.

2002

Bours GJJW, RJG Halfens, SW Wansink. Landelijk prevalentie onderzoek decubitus: resultaten vijfde jaarlijkse meting 2002. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.

2001

Bours GJJW, RJG Halfens, L Bosker. Drie jaar landelijk registreren: hoe nu verder? Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001.

Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten vierde jaarlijkse meting 2001. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001..

2000

Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten.Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten derde jaarlijkse meting 2000. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.

1999

Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten. Landelijk prevalentie onderzoek decubitus: uitgebreide resultaten tweede jaarlijkse meting 1999. Maastricht: Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap, Stuurgroep Decubitus, 1999.

Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten tweede jaarlijkse meting 1999. 2e herziene druk. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.

1998

Bours GJJW, RJG Halfens, A de Winter. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Uitgebreide resultaten eerste jaarlijkse meting 1998. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

Bours GJJW, RJG Halfens, A de Winter. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten eerste jaarlijkse meting 1998 op instellingsniveau. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

Proefschriften

2009

Meijers JMM. Awareness of malnutrition in healthcare: the Dutch perspective. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009.

2008

Du Moulin, M. Urinary Incontinence in Primary Care; Diagnosis and Interventions. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008.

Eman Shahin Shahin ESM. Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers in Intensive care Patients. Proefschrift. Berlin, Medizinische Fakultät der Charité-Universitäts-medizin, 2008.

Tannen A. Dekubitusprävalenz und Dekubitusprävention in niederländischen und deutschen Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung. Proefschrift. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité-Universitätsmedizin, 2008.

2007

Heinze C (co-promotor RJG Halfens). Sturzhäufigkeit: Folgen und Risiko in deutschen Kliniken und Pflegeheimen. Proefschrift. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité-Universitäts-medizin, 2007.

Neyens JCL. Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2007.

2006

Lahmann M. Prevalence of Pressure Ulcers in Germany. Proefschrift. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité-Universitätsmedizin, 2006.

2005

Feuchtinger J. Pressure ulcer prevention in cardiac surgery patients. Proefschrift. Burger Druck, Waldkirch, 2005.

2003

Bours GJJW. Pressure ulcers: prevalence measurements as a tool for improving care. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.

Shahin ESM. Incidence and prevalence of pressure ulcers in intensive care patients Berlin. Proefschrift. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité-Universitätsmedizin 2003.

(Hoofdstukken in) boeken

2007

Halfens RJG, L Schoonhoven, J Weststrate, H Groen. Decubitus. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid, R.I.V.M. 31-5-2007. (versie 3.10).

Halfens RJG, T Dassen, A Tannen. Prävalenz von Dekubitus. In: Wild T und J Auböck. Manual der Wundheilung: chirurgisch-dermatologischer Leitfaden der modernen Wundbehandlung, pp. 179-85. Wien; New York: Springer, 2007.

Schols JMGA, JMM Meijers, M Clark. Eine neue Europäische Richtlinie über Ernährung und Dekubitalulzera. In: Wild T und J Auböck. Manual der Wundheilung: chirurgisch-dermatologischer Leitfaden der modernen Wundbehandlung, pp. 187-91. Wien; New York: Springer, 2007.

Verhaar HJJ, MH Ennelot-Vonk, JCL Neyens. (Neiging tot) vallen en mobiliteitsstoornissen. In: Jansen PAF et al. (red.). Het geriatrie formularium: een praktische leidraad, pp. 85-92. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

2002

Halfens RJG, GJJW Bours, L Bosker, H Groen, M Lubbers, J Piersma, M Renierkens. Landelijke Stuurgroep Decubitus. Decubitus. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid, R.I.V.M. 9-10-2002. (versie 2.0, 26 september 2002).

2001

Halfens RJG. Pressure ulcer as an interdisciplinary problem: both research and practice. In: Kappeli, S. (ed.): Plegewissenschaft im Kontext der Medizin 2000, 14-24. Zürich: UniversitätsSpital Zürich, 2001. ISBN 3-907634-01-2l.