

Rapportage resultaten
**Landelijke Prevalentiemeting
Zorgproblemen**

2011

Uitvoering

Universiteit Maastricht
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
T: 043-3881559 / E: LPZ@maastrichtuniversity.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
Mw. drs. E. Meesterberends, zorgprobleem decubitus

Onderzoeksassistent

Mw. drs. S. Rijcken
Mw. drs. S. Wolters

Technische uitvoering en dataverwerking
Internet Researchbureau Flycatcher

Lay-out en druk
Datawyse / Universitaire Pers Maastricht

ISBN: 978 94 90411 00 8

© Copyright Universiteit Maastricht, CAPHRI Department of Health Services Research 2011

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



Rapportage resultaten
**Landelijke Prevalentiemeting
Zorgproblemen**

2011

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

November 2011
Universiteit Maastricht
CAPHRI School for Public Health and Primary Care,
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing

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 Terugrapportage	13
1.6 Betrouwbaarheid en validiteit	14
1.7 Landelijke ontwikkelingen	15
1.8 Internationale ontwikkelingen	17
1.9 Dit rapport	18
1.10 Literatuur	20
2 KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS	21
2.1 Aantal deelnemers	21
2.2 Kenmerken van de cliënten	24
2.3 Selectie per module	26
2.4 Samenvatting en conclusie	27
2.5 Literatuur	27
3 DECUBITUS	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Definities	30
3.3 Kenmerken deelnemers decubitus 2011	31
3.4 Prevalentie decubitus	32
3.5 Kenmerken cliënten met decubitus	35
3.6 Decubituswonden	37
3.7 Preventieve maatregelen bij decubitus	40
3.8 Behandeling van decubitus	42
3.9 Kwaliteitsindicatoren decubitus	45
3.10 Conclusies	46
3.11 Aanbevelingen	47
3.12 Literatuur	47
4 INCONTINENTIE	49
4.1 Inleiding	49

4.2	Definities	50
4.3	Kenmerken deelnemers incontinentie 2011	51
4.4	Prevalentie incontinentie	52
4.5	Kenmerken cliënten met incontinentie	55
4.6	Incontinentieletsels	60
4.7	Maatregelen bij urine-incontinentie	61
4.8	Kwaliteitsindicatoren incontinentie	62
4.9	Conclusies	64
4.10	Aanbevelingen	65
4.11	Literatuur	65
5	ONDERVOEDING	67
5.1	Inleiding	67
5.2	Definities	68
5.3	Kenmerken deelnemers ondervoeding 2011	69
5.4	Prevalentie (risico op) ondervoeding	69
5.5	Kenmerken cliënten met (risico op) ondervoeding	72
5.6	Preventie en behandeling van ondervoeding	75
5.7	Kwaliteitsindicatoren ondervoeding	79
5.8	Conclusies	81
5.9	Aanbevelingen	82
5.10	Literatuur	83
6	VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN	85
6.1	Inleiding	85
6.2	Definities	86
6.3	Kenmerken deelnemers vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen 2011	87
6.4	Incidentie vallen	87
6.5	Kenmerken van vallers	90
6.6	Kenmerken van valincidenten	93
6.7	Toegepaste valpreventieve maatregelen	97
6.8	Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen	99
6.9	Kenmerken van cliënten waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast	103
6.10	Kwaliteitsindicatoren valpreventie	105
6.11	Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen	107
6.12	Conclusies	108
6.13	Aanbevelingen	109
6.14	Literatuur	110
7	SMETTEN	111
7.1	Inleiding	111

7.2	Definities	112
7.3	Kenmerken deelnemers smetten 2011	112
7.4	Prevalentie smetten	113
7.5	Kenmerken van cliënten met smetten	115
7.6	Behandeling en preventie van smetten	117
7.7	Kwaliteitsindicatoren smetten	118
7.8	Conclusies	119
7.9	Aanbevelingen	120
7.10	Literatuur	120
8	INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN	123
8.1	Inleiding	123
8.2	De deelnemers	123
8.3	Vergelijking zorgproblemen	124
8.4	Conclusies	132
8.5	Aanbevelingen	133
8.6	Literatuur	133
Bijlage	PUBLICATIES PROJECTGROEP LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN OVER ZORGPROBLEMEN	135
	Internationale wetenschappelijke artikelen	135
	Vaktijdschriften	142
	Rapporten	145
	Proefschriften	146
	(Hoofdstukken in) Boeken	147
	Posters	148

VOORWOORD

Voor u ligt al weer de 14^e jaarlijkse rapportage van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ).

De LPZ is geleidelijk uitgegroeid tot een landelijke monitor van de basiszorg in ziekenhuizen, instellingen in de chronische zorg en thuiszorg.

Vele zorgorganisaties doen al jaren trouw mee aan deze meting om zodoende relevante gegevens te krijgen over hun prestaties op het gebied van de preventie en behandeling van relevante zorgproblemen zoals decubitus, ondervoeding en vallen.

En omdat de landelijk verplichte zorginhoudelijke prestatie-indicatoren ook in de LPZ zijn opgenomen, verkrijgen de deelnemende zorgorganisaties en passant op handzame wijze de daarvoor noodzakelijke aan te leveren gegevens.

De LPZ is nooit primair bedoeld geweest om als prestatie-indicator-kanon te dienen. Het oorspronkelijke doel was en is om daartoe gemotiveerde instellingen (instellingen die echt voortdurend en op enthousiaste wijze aan de kwaliteit van hun zorg willen werken) zinvolle feedback te geven over hun zorgprestaties en vooral ook handvatten te bieden om mogelijke problemen dienaangaande gericht aan te pakken. De jaarlijkse metingen kunnen vervolgens gebruikt worden om de resultaten van het verbeterbeleid te toetsen.

Juist dan heeft de LPZ echte meerwaarde; de meting dient immers niet om te veroordelen, maar om continu en structureel verbeteracties te initiëren.

Ook internationaal is de meerwaarde van de LPZ inmiddels doorgedrongen. De meting wordt ook uitgevoerd in Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland. Dit jaar is zelfs een LPZ-meting verricht in zorginstellingen in Suriname.

De bedoeling van het voorliggende rapport is om nadere informatie te verschaffen over de landelijke resultaten op sectorniveau. Daarmee biedt het als het ware een schets van de geboden basiszorg in de Nederlandse gezondheidszorg.

Daarnaast krijgen de deelnemende zorgorganisaties uit de diverse sectoren ook elk jaar individuele, digitale feedback over hun eigen resultaten. Deze kunnen ze vervolgens afzetten tegen de landelijke gegevens van hun sector.

Duidelijk is echter geworden dat, met het uitdijen van het aantal LPZ-modules, de hoeveelheid teruggegeven informatie, in de vorm van overzichten en tabellen, voor veel deelnemende zorgorganisaties erg groot is geworden. Het blijkt moeilijk om uit die veelheid aan gegevens snel de belangrijkste resultaten te halen. Voorts blijkt het nogal bewerkelijk te zijn om op gepaste wijze aan de intern wisselende behoefte aan

VOORWOORD

informatie te voldoen. Een Raad van Bestuur heeft bijvoorbeeld behoefte aan andere cijfers dan een zorgmedewerker op de werkvloer.

We willen daarom verbetering deelnemende zorgorganisaties, vanuit de boven geschetste hoofddoelstelling van de LPZ, in de toekomst op veel overzichtelijkere wijze gerichte feedback geven. Belangrijk is dat de wensen van de deelnemers hierbij het uitgangspunt zijn!

Getracht wordt de kwaliteit van de informatie aan de instellingen meer illustratief te maken en dit op termijn ook per zorgprobleem te koppelen aan een beslisboom met gerichte en vooral ook relevante verbeteracties.

Dit jaar hebben wij dit reeds samen met een aantal zorgorganisaties in een pilot getest voor het zorgprobleem ondervoeding en de eerste ervaringen zijn positief.

Tenslotte wil het LPZ-team alle deelnemende organisaties bedanken. Wij zijn ervan overtuigd dat hun deelname voortkomt uit een oprecht streven naar het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor hun zorgvragers.

En dat is uiteindelijk waarom het draait.

Namens het LPZ-team,

Dr. Ruud 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 2011 alweer voor de 14^e keer gehouden. Tijdens deze meting is de prevalentie, de preventie en de behandeling van de zorgproblemen decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetplekken, vallen en vrijheids­bepenkende maatregelen gemeten. Daarnaast zijn ook de recente zorginhoudelijke vragen uit het Kwaliteitskader Normen Verantwoorde Zorg voor de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg gemeten, evenals enkele vragen voor de prestatie­indicatoren voor ziekenhuizen.

Behalve in Nederland heeft de meting in april 2011 ook plaatsgevonden in Oostenrijk en Suriname. In Nieuw-Zeeland heeft in november 2010 een meting plaatsgevonden.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de belangrijkste Nederlandse resultaten van deze 14^e meting in 2011. 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 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 2011 op 5 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 redenen gedurende vier dagen wordt uitgevoerd bij een steekproef van het totale aantal cliënten¹ 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 Voor de leesbaarheid wordt in dit rapport gesproken over cliënten, waarmee ook bewoners en patiënten worden bedoeld.

INLEIDING

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 in Nederland 301 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, niet in deze rapportage meegenomen (zie hoofdstuk 2).

In Oostenrijk hebben 30 instellingen deelgenomen, in Suriname 4 instellingen en in Nieuw-Zeeland 4 (november 2010).

1.3 Registratieformulier

Het LPZ-registratieformulier bestaat uit drie niveaus: cliënt-, afdeling- 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 Ziekenhuizen.

De demografische gegevens van de cliënten in het algemene deel zijn verplicht voor alle instellingen. Registreren van gegevens met betrekking tot de zorgproblemen in het algemene deel en de modules wordt bepaald door de instellingen zelf. Voor de sector 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). Voor de ziekenhuizen geldt dit zelfde voor de Prestatie-Indicatoren 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 een coördinator die verantwoordelijk is voor de organisatie van de meting en voor de communicatie naar de projectgroep LPZ van de Universiteit Maastricht. Deze coördinator schoolt de zorgverleners uit de eigen instelling in het uitvoeren van de meting, waarbij hij/zij ondersteund wordt door de projectgroep.

Vragenlijst 1 (instellingsniveau) wordt door de coördinator ingevuld en vragenlijst 2 (afdelingsniveau) wordt ingevuld door het afdelingshoofd. Op cliëntniveau (vragenlijst 3) wordt de meting bij elke cliënt verricht door twee zorgverleners: één van de afdeling waar de cliënt is opgenomen en één van een andere afdeling. In die gevallen waar de zorgverleners het niet met elkaar eens zijn, is de beoordeling van de onafhankelijke zorgverlener van de andere afdeling doorslaggevend. Na de meting worden de data via Internet ingevoerd en verzonden naar de projectgroep.

1.5 Terugrapportage

Iedere instelling krijgt vervolgens de eigen en de landelijke resultaten in tabelvorm gepresenteerd. De eigen instellingsresultaten kunnen daardoor vergeleken worden met de landelijke resultaten.

Vergelijking van prevalentiecijfers tussen instellingen moet echter met voorzichtigheid plaatsvinden. Niet alleen omdat het een momentopname is, maar ook omdat de cliëntpopulatie kan verschillen. Indien bijvoorbeeld meer ouderen zijn opgenomen, is de kans groot dat de prevalentie van decubitus groter is. Ook de aard van de ziektes kan verschillen, waardoor een hoger of lager risico voor bepaalde zorgproblemen aanwezig is.

Toch wordt in de LPZ geen statistische correctie voor de cliëntpopulatie toegepast. In de eerste plaats maakt een dergelijke correctie de interpretatie voor de instellingen zelf lastig, want wat betekent de gevonden score nu precies? Op basis van de kenmerken van de eigen en de landelijke populatie kan men bovendien zelf al redelijk inschatten wat de invloed van populatieverschillen zal zijn. Bovendien suggereert een statistische correctie een exactheid die er niet is. De meting is een momentopname, die door veel factoren beïnvloed kan zijn. Het geeft de instellingen echter wel een idee hoe men er voor staat, waarbij de instelling zelf het beste de gevonden resultaten kan beoordelen aan de hand van de kennis over het moment zelf; een decubitusverpleegkundige of diëtiste die met langdurig ziekteverlof is, een plotselinge toename van een specifieke cliëntcategorie etc.

Tot slot, de meting is geen wedstrijd. De bedoeling van de meting is om instellingen een spiegel voor te houden ten aanzien van de gemeten zorgproblemen. De prevalentie van zorgproblemen geeft daarbij een indicatie, maar minstens zo belangrijk is wat men doet ter preventie en behandeling van de zorgproblemen. Op basis hiervan

INLEIDING

kan men immers de zorg bijsturen. En dat is uiteindelijk de bedoeling van deelname aan de LPZ: kwaliteitsverbetering!

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 cliënt door twee zorgverleners wordt beoordeeld: door één zorgverlener van de afdeling waar de cliënt verblijft en één zorgverlener die niet op die afdeling werkzaam is. 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 $10/1.000 \times 100\% = 1\%$. 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 en van de mate van respons (Lahmann et al. 2006). 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 respons groter 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 veranderd. De LPZ hecht veel waarde aan het verzamelen van betrouwbare gegevens. Instellingen moeten erop kunnen vertrouwen dat ook de andere instellingen betrouwbaar 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. Bovendien wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van internationaal gebruikte, gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten. In een recente kleinschalige exploratieve studie zijn aspecten van betrouwbaarheid en validiteit van het LPZ-ondervoedinginstrument onderzocht in ziekenhuizen en thuiszorg (Rietema, 2006). Uit deze studie bleek dat het instrument betrouwbaar criterium- en begripsvalide is. Kottner et al. onderzochten de interrator betrouwbaarheid van de LPZ meting ten aanzien van (het risico op) decubitus, vochtletsels en de zorgafhankelijkheid binnen de thuiszorg. Deze bleken alle redelijk tot goed te zijn (Kottner et al. 2009 a, b; Kottner et al. 2010 a, b).

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

In het literatuuroverzicht aan het eind van dit hoofdstuk zijn enkele artikelen toegevoegd, waarin onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de LPZ metingen nader is beschreven.

Nieuwe ontwikkelingen

Het afgelopen jaar hebben diverse ontwikkelingen binnen de LPZ plaatsgevonden, zowel landelijk als internationaal.

1.7 Landelijke ontwikkelingen

Digitale vragenlijst

Deelnemende instellingen moeten de gegevens zelf via een web-based programma invoeren. De gegevens worden bij de cliënt met een schriftelijke vragenlijst verzameld, om deze gegevens vervolgens in de computer in te voeren. Veel instellingen hebben in de loop der jaren aangegeven dat het invoeren van deze gegevens erg veel extra tijd kost. Vandaar dat we in november 2010 een proef hebben uitgevoerd met een digitale vragenlijst, waarmee de gegevens direct bij de cliënten ingevoerd kunnen worden met een laptop of Ipad met internet verbinding (via een vaste lijn, WiFi of een telefoonverbinding). De ervaringen in deze proef waren positief, zodat vanaf april 2011 deze mogelijkheid voor alle deelnemers open stond. Een aantal instellingen heeft hier tijdens de afgelopen meting gebruik van gemaakt. De volgende reactie van een deelnemer geeft de zinvolheid van deze mogelijkheid precies weer:

“De LPZ-pilot met de laptop is inderdaad zeer succesvol verlopen. Na één dagdeel kwam ik bij de invoerders en zij vertelden mij (bijna verbaasd) dat ze al klaar waren. . . . en dat betekent dan ook helemaal klaar, want invoeren van de op papier geregistreerde gegevens hoeft vervolgens ook niet meer, zéér efficiënt dus.”

INLEIDING

Normen Verantwoorde Zorg

Een ander probleem waar hard aan gewerkt is, is het doorsturen van de gegevens voor de Normen Verantwoorde Zorg. Dit blijkt elk jaar een hele klus, waarin veel fout kan gaan, en dat leidt soms tot ernstige problemen. Vandaar dat we de procedure hiervoor vanaf deze aprilmeting hebben veranderd. Instellingen kunnen de gegevens nu zelf downloaden van onze site, en ze vervolgens uploaden op de site van Zichtbare Zorg. Dit heeft twee belangrijke voordelen: de verantwoordelijkheid voor het aanleveren van de gegevens blijft bij de instelling zelf, én men kan op tijd eventuele onjuistheden aanpassen.

Terugrapportage

Het uiteindelijke doel van de LPZ is kwaliteitsverbetering. Daarvoor worden concrete gegevens over de prevalentie, de preventie en de behandeling van relevante zorgproblemen verzameld en teruggerapporteerd aan de instelling. Uit evaluaties is gebleken dat onze terugrapportage in de loop der jaren te uitgebreid en te moeilijk is geworden, waardoor de beoogde verbeteringsprojecten soms uitblijven. Door middel van interviews heeft er een inventarisatie plaatsgevonden van welke informatie instellingen daadwerkelijk willen en nodig hebben om hun kwaliteit van zorg te verbeteren. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat de gegevens eenvoudiger moeten worden gepresenteerd, liefst op een visuele manier. In samenwerking met bureau Flycatcher is een programma ontwikkeld waarmee de gegevens in figuren gepresenteerd kunnen worden. De gegevens van de module ondervoeding voor de WZW sector van de meting van april 2011 zijn nu op deze wijze weergegeven. Op dit moment wordt deze wijze van weergeven geëvalueerd met de instellingen, en als dit positief blijkt te zijn, zullen in de toekomst ook de resultaten van de andere modules op deze manier uitgewerkt worden.

Best practices

Behalve het aanpassen van de terugrapportage, zijn we ook gestart om het vervolgtraject in de kwaliteitsverbetering vorm te geven. Hiervoor wordt een koppeling gemaakt tussen enerzijds de LPZ-resultaten van een instelling en anderzijds de best-practices die in Nederland ontwikkeld zijn. Ook hier zijn we gestart met de module ondervoeding. Als best-practices zijn de instrumenten (interventies) gebruikt, die ontwikkeld zijn in het Eten en Drinken-project van Vilans (<http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/eten-en-dinken/>). De instrumenten van Vilans zijn vooral gericht op een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening, screenen op ondervoeding, wegen en meten en de ambiance rondom de maaltijdmomenten. Concreet betekent het project dat instellingen in de WZW sector die in 2011 met de module ondervoeding mee hebben gedaan via een beslisboom adviezen krijgen over hoe ze op basis van hun LPZ resultaten hun beleid op het gebied van ondervoeding kunnen verbeteren.

Ook dit project wordt momenteel met de instellingen geëvalueerd, en als dit positief uitpakt, zal een vergelijkbare beslisboom met best practices voor de andere modules worden uitgewerkt.

Wondinfecties

In de LPZ meting zitten diverse onderdelen die te maken hebben met huidletsels, zoals decubitus, incontinentieletsels en smetten. Dergelijke huidletsels kunnen een chronisch karakter krijgen en geïnfecteerd raken. Dit is de aanleiding geweest voor de ontwikkeling van een specifieke module chronische (geïnfecteerde) wond. Bij de ontwikkeling is gebruik gemaakt van de richtlijnen van de European Wound Management Association (EWMA) en de World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). De eerste versie van de module werd besproken met deskundigen en hieruit bleek dat de vragen waarschijnlijk te moeilijk zijn om tijdens een LPZ-meting mee te nemen. In april 2011 is daarom (tijdens de reguliere LPZ-meting) een proef gedaan met een andere opzet van meten. Tijdens de meting is aan de meters alleen gevraagd of de cliënt een chronische wond had. Indien dit het geval was, is na de meting aan een deskundige (een arts/gespecialiseerde verpleegkundige) gevraagd het resterende deel van de vragenlijst in te vullen.

De ervaringen met deze manier van werken in deze proef zijn positief. De gegevens worden nu verder geanalyseerd om te onderzoeken of dit voldoende zinvolle informatie voor de testinstelling oplevert om het in de toekomst aan alle deelnemers aan te bieden.

1.8 Internationale ontwikkelingen

Zoals bekend, is het succes van de LPZ niet onopgemerkt gebleven in het buitenland. Vele verzoeken zijn binnengekomen om deze meting ook in andere landen mogelijk te maken. Sinds 2009 is de LPZ-meting daarom beschikbaar in het Duits (zowel Duits Duits, Oostenrijks Duits en Zwitsers Duits) en het Engels. Tot nu toe hebben metingen plaatsgevonden in Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Suriname en Nieuw-Zeeland.

Zwitserland

In Zwitserland was de deelname tot nu toe niet erg groot. Vanaf november 2011 gaat dit veranderen. De Zwitserse kwaliteitsorganisatie voor ziekenhuizen (Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)) heeft besloten om per november 2011 de kwaliteit van zorgproblemen in ziekenhuizen te gaan meten met de LPZ. Gestart wordt met de modules decubitus en vallen en vrijheidbeperkende maatregelen, maar in komende jaren zullen ook de andere modules meegenomen worden.

Dit betekent dat naast de bovengenoemde talen, ook een Italiaanse en een Franse versie beschikbaar is van de LPZ, omdat Zwitserland drietalig is. De uitvoering van de LPZ-meting ligt in handen van de Berner Fachhochschule Gesundheit.

INLEIDING

Suriname

Nog een opmerkelijke ontwikkeling is dat in april ook een meting uitgevoerd is in Suriname. In oktober 2010 is een afvaardiging van het Ministerie van Volksgezondheid van Suriname twee weken in Nederland geweest. Tijdens dat verblijf raakte men zeer geïnteresseerd in de methodiek van de LPZ en er werd uitgebreid kennis gemaakt met de theorie en de praktijk van de meting. Begin dit jaar heeft het Surinaamse Ministerie van Volksgezondheid beslist dat in april 2011 bij een klein aantal zorginstellingen voor ouderen in Paramaribo een pilotmeting uitgevoerd zou worden. Tijdens deze pilot zijn de modules ondervoeding en vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen gemeten. Voor de deelnemende instellingen en het Ministerie vormt de meting een ijkpunt om te zien hoe de kwaliteit van zorg in hun zorginstellingen voor ouderen is. In het najaar worden de resultaten gepresenteerd door het Ministerie van Volksgezondheid tijdens een nationaal congres te Paramaribo.

De internationalisering van de LPZ krijgt met deze nieuwe ontwikkelingen verder gestalte. Door gebruik te maken van dezelfde meetinstrumenten en dezelfde methodiek van meten kunnen de gegevens uit de verschillende landen onderling immers veel beter vergeleken worden. Dit is uniek, omdat resultaten uit onderzoek vaak niet vergelijkbaar zijn doordat gebruik gemaakt wordt van verschillende meetinstrumenten en procedures. Uniek is ook de inhoud van de meting, omdat internationaal wel al langer gegevens beschikbaar zijn over medische diagnoses, maar vrijwel niet over zorgproblemen.

We hopen daarmee een betere vergelijking van de Nederlandse resultaten mogelijk te maken. We houden u op de hoogte van de verdere ontwikkelingen!

1.9 Dit rapport

In dit rapport worden de resultaten van de meting van 5 april 2011 beschreven en vergeleken met de resultaten uit voorgaande jaren.

Interpretatie

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met een aantal beperkingen. In de eerste plaats betreft de meting een momentopname van de situatie op 5 april 2011 en de resultaten kunnen dus verschillen van metingen op andere dagen. Aangezien de landelijke resultaten gedurende de afgelopen jaren overeenkomen, is het echter niet aannemelijk dat op andere dagen op landelijk niveau geheel andere cijfers gevonden zullen worden. Mogelijk dat dit wel een rol speelt op instellings- en afdelingsniveau, omdat instellingen en zeker afdelingen door kleinere aantallen cliënten meer gevoelig zijn voor schommelingen. Een andere beperking is dat de gegevens gebaseerd zijn op een selecte steekproef van instellingen, die vrijwillig hebben meegedaan. Analyse van de gegevens van deelnemers aan eerdere metingen van 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.

Analyses

De resultaten zijn voornamelijk geanalyseerd aan de hand van 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.

In een later stadium zullen de gegevens verder worden geanalyseerd en vervolgens worden gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. In bijlage 1 staan de tot nu toe verschenen publicaties, gebaseerd op de LPZ gegevens. Deze publicaties zijn op te vragen bij de LPZ.

Opbouw

Het rapport is als volgt opgebouwd. Allereerst worden in het tweede hoofdstuk de kenmerken van de instellingen, afdelingen en cliënten weergegeven evenals de selectie van de onderzoekspopulatie. In de daarop volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de afzonderlijke zorgproblemen.

Elk van deze hoofdstukken begint met een beschrijving van de onderzochte populatie(s). 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. Behalve een beschrijving van de resultaten van 2011, zal ook het verloop van de zorgproblemen gedurende de afgelopen jaren beschreven worden. Elk hoofdstuk sluit af met conclusies en aanbevelingen.

In het laatste hoofdstuk wordt een internationale vergelijking gemaakt van de belangrijkste resultaten per zorgprobleem tussen de verschillende deelnemende landen.

In de tabellen worden de verschillende soorten zorginstellingen met een afkorting aangegeven. In bijlage 2 worden deze afkortingen toegelicht.

Door afrondingen is het totaal in de tabellen niet altijd exact 100%.

1.10 Literatuur

- Bours GJJW, RJG Halfens, M Lubbers and 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 en GJJW Bours (2002). Het meten van het zorgresultaat: decubitus. *TvZ/Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 4, 42–45.
- Kottner J and RJG Halfens (2010a). Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6): 716–20.
- Kottner J, RJG Halfens and T Dassen (2009a). 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, RJG Halfens and T Dassen (2009b). A systematic review of interrater reliability of pressure ulcer classification systems. *Journal of Clinical Nursing*; 18(3): 315–36.
- Kottner J, A Tannen, RJG Halfens and T Dassen (2009). Does the number of raters influence the pressure ulcer prevalence rate? *Applied Nursing Research*; 22(1): 68–72.
- Kottner J, RJG Halfens and T Dassen (2010b). Interrater reliability and agreement of the Care Dependency Scale in the home care setting in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24: 56–61.
- Lahmann N, RJG Halfens and T Dassen (2006). Effect of non-response bias in pressure ulcer prevalence studies. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2): 230–6.
- Rietema TJG (2006). Validiteit en betrouwbaarheid ondervoedingmeetinstrument Landelijke Prevalentiemeeting Zorgproblemen. Afstudeerscriptie. Universiteit Maastricht, Sectie Verplegingswetenschap.

2 KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de deelnemers van de LPZ 2011 beschreven. Eerst zal een beschrijving gegeven worden van het aantal deelnemers op instellings-, afdelings- en cliëntniveau en de selectie van de deelnemers die toegepast is om de betrouwbaarheid en representativiteit te verhogen.

2.1 Aantal deelnemers

Tabel 2.1 geeft een overzicht van het aantal deelnemers vanaf de start in 1998 tot en met 2011. In april 2011 hebben in totaal 301 instellingen deelgenomen aan de meting. Sinds 2007 zien we een daling in het aantal deelnemende instellingen aan de LPZ meting in april. Dit wordt echter gecompenseerd door een toename van het aantal instellingen dat aan de meting in november meedoet. Als beide metingen (april en november) samen worden genomen is er nauwelijks sprake van een daling. In deze rapportage zijn, voor de vergelijkbaarheid, alleen de gegevens van de aprilmeting meegenomen.

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	2011
Acute sector														
AcZ	4	3	5	6	6	5	6	5	5	6	6	5	5	4
AlgZ	38	37	34	36	52	43	54	61	62	62	57	51	46	35
Chronische sector														
WZW	37	31	22	37	77	79	111	156	267	449	344	321	296	232
Thuiszorg														
TZ	6	6	8	15	16	15	15	27	24	45	42	41	41	26
Overig														
RC				1	1	1	3	2	3	4	4	4	3	3
VG				1		1	3	5	2	2	1			
LG	1	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	301

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 heeft ongeveer de helft van alle academische en algemene ziekenhuizen, een belangrijk deel van de chronische sector en een vierde deel 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 2011 gegeven.

KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

Tabel 2.2 Verdeling naar soort instelling, afdeling en deelnemers in 2011 van alle deelnemende instellingen

Instelling	Aantal				Non-respons ¹				Respons
	Instellingen	Afdelingen	Cliënten aanwezig	Cliënten geparticipeerd	Geweigerd (%)	Niet bereikbaar (%)	Coma (%)	Terminaal (%)	(%)
Acute sector									
AcZ	4	116	1.989	1.729	4,1	4,0	0,7	0,4	90,1
AlgZ	35	382	6.332	6.045	2,0	1,2	0,5	0,7	95,5
Chronische sector									
WZW	232	702	19.141	18.227	3,3	0,7	0,1	0,5	95,2
Thuiszorg									
TZ	26	119	4.493	4.329	2,0	0,7	0,0	0,7	96,3
Overig									
RC	3	12	162	148	2,5	3,7	1,2	1,2	91,4
LG	1	16	236	200	8,5	3,8	0,0	3,0	84,7
Totaal	301	1.347	32.282	30.678	3,0	1,0	0,2	0,1	95,0

¹ Behalve de genoemde categorie non-respons was ook de antwoordmogelijkheid "anders" gegeven. Vandaar dat de percentages non-respons en respons samen niet altijd gelijk zijn aan 100%.

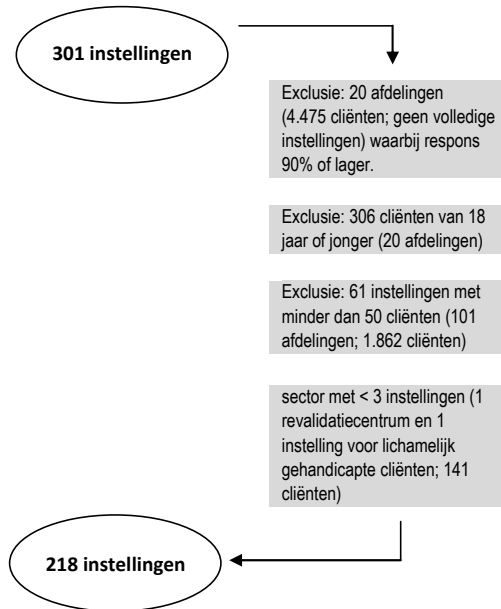
Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde respons zeer hoog is en dat de respons verder is gestegen. Ook dit jaar is deze gestegen, met 0,7%. De belangrijkste reden dat cliënten niet hebben deelgenomen is dat cliënten geweigerd hebben deel te nemen. Daarnaast was ook een aantal cliënten niet aanwezig tijdens 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 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 meegenomen.
2. Cliënten van 18 jaar en jonger zijn eveneens niet meegenomen. 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. De gegevens van 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 301 tot 218 en van het aantal deelnemers van 30.678 tot 23.894.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011



Figuur 2.1 Selectie van instellingen en deelnemers 2011

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

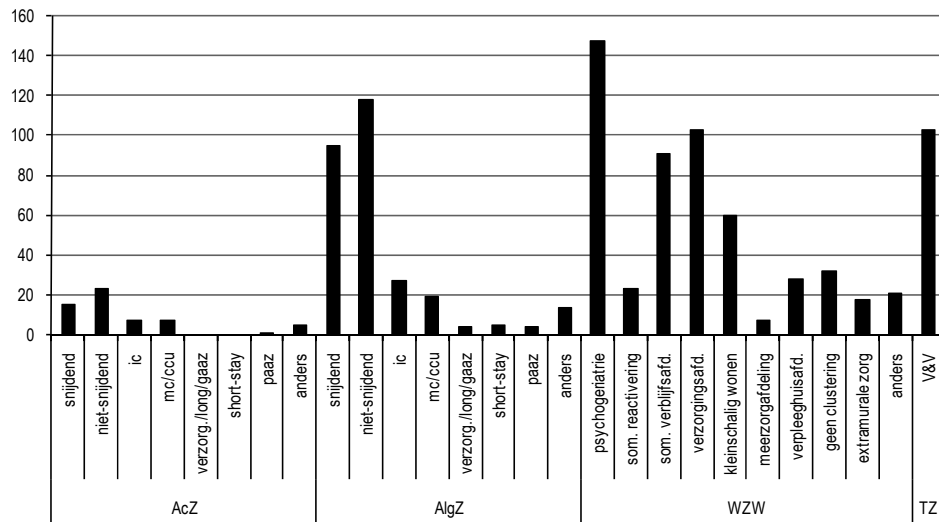
Tabel 2.3 Verdeling naar soort instelling, afdeling en cliënten in 2011 van geselecteerde instellingen

Instelling	Aantal instellingen	Aantal afdelingen	Aantal cliënten geparticipeerd	Respons (%)
Acute sector				
AcZ	4	58	964	98,0
AlgZ	33	296	4.838	98,9
Chronische sector				
WZW	161	530	14.420	98,5
Thuiszorg				
TZ	20	103	4.838	98,4
Totaal	218	987	23.894	98,6

In totaal zijn, na bovengenoemde selectie, gegevens beschikbaar van 23.894 cliënten, verdeeld over 987 afdelingen in 218 instellingen. Dit is 98,6% 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.

KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS



Figuur 2.2 Aantal deelnemende afdelingen per soort in 2011

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 psychogeriatric, verzorgings- en somatische verblijfsafdelingen. In de thuiszorg heeft alleen de categorie verplegen en verzorgen deelgenomen. Het algemene beeld van de deelnemende afdelingen is nauwelijks afwijkend van het beeld in 2010.

2.2 Kenmerken van de cliënten

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

In tabel 2.4 is het percentage vrouwen, de gemiddelde leeftijd, de 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 2011

Kenmerken cliënten	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal cliënten	964	4.838	14.420	3.672	23.894
Geslacht vrouw (%)	48,3	52,3	73,2	70,2	67,5
Gemiddelde leeftijd (SD)*	62,4 (16,8)	67,7 (16,3)	83,3 (8,9)	79,5 (10,6)	78,7 (13,3)
Gemiddelde BMI (SD)	25,6 (5,4)	26,4 (5,7)	25,4 (5,2)	26,8 (5,60)	25,8 (5,3)
Operatie: Ja (%)	31,2	27,0	0,4	1,2	7,2

SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.

BMI = gewicht: lengte²

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Meer dan de helft van de cliënten is vrouw. Bij de acute zorg is het aantal vrouwen en mannen ongeveer gelijk, maar in de chronische zorg en de thuiszorg zijn er beduidend 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 een derde van de cliënten 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 2010 zijn er nauwelijks relevante verschillen met betrekking tot deze kenmerken.

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

Tabel 2.5 Deelnemers met ziektebeelden naar sector in 2011 (%)

	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ
Aantal deelnemers (N)	964	4.838	14.420	3.672
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,0	2,1	3,0	2,3
Infectieziekte	12,4	12,3	1,3	1,6
Kanker	23,7	15,3	8,5	10,2
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	5,9	4,5	6,0	3,5
Diabetes Mellitus	11,3	15,1	19,7	22,6
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	5,6	3,3	3,7	2,2
Psychische stoornis	5,7	5,1	14,1	6,3
Dementie	2,2	2,9	43,1	9,9
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	7,7	7,7	10,8	8,3
Ziekte van oog/oor	3,8	2,5	21,4	14,7
Dwarslaesie	0,2	0,4	0,3	0,6
Ziekte van hart- en vaatstelsel	38,0	38,1	44,8	39,1
CVA/hemiparese	5,7	8,3	19,5	10,6
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	19,1	23,3	14,9	15,8
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	18,7	19,7	12,8	8,7
Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen	14,9	14,3	16,0	9,9
Ziekte van de huid	2,8	2,3	8,0	8,2
Ziekte van bewegingsstelsel	10,8	12,1	31,6	28,8
Congenitale afwijkingen	0,7	0,3	1,3	1,0
Ongevallensel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	4,3	5,2	3,9	3,7
Totale heupvervangning	2,7	3,8	6,2	7,5
Anders	4,3	9,4	7,4	7,9
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	1,0	1,3	0,7	1,8
Activiteiten				
ADL-afhankelijk	27,8	18,8	86,7	55,1
HDL-afhankelijk	18,2	8,1	80,3	44,7

KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

Uit de tabel blijkt dat men in de acute zorg iets minder ziektebeelden heeft dan in de chronische- en de thuiszorg. In vergelijking met afgelopen jaar is alleen in de chronische zorg het aantal ziektebeelden toegenomen (van 2,7 naar 3,0).

Verder blijkt dat in de acute sector de meeste cliënten een ziekte hebben van hart- en vaatstelsel, ademhalingswegen, spijsverteringskanaal of kanker hebben. In de chronische sector komen ook veel cliënten met hart- en vaatziekten voor, evenals dementie en ziekte van het bewegingsstelsel. In de thuiszorg zien we vooral hart- en vaatziekten, ziekte van het bewegingsstelsel en diabetes mellitus. In vergelijking met 2010 zijn er inhoudelijk weinig verschillen in het voorkomen van de ziektebeelden.

ADL- en HDL-afhankelijkheid (afhankelijkheid van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen respectievelijk huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) komen relatief weinig voor in de acute sector, maar zoals te verwachten des te meer in de chronische sector en de thuiszorg, hetgeen ook vergelijkbaar is met 2010.

In tabel 2.6 is de zorgafhankelijkheid van de cliënten weergegeven. Deze is gemeten met de Care Dependency 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 schaafscore 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 2011 (%)*

Zorgafhankelijk	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal cliënten	964	4.838	14.420	3.672	23.894
Volledig	7,8	6,2	16,8	1,3	12,4
In grote mate	8,0	8,5	24,1	5,1	18,6
Gedeeltelijk	10,8	10,7	19,5	12,8	16,9
Beperkt	12,5	15,2	18,2	29,4	19,5
Vrijwel zelfstandig	60,9	59,3	20,8	51,4	32,6

Uit tabel 2.6 wordt duidelijk dat cliënten in de chronische sector het meest zorgafhankelijk zijn, terwijl cliënten in de acute zorg en de thuiszorg het minst zorgafhankelijk zijn. In vergelijking met 2010 hebben er geen noemenswaardige verschuivingen plaatsgevonden.

2.3 Selectie per module

Bovenstaande selectie en beschrijving hebben betrekking op het totale aantal deelnemers. Deze kunnen beschouwd worden als een representatieve steekproef van de Nederlandse cliënten in de betreffende zorgsectoren. Zoals in hoofdstuk 1 beschreven

kunnen instellingen vooraf kiezen welke zorgproblemen men gaat meten. Dit betekent dat van de in paragraaf 2.2 beschreven instellingen niet van alle zorgproblemen gegevens bekend zijn. Mogelijk dat daardoor de representativiteit niet meer gegarandeerd kan worden. In de volgende hoofdstukken zal daarom steeds aangegeven worden of de kenmerken van de instellingen, afdelingen en cliënten afwijken van die beschreven in paragraaf 2.2.

2.4 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 sector WZW en thuiszorginstellingen heeft in 2011 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 de gegevens van afdelingen met een beperkte respons en instellingen en sectoren met een beperkt aantal cliënten 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 geselecteerde instellingen, afdelingen en cliënten een redelijk representatief beeld geven. Wel moet per zorgprobleem bekeken worden of de daaraan deelnemende instellingen nog een representatief beeld geven van het voorkomen het zorgprobleem en de daarvoor toegepaste interventies in Nederlandse zorginstellingen.

2.5 Literatuur

Dijkstra A, LJ Tiesinga, L Plantinga, G Veltman and 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 hoge kosten in de gezondheidszorg. Decubitus doet zich 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 2% tot 28%, en incidenties van 7,2% tot 32,8% (Schlüer et al. 2008; Kottner et al. 2010).

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. De afname moet waarschijnlijk toegeschreven worden aan een samenhang van factoren, zoals verschillen in cliëntkenmerken, verbeterde structuurkenmerken en verbetering van preventie- en/of behandelmethoden (Amir et al. 2011). Aannemelijk is dat de grotere aandacht voor decubitus, mede door de LPZ-metingen, een positief effect heeft gehad op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. 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. 2001; Dassen 2007). Cijfers in de literatuur laten zich echter moeilijk vergelijken en verschillen onderling zijn aanzienlijk, dat veroorzaakt wordt door een veelheid van factoren, zoals wat er gemeten is, hoe er gemeten is, en bij welke populatie. Vandaar dat het belangrijk is met dezelfde methode, dezelfde instrumenten en bij vergelijkbare populaties te meten. Sinds 2001 is deze vergelijking voor decubitus mogelijk met een meting in Duitsland. Deze vergelijking laat zien dat de prevalentie in Nederlandse ziekenhuizen 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).

Sinds 2009 is het ook mogelijk een vergelijking te maken met de prevalentie in Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland (Halfens et al. 2011). Gaan we uit van de

DECUBITUS

prevalentie van decubitus zonder graad 1, die ontstaan is binnen de eigen instelling, en alleen berekend over degenen met een risico op decubitus (zodat vergelijking van de populaties beter mogelijk is) dan blijkt wederom dat in Nederland de hoogste prevalentie voorkomt in zowel de ziekenhuizen als de verpleeghuizen (Halfens et al. 2011). Het belang om jaarlijks de prevalentie te meten en te kijken op welke punten er verbetering mogelijk is, blijft dus actueel.

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-wegdrukbaar 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 blaas 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).

In 2009 zijn door de EPUAP in samenwerking met de NPUAP nieuwe richtlijnen geformuleerd voor de preventie en behandeling van decubitus (EPUAP en NPUAP, 2009). In Nederland wordt momenteel de laatste hand gelegd aan de herziening van de CBO richtlijn door het LEVV, waarbij gebruik wordt gemaakt van de nieuwe richtlijnen van de EPUAP en de NPUAP. Vanaf de meting van 2012 zal de LPZ daarom de nieuwe definitie en gradering gaan gebruiken.

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 & Bergstrom, 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 15 tot 20. In dit onderzoek wordt een ruim afkappunt gehanteerd, namelijk het afkappunt van 20

(Halfens et al. 2000). Dit 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 hoogrisico (een score <15), laag risico (15–20) en geen risico (>20). Deze afkappunten zijn gebaseerd op een studie van Both et al. (2008).

3.3 Kenmerken deelnemers decubitus 2011

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is een selectie toegepast op 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 analyses van dit hoofdstuk.

Van de resterende instellingen heeft driekwart van de instellingen (61,0 %) deelgenomen aan de module decubitus. Alle academische en bijna alle algemene ziekenhuizen hebben deelgenomen, terwijl van de chronische sector ongeveer de helft en van de thuiszorg een vijfde van de instellingen heeft 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 het hebben ondergaan van een operatie beschreven. Deze komen vrijwel overeen met de gegevens vermeld in hoofdstuk 2, tabel 2.4. Deze gegevens zijn ook vergelijkbaar met de gegevens van 2010.

Tabel 3.1 Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem decubitus in 2011

Kenmerken deelnemers	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	4	31	84	4	133
Aantal afdelingen	58	209	295	14	576
Respons (%)	98,0	98,9	98,6	97,8	98,6
Aantal werkelijke deelnemers module Decubitus	964	4.715	8.118	1.010	14.807
Geslacht vrouw (%)	48,3	52,2	72,1	67,4	63,9
Gemiddelde leeftijd (SD)*	62,4 (16,8)	67,7 (16,3)	83,0 (9,2)	78,5 (11,1)	76,5 (14,8)
Gemiddelde BMI + (SD)**	25,6 (5,4)	26,4 (5,7)	25,5 (5,2)	27,1 (5,9)	25,8 (5,4)
Operatie: Ja %	31,2	27,1	0,5	1,7	11,0

* SD= Standaarddeviatie. Dit is de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde

** BMI = gewicht : lengte²

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 2010. Ook dit leverde geen wezenlijke verschillen op.

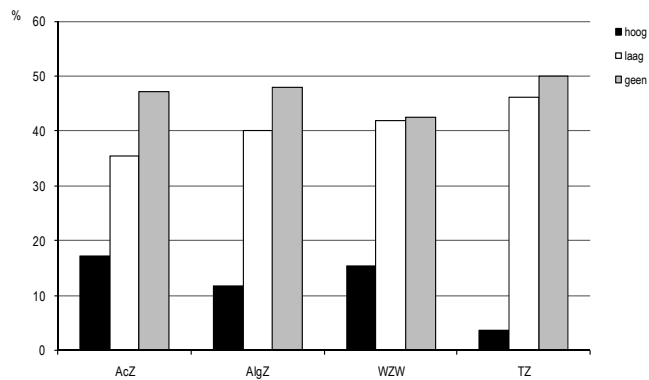
De instellingen die hebben deelgenomen aan de module decubitus kunnen dus als representatief voor alle deelnemers beschouwd worden.

DECUBITUS

3.4 Prevalentie decubitus

3.4.1 Risico op decubitus

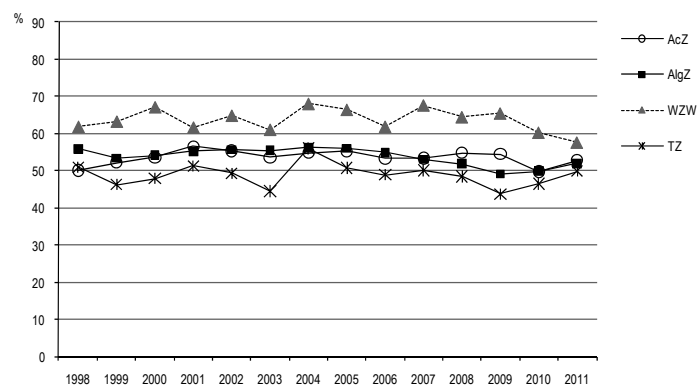
Het risico op decubitus is gemeten met de Bradenschaal. De score op deze schaal loopt van 6 tot 23, waarbij een lage score een hoog risico inhoudt. In figuur 3.1 wordt het risico op decubitus verdeeld in drie categorieën: hoog (score <15), laag (score 15–20) en geen (score >20).



Figuur 3.1 Risico op decubitus verdeeld in drie categorieën in 2011

Uit de figuur blijkt dat het risico in de academische ziekenhuizen het hoogst is, en in de thuiszorg het laagst. In vergelijking met afgelopen jaar is het percentage cliënten met een hoog risico nauwelijks veranderd.

Vergelijken we het risico over meerdere jaren (figuur 3.2), dan zien we dat 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. Wel lijkt dit in de chronische sector iets af te nemen.



Figuur 3.2 Percentage risicocliënten (score <21) op decubitus van 1998–2011 (%)

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

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 2011.

Tabel 3.2 *Verskillende vormen van prevalentie van decubitus in 2011 (%)*

Instelling	Prevalentie	Prevalentie excl. graad 1	Prevalentie excl. graad 1 voor risicocliënten	Nosocomiale prevalentie	Nosocomiale prevalentie excl. graad 1	Nosocomiale prevalentie excl. graad 1 voor risicocliënten
Acute zorg						
AcZ	13,1	8,0	14,0	9,8	6,3	11,2
AlgZ	10,5	5,3	9,3	7,1	3,4	5,9
Chronische zorg						
WZW	7,4	3,3	5,3	5,4	2,1	3,5
Thuiszorg						
TZ	6,1	1,9	3,2	3,8	1,0	1,8
Totaal	8,7	4,1	6,9	6,1	2,7	4,6

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 2011 (%)*

Risico categorieën	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
hoog	26,9	20,1	10,9	8,1	14,7
laag	7,6	6,2	3,2	2,8	4,3
geen	1,3	0,9	0,6	0,6	0,7

In tabel 3.3 is de prevalentie zonder graad 1 uitgesplitst naar de drie categorieën van risico (Bradenschaal). Uiteraard is de prevalentie het hoogst bij cliënten met een hoog risico. Dit jaar is deze prevalentie in vrijwel alle sectoren, met uitzondering van de chronische sector, gedaald. In de academische ziekenhuizen komt bij de hoogrisicocliënten decubitus het vaakst voor, maar wel beduidend minder dan in het afgelopen jaar (26,9 versus 34,4%).

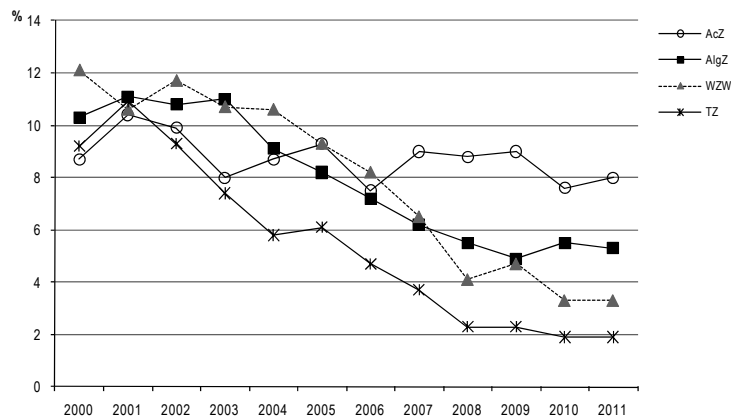
Een belangrijk onderscheid bij de prevalentie van decubitus is of deze binnen de instelling of buiten de instelling is ontstaan. Immers, decubitus die ontstaan is buiten de instelling, is niet verwijtbaar aan de betreffende instelling. Instellingen die zich onderling willen vergelijken kunnen daarom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

DECUBITUS

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 verschillen de prevalenties niet noemenswaardig, met uitzondering van de prevalentie van de hoogrisicopatienten in de academische ziekenhuizen.

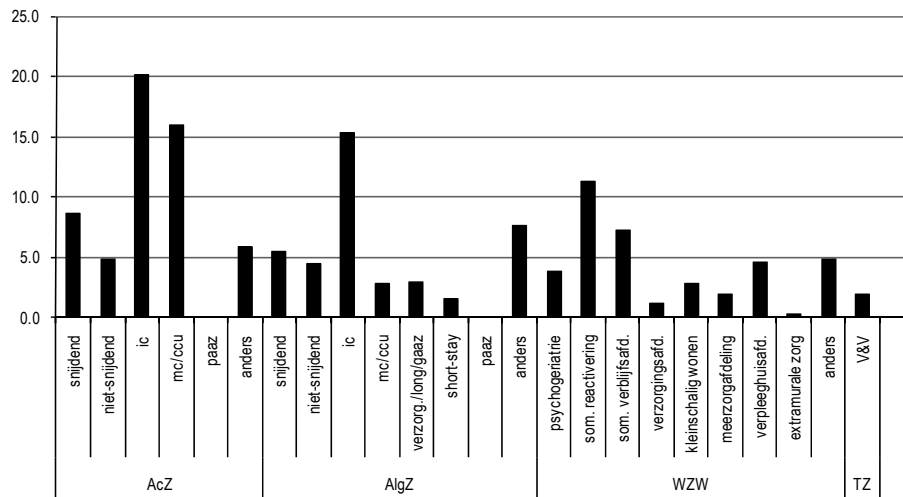
Afgelopen jaren is de prevalentie van decubitus zonder graad 1 in de verschillende sectoren gedaald (zie fig. 3.3), ondanks het feit dat het risico op decubitus in de afgelopen jaren vergelijkbaar bleef. Nu lijkt de prevalentie zich echter te stabiliseren. Er zijn nog wel kleine fluctuaties, maar de duidelijke afname van de jaren vóór 2009 lijken voorbij.



Figuur 3.3 Prevalentie decubitus exclusief graad 1 tussen 1998–2011 (%)

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 op de IC's en de MC/CCU wordt veroorzaakt. Opmerkelijk is wel dat de prevalentie op de IC's is afgenomen, en op de MC/CCU is toegenomen ten opzicht van het vorige jaar.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011



Figuur 3.4 Prevalentie exclusief graad 1 naar soort afdeling in 2011 (%)

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 (5,0 versus 3,6%).

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van cliënten met en zonder decubitus (exclusief graad 1) verschilt niet echt van elkaar (77,6 versus 76,4 jaar). Alleen in de ziekenhuizen zien we dat cliënten met decubitus vaak ouder zijn.

Ziektebeelden

In tabel 3.4 is de prevalentie van decubitus exclusief graad 1 naar ziektebeeld weergegeven. Hier zijn de percentages alleen weergegeven indien meer dan 100 cliënten met hetzelfde ziektebeeld zijn gemeten.

DECUBITUS

Tabel 3.4 Prevalentie decubitus (exclusief graad 1) per ziektebeeld in 2011 (%)

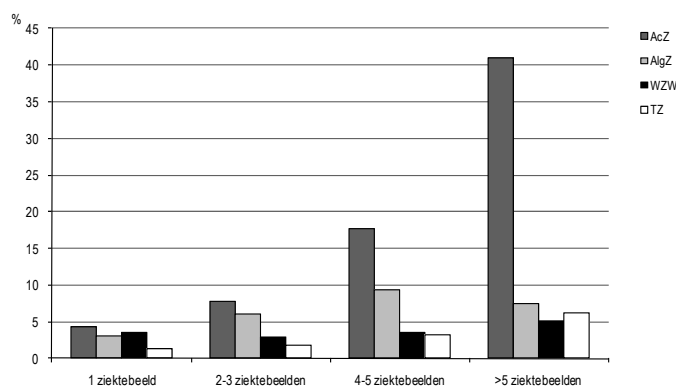
	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal deelnemers (N)	964	4.715	8.118	1.010	14.807
Gemiddelde prevalentie	8,0	5,3	3,3	1,9	4,1
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,0	2,0	2,8	2,2	2,5
Infectieziekte	22,5	9,9	11,0	*	11,7
Kanker	7,5	5,6	3,4	2,1	4,7
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	10,5	3,9	1,9	*	3,3
Diabetes Mellitus	14,7	7,2	4,3	1,5	5,2
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	8,9	3,0	*	5,5
Psychische stoornis	*	3,8	2,8	*	3,6
Dementie	*	9,6	3,3	*	3,5
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	*	5,6	3,2	*	4,5
Ziekte van oog/oor	*	1,7	2,8	0,9	2,7
Dwarslaesie	*	*	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	11,8	6,4	3,5	1,3	4,8
CVA/hemiparese	*	6,1	3,6	2,7	4,1
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	13,6	6,7	2,9	2,3	5,2
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	10,6	6,4	2,5	2,0	4,8
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	10,4	5,4	3,9	1,5	4,7
Ziekte van de huid	*	11,3	5,0	*	5,8
Ziekte van bewegingsstelsel	6,7	5,0	3,0	3,0	3,5
Congenitale afwijkingen	*	*	2,0	*	4,3
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	*	9,9	3,9	*	6,5
Totale heupvervangning	*	6,7	5,9	*	6,0
Anders	*	5,0	5,1	*	4,9
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*	*	2,8
Activiteiten					
ADL-afhankelijk	17,9	11,6	3,7	2,9	4,9
HDL-afhankelijk	20,0	8,6	3,4	2,5	4,0

* als $N < \text{dan } 100$ is hiervan geen waarde opgenomen in de 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. Opmerkelijk is dat de prevalentie bij meer dan 5 ziektebeelden in academische ziekenhuizen beduidend hoger is dan afgelopen jaar (resp. 40,9 versus 25,0) en in algemene ziekenhuizen juist lager (resp. 7,4 versus 12,1). Aangezien het hier slechts om een beperkt aantal cliënten (resp. 22 versus 82) gaat, moet dit met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

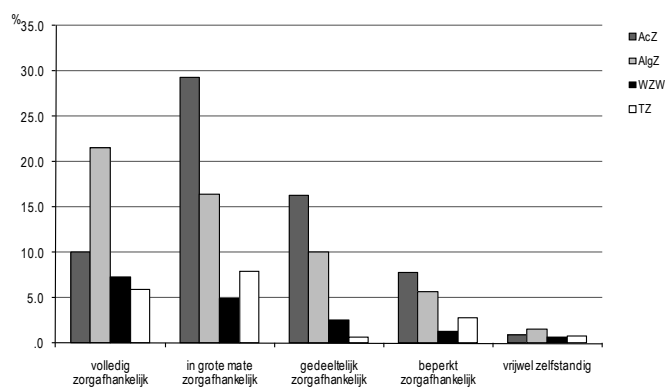
LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011



Figuur 3.5 Prevalentie decubitus exclusief graad 1 naar aantal ziektebeelden in 2011 (%)

Zorgafhankelijkheid

In figuur 3.6 is de prevalentie exclusief graad 1 naar zorgafhankelijkheid weergegeven. Naarmate men meer zorgafhankelijk is, heeft men vaker decubitus. Dit geldt vooral voor de algemene ziekenhuizen, en de chronische sector. In de academische ziekenhuizen en de thuiszorg hebben cliënten die in grote mate zorgafhankelijk zijn vaker decubitus dan cliënten die volledig zorgafhankelijk zijn. Echter ook hier geldt dat het in beide sectoren slechts om een beperkt aantal cliënten gaat, en dit dus met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden.



Figuur 3.6 Prevalentie decubitus exclusief graad 1 naar zorgafhankelijkheid in 2011 (%)

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.

DECUBITUS

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 2011

Instelling	Graad 1	Graad 2	Graad 3	Graad 4	Gemiddeld aantal wonden per cliënt
Acute sector					
AcZ	43,3	38,1	14,4	4,1	1,50
AlgZ	51,5	28,6	14,8	5,1	1,48
Chronische sector					
WZW	50,8	22,7	16,3	10,2	1,32
Thuiszorg					
TZ	70,1	19,5	5,7	4,6	1,32

Uit deze tabel blijkt dat het gemiddeld aantal wonden berekend over alle cliënten met decubitus iets hoger ligt in de acute sector dan in de chronische sector en de thuiszorg, hetgeen vergelijkbaar is met het afgelopen jaar.

Graad 1 komt in 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 het meeste voor in de chronische sector. Dit is ook beduidend hoger dan het afgelopen jaar (resp. 26,5 versus 15,1%). In de thuiszorg zagen we afgelopen jaar een toename, maar deze is nu weer terug op het oude niveau (resp. 18,5 versus 10,3%).

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. De wonden op de hiel zijn wel iets afgenomen in alle sectoren. Dit jaar hebben we voor het eerst ook het gezicht als mogelijke plaats meegenomen. Dit blijkt echter weinig voor te komen, behalve in de academische ziekenhuizen. Verder hebben zich geen duidelijke verschuivingen voorgedaan in vergelijking met het afgelopen jaar.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 3.6 Anatomische locatie wonden in 2011 (%)

Locatie	Acute sector		Chronische sector	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	194	758	947	87	1.986
Stuit	42,3	43,1	31,7	42,5	37,6
Hiel	26,8	29,7	24,9	13,8	26,4
Enkel	3,6	2,4	6,4	10,3	4,8
Elleboog	2,6	4,7	1,6	4,6	3,0
Zitbeen	2,5	2,8	4,6	3,4	3,7
Heupbeen	2,0	1,6	3,4	1,1	2,5
Oor	5,1	5,3	1,7	3,4	3,5
Achterhoofd	0,5	0,5	0,1	0,0	0,3
Gezicht	4,1	0,9	0,1	0,0	0,8
Overig	8,7	5,4	10,4	14,9	8,5

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 2011 (%)

Duur	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	194	758	947	87	1.986
< 2 weken	60,2	58,4	28,2	17,1	43,3
Tussen 2 weken en 3 maanden	32,5	34,7	41,2	34,1	37,3
Tussen 3 en 6 maanden	4,2	3,3	13,4	19,5	8,6
Tussen 6 maanden en 1 jaar	2,6	1,9	7,6	13,4	5,0
> 1 jaar	0,5	1,6	9,6	15,9	5,7

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. 17,2 en 29,3%). In vergelijking met het afgelopen jaar is de duur van de wonden echter in alle sectoren iets korter geworden.

3.6.4 Ontstaan van de wonden

In tabel 3.8 is weergegeven waar de decubituswonden zijn ontstaan.

DECUBITUS

Tabel 3.8 *Ontstaan wonden naar sector in 2011 (%)*

Plaats	Acute sector		Chronische sector	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	194	758	947	87	1986
Onbekend	8,4	7,7	6,3	2,4	6,9
Eigen instelling	75,9	66,0	70,1	68,3	68,9
Andere instelling:					
Ziekenhuis	4,2	5,5	11,3	9,8	8,1
WZW	0,5	5,8	8,3	3,7	6,3
Thuis	9,9	13,7	3,6	9,8	8,6
Anders	1,0	1,4	0,3	6,0	1,2

Uit deze tabel blijkt dat de meeste wonden in de eigen instelling zijn ontstaan. De academische ziekenhuizen kennen het hoogste percentage wonden, welke in de eigen instelling zijn ontstaan. In vergelijking met het afgelopen jaar zijn er geen grote verschillen.

3.6.5 Ervaren pijn door decubitus

In tabel 3.9 is het percentage cliënten weergegeven dat pijn ervaart van de decubituswond.

Tabel 3.9 *Cliënten met decubitusgerelateerde pijn (%) en gemiddelde pijnscore (0–10) en cliënten met een score van 7 of hoger (%) naar sector in 2011*

Instelling	Pijn	Gemiddelde pijn score	Score van 7 of hoger
Acute sector			
AcZ	31,0	4,3	12,6
AlgZ	24,1	4,4	14,3
Chronische sector			
WZW	30,9	5,0	27,6
Thuiszorg			
TZ	32,3	4,9	20,0

Bijna een op de drie cliënten met decubitus heeft decubitusgerelateerde pijn en dit is in vrijwel alle sectoren gelijk. Alleen in de algemene ziekenhuizen is dit iets minder. De gemiddelde score is 5 of lager, terwijl één op de vier cliënten in de chronische sector de pijn een score van 7 of hoger geeft. In de andere sectoren is dit lager.

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 cliënten met een risico op decubitus (Bradenscore < 21). In tabel 3.10 is het gebruik van anti-decubitusmatrassen weergegeven.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 3.10 Anti-decubitusmatrassen bij risicocliënten naar soort instelling in 2011 (%)

Instelling	Airfluidized bed	Low-air-loss bed	Alternierende luchtmatras	Luchtmatras	Oplegmatras	Koud foam matras	Visco-elastisch foam matras	Anders	geen
Acute sector									
AcZ	1,8	0,0	20,6	13,0	0,0	4,9	48,9	2,4	8,4
AlgZ	0,8	4,5	10,0	8,4	0,1	18,4	46,9	3,3	7,6
Chronische sector									
WZW	0,5	0,8	7,3	11,9	1,3	29,8	13,8	6,2	28,4
Thuiszorg									
TZ	0,4	0,4	4,4	0,4	1,0	4,6	4,2	5,9	79,0

Uit deze tabel blijkt dat voor alle soorten instellingen geldt dat een koud-foam of visco-elastisch foam matras het meest gebruikt worden als anti-decubitusmatras. Bij een aantal cliënten wordt een alternierende 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 het afgelopen jaar hebben zich geen grote veranderingen voorgedaan.

In tabel 3.11 zijn de gebruikte anti-decubituskussens weergegeven.

Tabel 3.11 Anti-decubituskussens bij risicocliënten naar soort instelling in 2011 (%)

Instelling	Gelkussen	Luchtkussen	Noppenkussen	Schuimkussen	Anders	Geen	Niet van toepassing
Acute sector							
AcZ	1,2	4,5	0,8	6,3	2,2	20,6	64,4
AlgZ	1,8	1,2	1,8	4,1	1,9	15,8	73,4
Chronische sector							
WZW	7,6	9,2	8,6	13,5	7,2	10,4	43,3
Thuiszorg							
TZ	6,0	3,4	3,6	7,9	2,0	16,5	60,7

Uit deze tabel blijkt dat anti-decubituskussens vooral in de chronische sector gebruikt worden en het schuimkussen het meest wordt gebruikt. Opmerkelijk is dat voor de meeste risicocliënten wordt aangegeven dat een anti-decubituskussen niet van toepassing is. Onduidelijk is wat men hiermee bedoelt. Het lijkt onaannemelijk dat de meeste cliënten bedlegerig zijn. In vergelijking met het afgelopen jaar hebben zich verder geen grote verschuivingen voorgedaan.

In tabel 3.12 zijn de andere gemeten preventieve maatregelen weergegeven.

DECUBITUS

Tabel 3.12 Preventieve maatregelen bij risicopatiënten in 2011 (%)

Zinvolle maatregelen	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Wisselligging	38,9	28,0	15,0	4,4	11,7
Voorkomen tekorten vocht en voeding	45,8	41,9	37,4	18,5	28,7
Voorlichting en instructie	43,6	24,0	17,8	27,0	18,6
Hielen vrijleggen	39,3	21,7	19,9	7,5	12,4
Hielbeschermers	1,2	6,1	5,1	2,4	3,2
Elleboogbeschermers	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1
Crème bescherming huid	36,0	12,7	38,1	36,7	19,7
Minder-zinvolle maatregelen					
Schapenvacht	0,2	0,2	0,7	2,6	0,4

Met uitzondering van de algemene ziekenhuizen lijkt het gebruik van zinvolle maatregelen iets toegenomen te zijn, vooral in de academische ziekenhuizen. 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 uit nieuw onderzoek blijkt dat de inzet van een Australisch schapenvacht wel zinvol is (Mistiaen et al, 2010).

3.8 Behandeling van decubitus

De volgende tabellen geven een weergave van de behandeling van decubituswonden. In de tabellen 3.13 tot en met 3.16 worden de wondbedekkingen per graad weergegeven.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 3.13 Wondbedekking graad 1 naar soort instelling in 2011 (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	84	390	469	61	1.004
Droog	6,0	7,9	12,6	11,5	10,2
Alginaat	0,0	0,0	1,1	0,0	0,5
Folie	1,2	1,3	3,2	3,3	2,3
Hydrocolloïd	8,3	1,0	2,3	8,2	2,7
Hydrogel	0,0	0,0	0,6	1,6	0,4
Schuimverband	3,6	4,1	5,1	19,7	5,5
Vette gazen	0,0	0,3	1,7	0,0	0,9
Vacuümpomp	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Anti-bact. verbanden (zilverband)	0,0	0,3	1,9	0,0	1,0
Anti-bact. verbanden en zelfgazen	2,4	0,8	4,9	8,2	3,3
Hydrofiber	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Overig	13,1	9,7	14,3	16,4	12,5
Geen	65,5	74,4	52,0	31,1	60,6

Uit tabel 3.13 blijkt dat graad 1 meestal niet, of droog, bedekt wordt.

Tabel 3.14 Wondbedekking graad 2 naar soort instelling in 2011 (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	74	216	188	16	494
Droog	12,2	11,6	11,2	0,0	11,1
Alginaat	1,4	4,2	2,7	12,5	3,4
Folie	0,0	1,4	4,3	6,3	2,4
Hydrocolloïd	5,4	7,9	3,7	12,5	6,1
Hydrogel	0,0	1,9	1,6	0,0	1,4
Schuimverband	35,1	25,5	12,8	18,8	21,9
Vette gazen	0,0	7,9	9,0	6,3	7,1
Vacuümpomp	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anti-bact. verbanden (zilverband)	1,4	0,5	2,1	0,0	1,2
Anti-bact. verbanden en zelfgazen	2,7	1,4	6,4	6,3	3,6
Hydrofiber	0,0	1,4	1,1	0,0	1,0
Overig	6,8	10,6	24,5	25,0	15,8
Geen	35,1	25,9	20,7	12,5	24,9

In tabel 3.14 zijn de wondbedekkingen voor graad 2 weergegeven. In de meeste gevallen is er iets op de wond gedaan, zoals een schuimverband of hydrocolloïd. In vergelijking met het afgelopen jaar zijn er geen grote verschuivingen.

DECUBITUS

Tabel 3.15 Wondbedekking graad 3 naar soort instelling in 2011 (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	28	106	112	3	249
Droog	25,0	8,5	5,4	33,3	9,2
Alginaat	0,0	6,6	14,3	0,0	9,2
Folie	0,0	0,0	1,8	0,0	0,8
Hydrocolloid	7,1	5,7	4,5	0,0	5,2
Hydrogel	7,1	3,8	7,1	0,0	5,6
Schuimverband	21,4	41,5	25,0	0,0	31,3
Vette gazen	3,6	3,8	3,6	0,0	3,6
Vacuümpomp	0,0	1,9	0,9	0,0	1,2
Anti-bact. verbanden (zilverband)	7,1	3,8	7,1	33,3	6,0
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	7,1	3,8	11,6	0,0	7,6
Hydrofiber	0,0	1,9	0,9	0,0	1,2
Overig	0,0	3,8	12,5	33,3	7,6
Geen	21,4	15,1	5,4	0,0	11,2

Bij graad 3 (tabel 3.15) wordt meestal een wondbedekking gebruikt, vooral een schuimverband.

Tabel 3.16 Wondbedekking graad 4 naar soort instelling in 2011 (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal wonden	5	19	35	2	61
Droog	0,0	10,5	11,4	0,0	9,8
Alginaat	20,0	10,5	17,1	0,0	14,8
Folie	0,0	0,0	2,9	0,0	1,6
Hydrocolloid	0,0	0,0	5,7	0,0	3,3
Hydrogel	0,0	10,5	2,9	0,0	4,9
Schuimverband	20,0	15,8	8,6	0,0	11,5
Vette gazen	0,0	0,0	8,6	0,0	4,9
Vacuümpomp	20,0	15,8	0,0	0,0	6,6
Anti-bact. verbanden (zilverband)	0,0	5,3	5,7	0,0	4,9
Anti-bact. verbanden en zalfgazen	0,0	21,1	20,0	0,0	18,0
Hydrofiber	0,0	0,0	2,9	0,0	1,6
Overig	0,0	0,0	14,3	100,0	11,5
Geen	40,0	10,5	0,0	0,0	6,6

De gegevens over de wondbedekkingen bij graad 4 zijn weergegeven in tabel 3.16. 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 3.17 zijn de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau weergegeven.

Tabel 3.17 Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau per soort instelling in 2011 (%) (n=133)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	4	31	84	4	133
Decubituscommissie	100,0	96,8	91,7	100,0	93,5
Preventie/behandel protocol	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Up-to-date houden protocol	100,0	96,8	100,0	100,0	99,2
Graad 2 en hoger melden centraal persoon	75,0	71,0	82,1	75,0	78,9
Centrale registratie aantal cliënten met decubitus	50,0	83,9	82,1	75,0	81,3
Beheersprotocol op instellings- en afdelingsniveau	100,0	100,0	89,3	100,0	92,7
Bijscholing	100,0	93,5	92,9	100,0	93,5
Informatiebrochure	100,0	96,8	58,3	75,0	69,9
Standaard overdracht binnen zorgketen	100,0	67,7	82,1	50,0	78,0

Uit deze tabel blijkt dat aan de meeste kwaliteitsindicatoren wordt voldaan. Alleen aan het centraal melden van decubitus graad 2 en hoger, centrale registratie van het aantal cliënten met decubitus, de aanwezigheid van een informatiebrochure en een standaard overdracht binnen de zorgketen wordt niet overal voldaan.

Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 3.18 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven.

Tabel 3.18 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau in 2011 (%) (n=576)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg		Chronische zorg	Thuiszorg	Totaal
	AcZ	AlgZ	WZW	TZ	T
Aantal afdelingen	58	209	295	14	576
Gespecialiseerde decubitus-verpleegkundige	100,0	94,1	96,6	100,0	95,9
Monodisciplinair overleg	82,8	78,8	100,0	100,0	89,1
Multidisciplinair overleg	74,1	56,9	99,0	85,7	77,9
Controle werken volgens protocol/richtlijn	91,4	89,6	98,6	100,0	94,0
Risico vastleggen	75,9	83,0	83,3	100,0	82,8
Handelingen vastleggen	82,8	91,0	100,0	100,0	94,5
Levertermijn geïndiceerde materialen	82,8	97,9	97,3	100,0	96,3
Informatiebrochure	39,7	28,1	28,0	42,9	29,4
Standaard overdracht binnen zorgketen	84,5	87,5	83,6	28,6	84,2

DECUBITUS

Ook op afdelingsniveau blijkt dat aan de meeste kwaliteitsindicatoren tegenwoordig wordt voldaan. Evenals vorige jaren springt het beschikbaar hebben van een informatiebrochure er negatief uit, ondanks dat op instellingsniveau aangegeven wordt dat deze wel beschikbaar is. Opmerkelijk is dat op afdelingsniveau in de thuiszorg wordt gemeld dat er standaard geen overdracht plaatsvindt over decubitus van de cliënt, terwijl hierover op instellingsniveau wel beleid is.

3.10 Conclusies

De laatste jaren is de prevalentie van decubitus gedaald. Op dit moment lijkt er echter toch sprake van een stabilisatie. De prevalentie van decubitus zonder graad 1 bedraagt nu, evenals afgelopen jaar, gemiddeld 3,9 %. Ook in de afzonderlijke sectoren zijn geen echte veranderingen geconstateerd. In de academische ziekenhuizen komen relatief de meeste cliënten met decubitus voor, vooral op de IC's. Echter, net als vorig jaar, is ook dit jaar de prevalentie op de IC's gedaald, wat echter ten koste is gegaan van de prevalentie op de MC/CCU.

De meeste decubitus komt nog steeds voor op de stuit en de hielen en betreft graad 1. De meest ernstige vormen van decubitus (graad 3 en 4) komen het vaakst voor in de chronische sector. Dit is zelfs toegenomen dit jaar. De duur van de wonden is iets korter geworden. Dit jaar is voor het eerst gevraagd of de cliënten met decubitus ook decubitusgerelateerde pijn hebben. Gemiddeld ervaart één op de drie cliënten met decubitus pijn, met een gemiddelde score tussen 4,3 en 5,0 op een tienpuntsschaal.

Decubitus komt relatief veel voor bij cliënten met meerdere ziektebeelden, met een grotere zorgafhankelijkheid 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.

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 wisselgigging, om uiteindelijk de genomen maatregel te evalueren en eventueel bij te stellen. 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-decubitusmatras 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 praktische redenen beduidend minder. Anti-decubituskussens worden vrijwel alleen in de chronische sector gebruikt.

Het gebruik van zinvolle maatregelen lijkt verder toegenomen, vooral in de academische ziekenhuizen. Bij bijna 40 % van de cliënten met een risico op decubitus wordt in de academische ziekenhuizen wisselrigging toegepast. In de chronische zorg en de thuiszorg wordt dit beduidend minder gedaan.

In vrijwel alle instellingen zijn de meer structurele indicatoren op orde. Men heeft 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 op bijna alle afdelingen plaatsvindt. Nog steeds blijken er verschillen te zijn tussen instellingen en afdelingen. In tegenstelling tot hetgeen op instellingsniveau wordt beweerd, wordt door de meeste afdelingen aangegeven dat ze geen informatiebrochure over decubitus hebben.

Samenvattend kunnen we concluderen dat er een zekere mate van stabilisatie heeft plaatsgevonden, waardoor het lijkt dat we het optimale punt bereikt hebben. Of dit zo is, zal de toekomst uitwijzen.

3.11 Aanbevelingen

Het gaat goed met de preventie en behandeling van decubitus. Dat betekent niet dat we achterover kunnen leunen. Op punten is nog degelijk winst te boeken. Bovendien is voldoende bekend dat zodra de aandacht voor decubitus afneemt, de prevalentie weer stijgt. Vandaar dat de kwaliteitsverbetering van de decubituszorg een continu proces moet zijn, waarbij aandacht gecreëerd wordt door het inzichtelijk maken van het voorkomen van decubitus (bijvoorbeeld via de prevalentieonderzoeken van de LPZ), voldoende bijscholing te geven, maar ook door controle van de zorg, of nog steeds de afgesproken maatregelen toegepast worden.

3.12 Literatuur

- Amir Y, J Meijers and RJG Halfens (2011). Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001. *Journal of Wound Care*; 20(1): 18–25.
- Bours GJJW, T Defloor, S Wansink and 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 and 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 Prevalenzen*. Berlin: Charité, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- 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.

DECUBITUS

- 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.
- Halfens RJG, JMGA Schols, S Bartholomeyczik, S Reuter, S Saxer, C Lohrmann, C Schonherr and J Weststrate (2011) *International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ): 2009–2010 At a glance*. Datawyse, Maastricht.
- Kottner J, D Wilborn and T Dassen (2010). Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: A literature review and new empirical data. *International Journal of Nursing Studies* 47, 1330–1340
- Mistiaen P, A Ament, W Achterberg, RJG Halfens, J Huizinga, H Post en A Francke (2010). Effecten en kosten van de Australische medische schapenvacht. *WCS Nieuws*, 26(1): 40–1.
- Schlüter 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 and 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 and 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). Ook 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). Daarnaast toont onderzoek aan dat incontinentie een negatieve invloed heeft op de psychologische last van mantelzorgers (Gotoh et al. 2009).

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 september 2010 is de nieuwe richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' verschenen. Deze richtlijn is ontwikkeld door het kenniscentrum LEVV en is bestemd voor de care-sector voor cliënten van 65 jaar of ouder. De aanbevelingen in deze richtlijn gaan over diagnosticering, behandeling en de specifieke verpleeg- en verzorginterventies bij incontinentie (V&VN & LEVV 2010).

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2011 op het gebied van incontinentie weergegeven. Eerst zal de definitie worden besproken. Vervolgens zullen de kenmerken van de deelnemers aan het zorgprobleem incontinentie worden beschreven 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 maat-

INCONTINENTIE

regelen worden toegelicht. Tot slot wordt aan de hand van gemeten kwaliteitsindicatoren het beleid ten aanzien van incontinentie in de deelnemende gezondheidszorginstellingen beschreven.

4.2 Definities

Binnen de LPZ worden onderstaande definities voor incontinentie gehanteerd:

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 aandrangincontinentie, 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 2011

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 2011 hebben slechts twee thuiszorginstellingen deelgenomen aan deze module. Gezien dit geringe aantal worden de resultaten van de thuiszorg niet opgenomen in dit hoofdstuk. Het aantal deelnemende instellingen binnen de chronische sector en binnen de algemene ziekenhuizen is in vergelijking met 2010 licht gedaald.

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

Tabel 4.1 *Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem incontinentie in 2011*

Kenmerken deelnemers	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal instellingen	11	52	63
Aantal afdelingen	100	168	268
Respons (%)	99,0%	99,0%	99,0%
Aantal werkelijke deelnemers module Incontinentie	1.602	5.034	6.636
Geslacht vrouw (%)	54,2	73,7	69,0
Gemiddelde leeftijd (SD)*	67,2 (17,0)	83,7 (8,6)	79,7 (13,3)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,7 (5,6)	25,3 (5,2)	25,5 (5,3)
Operatie: Ja (%)	27,4	0,4	6,9

* SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen: de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.

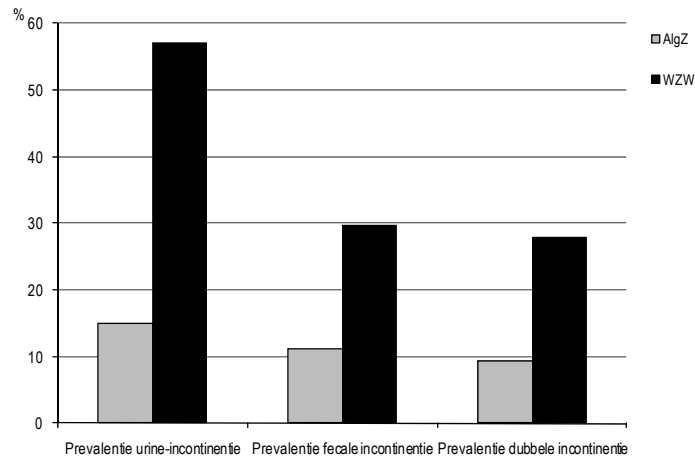
** BMI = gewicht : lengte²

In totaal hebben 63 instellingen met 6.636 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.

INCONTINENTIE

4.4 Prevalentie incontinentie

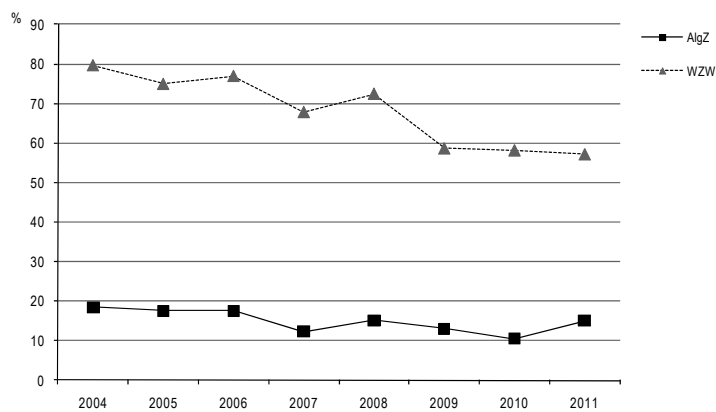
In figuur 4.1 is de prevalentie van urine-, fecale en dubbele incontinentie weergegeven.



Figuur 4.1 Prevalentie urine-, fecale- en dubbele incontinentie in 2011 (%)

Uit deze figuur blijkt dat in de chronische zorg urine- en fecale incontinentie beduidend vaker voorkomen dan in de acute sector. Bijna 60% van de cliënten binnen de chronische sector heeft last van urine-incontinentie. De prevalentie van 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 2004–2011.

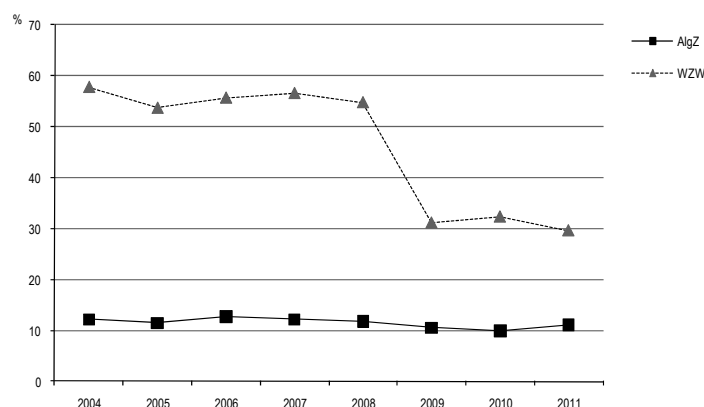


Figuur 4.2 Prevalentie urine-incontinentie 2004–2011 (%)

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Uit figuur 4.2 blijkt dat na een forse daling in de chronische sector in 2009, ook in 2010 en 2011 de prevalentie van urine-incontinentie verder daalt. In de algemene ziekenhuizen daarentegen is sprake van een lichte stijging.

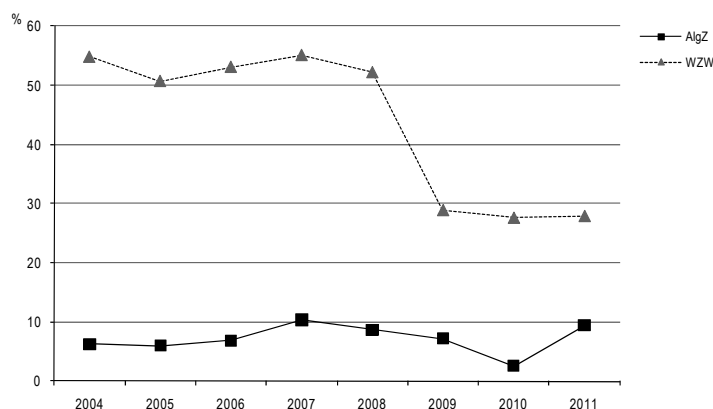
In figuur 4.3 is de prevalentie van fecale incontinentie weergegeven voor de periode 2004–2011.



Figuur 4.3 Fecale incontinentie 2004–2011 (%)

Na de sterke daling in 2009 in de chronische sector is de prevalentie van fecale incontinentie redelijk stabiel gebleven. De lichte daling in de algemene ziekenhuizen sinds 2006 is dit jaar teniet gedaan door een lichte stijging.

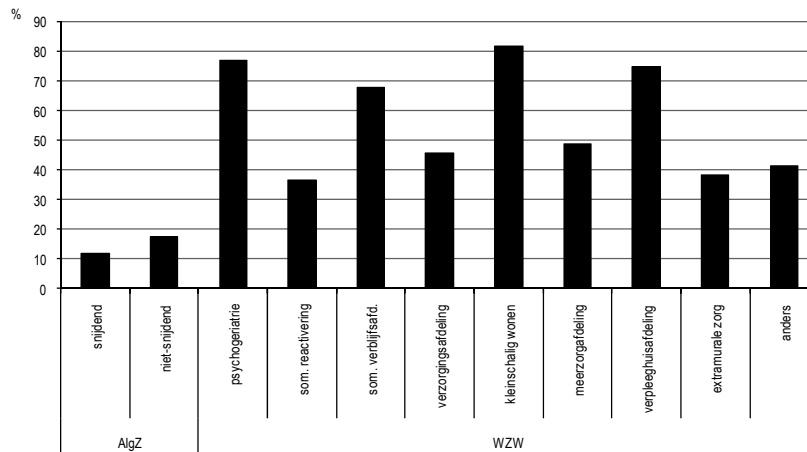
Uit figuur 4.4 blijkt dat in de chronische sector de prevalentie van dubbele incontinentie in 2011 ten opzichte van 2010 nagenoeg gelijk is gebleven. In de algemene ziekenhuizen is, na een licht dalende trend sinds 2007, in 2011 weer sprake van een lichte stijging van de prevalentie.



Figuur 4.4 Dubbele incontinentie 2004–2011 (%)

INCONTINENTIE

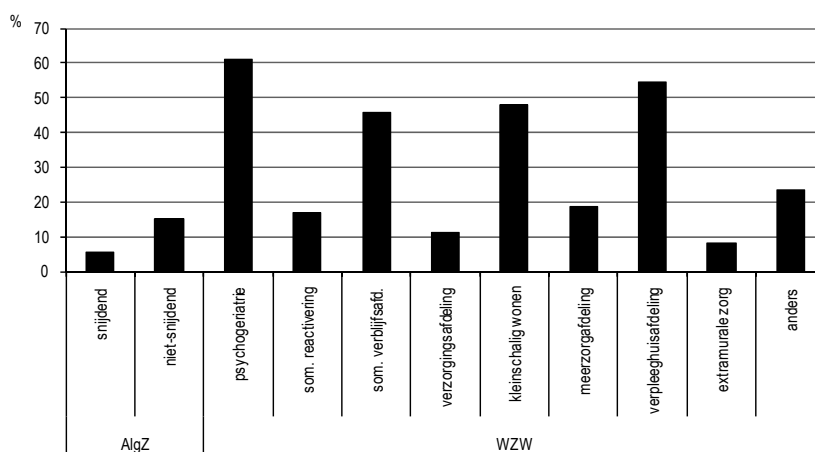
In figuur 4.5 is de prevalentie van urine-incontinentie per soort afdeling weergegeven. Alleen afdelingen met 100 of meer cliënten zijn hier weergegeven.



Figuur 4.5 Prevalentie urine-incontinentie naar soort afdeling in 2011 (%)

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 psychogeriatric 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 psychogeriatric afdelingen, kleinschalig wonen en de verpleeghuisafdelingen.



Figuur 4.6 Prevalentie fecale incontinentie naar soort afdeling in 2011 (%)

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. 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 cliënten met dementie of CVA/hemiparese in de chronische sector. In de algemene ziekenhuizen zijn het met name cliënten met Diabetes Mellitus die incontinent van urine zijn. Verder zijn er per sector geen grote verschillen tussen de verschillende ziektebeelden.

Tabel 4.2 Prevalentie urine-incontinentie per ziektebeeld in 2011 (%)

	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal deelnemers (N)	1.602	5.034	6.636
Gemiddelde prevalentie	15,0	57,1	47,9
Ziektebeelden			
Infectieziekte	16,0	*	26,3
Kanker	15,3	56,5	43,7
Endocriene- voedings- of stofwisselingsziekte	*	64,7	59,4
Diabetes Mellitus	24,4	62,0	55,3
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	65,1	54,7
Psychische stoornis	*	61,0	58,7
Dementie	*	71,9	71,5
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	*	64,6	56,2
Ziekte van oog/oor	*	59,2	58,4
Dwarslaesie	*	*	
Ziekte van hart- en vaatstelsel	17,1	57,3	50,0
CVA/hemiparese	*	70,0	66,3
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	14,3	54,6	42,9
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	15,9	58,1	44,4
Ziekte van nier/urinewegen/geslachtsorganen	24,1	66,1	56,8
Ziekte van de huid	*	58,0	55,4
Ziekte van bewegingsstelsel	21,4	60,9	56,8
Congenitale afwijkingen	*	*	
Ongevalltse(s) en ongewenste gevolgen ongeval	*	62,8	52,1
Totale heupvervangning	*	65,3	57,7
Anders	9,8	54,8	41,2
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	36,6

INCONTINENTIE

	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Activiteiten			
ADL-afhankelijk	34,2	62,5	61,4
HDL-afhankelijk	*	58,6	58,0

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

In tabel 4.3 is te zien dat de hoogste prevalentie van fecale incontinentie voorkomt bij dementie in de chronische sector. Binnen de algemene ziekenhuizen zijn het met name de cliënten met een CVA/hemiparese die incontinent van ontlasting zijn. Verder is een vergelijkbaar patroon te zien als bij urine-incontinentie.

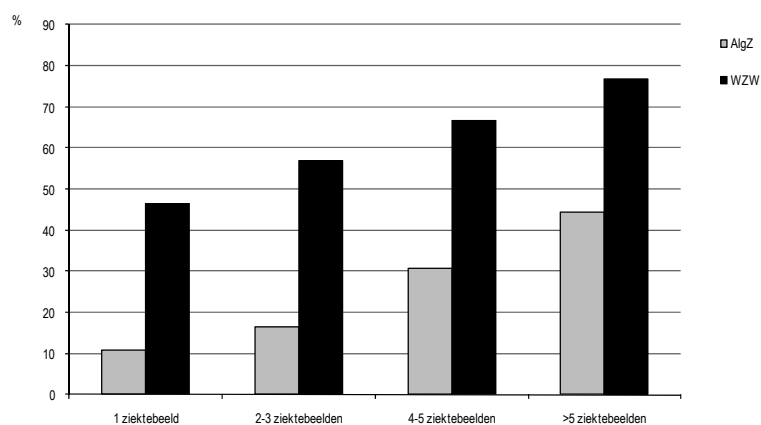
Tabel 4.3 Prevalentie ontlastingsincontinentie per ziektebeeld in 2011 (%)

	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal deelnemers (N)	1.602	5.034	6.636
Gemiddelde prevalentie	11,1	29,6	25,1
Ziektebeelden			
Infectieziekte	20,6	*	25,3
Kanker	9,5	29,8	22,9
Endocriene- voedings- of stofwisselingsziekte	*	29,4	25,4
Diabetes Mellitus	16,7	33,4	29,9
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	36,8	30,2
Psychische stoornis	*	31,8	31,1
Dementie	*	48,7	48,4
Ziekte van het zenuwstelsel. excl. CVA	18,3	35,1	31,7
Ziekte van oog/oor	*	29,0	28,3
Dwarslaesie	*	*	
Ziekte van hart- en vaatstelsel	9,0	26,3	22,7
CVA/hemiparese	23,7	43,1	40,9
Ziekte van ademhalingswegen; inclusief neus, tonsillen	13,7	23,8	20,5
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	14,8	35,9	28,3
Ziekte van nier/urinewegen/geslachtsorganen	11,3	35,4	29,3
Ziekte van de huid	*	33,8	32,5
Ziekte van bewegingsstelsel	9,5	28,1	25,9
Congenitale afwijkingen	*	*	
Ongevalltelsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	*	36,7	29,5
Totale heupvervangning	*	37,2	31,9
Anders	8,7	26,4	21,0
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	11,0
Activiteiten			
ADL-afhankelijk	27,5	34,2	33,9
HDL-afhankelijk	31,4	32,1	32,1

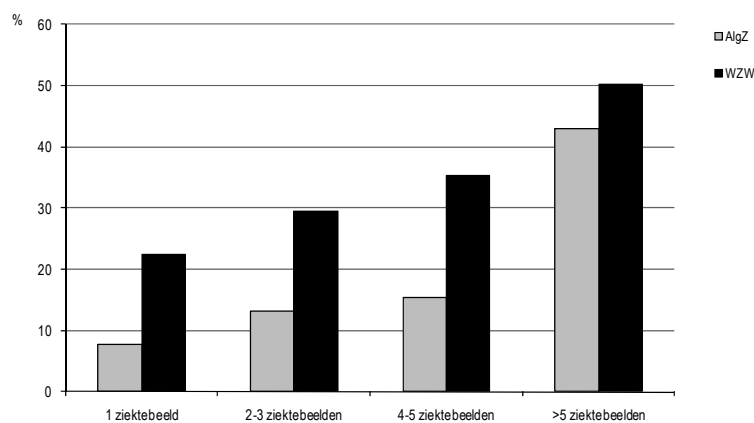
* als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in de tabel.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

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 gelijkheid met de fecale incontinentie.



Figuur 4.7a Prevalentie urine-incontinentie in relatie tot het aantal ziektebeelden in 2011 (%)



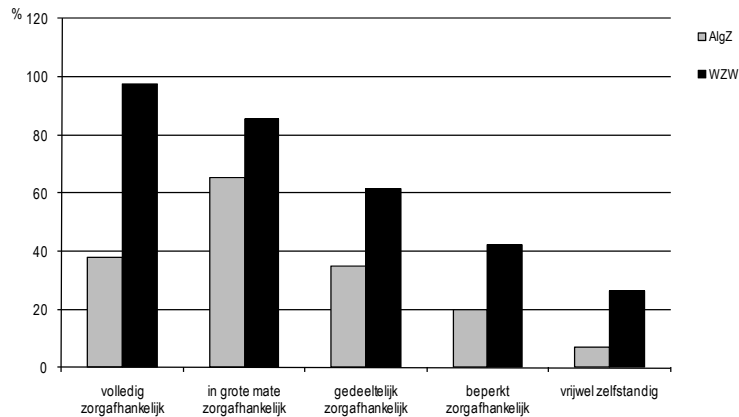
Figuur 4.7b Prevalentie fecale incontinentie in relatie tot het aantal ziektebeelden in 2011 (%)

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 beide sectoren.

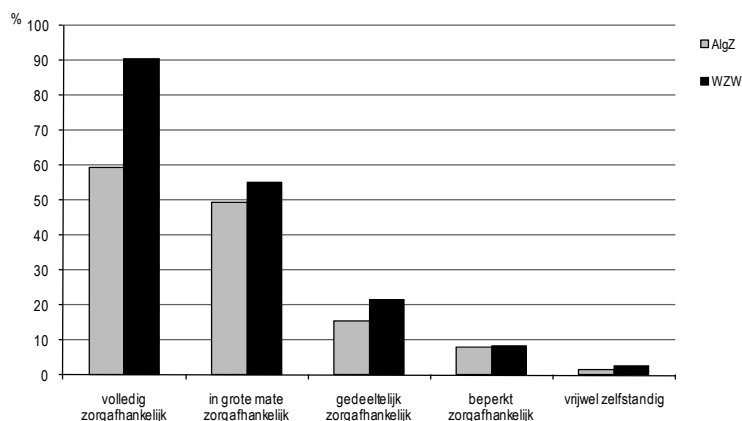
Uit tabel 4.2 en 4.3 bleek al dat cliënten die ADL- of HDL-afhankelijk zijn over het algemeen vaker incontinent zijn. Meer gedifferentieerd is dit te zien in figuur 4.8a en 4.8b. Hierin is de mate van zorgafhankelijkheid afgezet tegen incontinentie. Uit figuur 4.8a blijkt dat met een stijgende zorgafhankelijkheid de prevalentie van urine-incontinentie toeneemt binnen de chronische sector. Binnen de algemene ziekenhuizen geldt dit ook, met uitzondering van de categorie 'volledig afhankelijk' waar weer sprake is van

INCONTINENTIE

een daling in prevalentie. Uit figuur 4.8b blijkt dat naarmate men meer afhankelijk is van zorg, de prevalentie van fecale incontinentie hoger wordt. Een figuur met dubbele incontinentie is weggelaten omdat deze sterk vergelijkbaar is met de fecale incontinentie.



Figuur 4.8a Prevalentie urine-incontinentie naar zorgafhankelijkheid in 2011 (%)



Figuur 4.8b Prevalentie fecale incontinentie naar zorgafhankelijkheid in 2011 (%)

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.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 4.4 Vormen urine-incontinentie in 2011 (%)

Vormen	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Totaal aantal cliënten met urine-incontinentie (N)	198	2.707	2.905
Stressincontinentie	6,1	8,5	8,3
Aandrangincontinentie	3,0	7,4	7,1
Gemengde incontinentie (met name stress)	2,5	3,2	3,1
Gemengde incontinentie (met name aandrang)	4,0	6,8	6,6
Functionele incontinentie	3,0	30,7	28,8
Overloopincontinentie	0,5	1,1	1,1
Totale incontinentie	11,1	17,7	17,2
Niet vastgesteld	69,7	24,6	27,7

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 2010 zijn er met name in de chronische sector maar ook in de algemene ziekenhuizen wel meer cliënten gediagnosticeerd. Meestal worden in de chronische sector functionele en totale incontinentie gediagnosticeerd. In de algemene ziekenhuizen gaat het in de meeste gevallen om totale incontinentie.

De meerderheid van de cliënten in de algemene ziekenhuizen en in de chronische sector verliest een hele plas urine.

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

Tabel 4.5 Verlies van urine in 2011 (%)

Soorten urineverlies	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Overdag	10,6	4,5	4,9
's Nachts	8,6	9,6	9,6
Overdag en 's nachts	80,8	85,9	85,5

Uit deze tabel blijkt dat het in de meeste gevallen gaat om urineverlies zowel overdag als 's nachts, wat vergelijkbaar is met het 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 door de specialist of de huisarts zijn gesteld. In de chronische sector is de diagnose meestal door een verpleeghuisarts of huisarts gesteld. Voor beide sectoren geldt dat de incontinentieverpleegkundige slechts weinig diagnoses stelt.

INCONTINENTIE

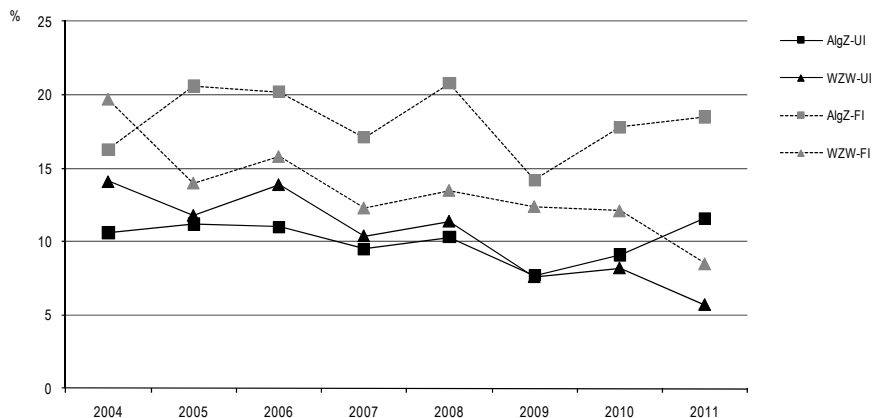
Tabel 4.6 Door wie is de diagnose gesteld; 2011 (%)

	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Totaal aantal gestelde diagnoses (N)	59	2.029	2.088
Huisarts	35,6	37,4	37,4
Uroloog of gynaecoloog	42,4	2,0	3,1
Incontinentie verpleegkundige	5,1	4,8	4,8
Verpleeghuisarts	11,9	55,7	54,5

4.6 Incontinentieletsels

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

In figuur 4.9 zijn de prevalenties van incontinentieletsel weergegeven voor de periode 2004 tot en met 2011.



Figuur 4.9 Prevalentie incontinentieletsel 2004–2011 (%)

UI = letsels door urine-incontinentie

FI = letsels door fecale incontinentie

In 2011 is in de algemene ziekenhuizen sprake van een stijging van het percentage incontinentieletsels. Dit geldt met name voor de cliënten met urine-incontinentie. In de chronische sector daarentegen is zowel voor cliënten met urine-incontinentie als voor cliënten met fecale incontinentie sprake van een daling in incontinentieletsels. De meeste incontinentieletsels komen voor in de algemene ziekenhuizen bij cliënten met fecale incontinentie.

4.7 Maatregelen bij urine-incontinentie

Tabel 4.7 laat zien welke maatregelen worden toegepast bij incontinentie in de verschillende sectoren. Evenals in 2010 worden wegwerp absorberend verband en wasbaar absorberend verband nu als één categorie beschouwd. Dit geldt ook voor de wegwerp- 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 2011 (%)

Maatregelen	Acute zorg	Chronische Zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Wegwerp/wasbaar absorberend verband	51,0	72,9	71,4
Wegwerponderbroeken/pants	31,3	31,6	31,6
Wegwerp/wasbare onderleggers	17,7	21,3	21,0
Naar toilet op gezette tijden op individuele basis	12,6	35,3	33,7
Naar toilet op gezette tijden op afdelingsbasis	5,6	9,1	8,8
Aanpassingen omgeving	1,5	1,4	1,4
Aangepaste/gemakkelijke kleding	6,6	6,1	6,2
Medicatie	2,0	1,9	1,9
Evaluatie van medicatie	1,5	1,4	1,4
Blaastraining/bekkenbodempieroefeningen/ontspanningspieroefeningen	5,6	0,8	1,1
Anders	10,1	3,0	3,4
Geen maatregelen (bijvoorbeeld i.v.m. kathetergebruik)	6,6	0,6	1,0

De toegepaste maatregelen in 2011 komen sterk overeen met de maatregelen zoals die zijn toegepast in 2010. Uit tabel 4.7 blijkt dat het wegwerp/wasbaar absorberend verband het meeste gebruikt wordt. Ook wegwerponderbroeken en pants zijn maatregelen die veelvuldig worden toegepast in de algemene ziekenhuizen en de chronische sector. Daarnaast wordt in de chronische sector ruim een op de drie cliënten op vaste tijden naar het toilet gebracht (op individuele basis).

Maatregelen als aanpassen van omgeving en kleding, medicatie, evaluatie van medicatie, blaastraining of bekkenbodempier- of ontspanningsspieroefeningen worden vrijwel niet toegepast.

Huidverzorging

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

INCONTINENTIE

Tabel 4.8 Huidverzorging bij incontinentie cliënten in 2011 (%)

Instelling	Urine-incontinentie	Fecale incontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AlgZ	20,2	45,5	45,7
Chronische zorg			
WZW	34,8	47,8	49,0
Totaal			
Totaal	33,8	47,6	48,6

Uit tabel 4.8 blijkt dat bij minder dan de helft van de incontinentie cliënten aan preventieve huidverzorging wordt gedaan. Dit geldt met name voor cliënten met urine-incontinentie. 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 incontinentie 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 2011 (%)

Instelling	Urine-incontinentie	Fecale incontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AlgZ	87,0	90,9	90,3
Chronische zorg			
WZW	88,3	89,7	89,6
Totaal			
Totaal	88,1	89,9	89,7

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 2011 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Chronische Zorg
	AlgZ	WZW
Aantal instellingen (N)	11	52
Protocol	54,5	76,9
Controle werken volgens protocol	54,5	73,1
Verantwoordelijke die protocol up-to-date houdt	45,5	76,9
Beheersprotocol	81,8	78,8
Incontinentie-verpleegkundige	81,8	50,0
Bijscholing	72,7	76,9

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Uit tabel 4.10 blijkt dat ongeveer driekwart van de instellingen binnen de chronische sector gebruikt maakt van een protocol. Ook wordt in deze instellingen gecontroleerd of gewerkt wordt volgens protocol en is er een verantwoordelijke die het protocol up-to-date houdt. Wat betreft de algemene ziekenhuizen worden deze kwaliteitsindicatoren bij ongeveer de helft van de instellingen toegepast.

In de meeste instellingen binnen de acute en de chronische zorg wordt gebruikt gemaakt van een beheersprotocol voor het incontinentiemateriaal en wordt bijscholing gegeven. Daarnaast is in de meerderheid van de instellingen binnen de acute zorg een incontinentie-verpleegkundige aanwezig. Dit in tegenstelling tot de chronische zorg waar, ondanks een stijging van 15% ten opzichte van 2011, slechts in de helft van de instellingen een gespecialiseerde verpleegkundige aanwezig is.

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 2011 (%)*

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Chronische Zorg
	AlgZ	WZW
Aantal afdelingen (N)	100	168
Gespecialiseerd persoon op afdeling	54,5	91,1
Controle werken volgens protocol	61,6	81,0
Rapportage verpleegdossier	76,8	99,4
Materiaal beschikbaar	85,9	97,0
Informatiebrochure	13,1	17,9

Uit tabel 4.11 blijkt dat vooral de chronische sector relatief hoog scoort op de kwaliteitsindicatoren. Op nagenoeg alle afdelingen wordt de zorgverlening aan de incontinentie cliënt vaak gerapporteerd in het verpleegdossier en is het geïndiceerde incontinentiemateriaal voldoende tot goed beschikbaar op de afdelingen. Ook beschikt de meerderheid van de afdelingen in de chronische sector over een medewerker op de afdeling die gespecialiseerd is op het terrein van incontinentie terwijl dit voor de acute sector geldt voor ietwat meer dan de helft van de afdelingen.

Verder blijkt dat in vergelijking met 2010 in beide sectoren bij nagenoeg alle kwaliteitsindicatoren sprake is van een lichte stijging in de mate waarin aan de criteria is voldaan.

Binnen de sectoren worden weinig informatiebrochures verstrekt aan cliënten die incontinent zijn of aan de familie van deze cliënten.

INCONTINENTIE

4.9 Conclusies

Prevalentie urine- en fecale incontinentie

Ten opzichte van 2010 zijn er, met uitzondering van de prevalentie van dubbele incontinentie binnen de chronische sector die in 2011 nagenoeg niet is veranderd, enkele lichte verschuivingen opgetreden. De lichte daling in prevalentie van urine-incontinentie in de chronische sector zet door, terwijl in de acute sector in 2011 weer sprake is van een lichte stijging. Wat betreft de fecale incontinentie is er in de chronische sector nu weer sprake van een lichte daling, terwijl in de acute sector, nadat in 2010 sprake was van een lichte daling, de prevalentie van fecale incontinentie weer licht is toegenomen. De prevalentie van dubbele incontinentie in de chronische sector is min of meer gelijk gebleven terwijl in de acute sector in 2011 weer sprake is van een lichte stijging.

Evenals in 2010 komen ook in 2011 urine- en fecale incontinentie 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 en meer ziektebeelden heeft. Ook neemt met een stijgende zorgafhankelijkheid de kans op incontinentie toe. Dit geldt niet voor de acute sector waar voor de categorie cliënten met de grootste zorgafhankelijkheid de kans op incontinentie weer afneemt.

Soort urine-incontinentie

Ten opzichte van 2010 is in 2011 sprake van een toename van het aantal cliënten waarbij de incontinentie is gediagnosticeerd. In de algemene ziekenhuizen is echter nog steeds bij ruim tweederde deel van de cliënten de incontinentie niet gediagnosticeerd, terwijl dit wel belangrijke informatie is voor een adequate begeleiding, verzorging en behandeling. Was in 2010 in de chronische zorg nog steeds bijna de helft van de cliënten niet gediagnosticeerd, in 2011 is dit gedaald tot een kwart van de cliënten.

Incontinentieletsels

Het aantal incontinentie cliënten dat een letsel heeft opgelopen is dit jaar in de acute zorg wat gestegen ten opzichte van 2010, met name bij cliënten met urine-incontinentie. In de chronische zorg is er sprake van een daling in het aantal letsels. In de algemene ziekenhuizen komen incontinentieletsels vaker voor dan in de chronische zorg.

Maatregelen urine-incontinentie

Evenals in 2010 worden ook in 2011 maatregelen gericht op het voorkomen van incontinentie, zoals op vaste tijden naar het toilet gaan, herzien van medicatie, aanpassing van de omgeving, aangepaste kleding, blaas- of mictietraining en bekkenbodemp- of ontspanningsoefeningen 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, fecale incontinentie en dubbele incontinentie ten opzichte van 2010 nagenoeg constant gebleven. Dit geldt niet voor de algemene ziekenhuizen waar sprake is van een lichte stijging in de prevalentie van urine-incontinentie en dubbele incontinentie.

Hoewel de meeste cliënten nog steeds geen diagnose hebben, is het percentage cliënten dat gediagnosticeerd is, toegenomen. Dit geldt met name voor de chronische sector en in mindere mate voor de algemene ziekenhuizen. Daarnaast wordt een lichte stijging in het aantal letsels waargenomen in de acute zorg, terwijl in de chronische zorg het aantal incontinentieletsels daalt. 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 aangezien incontinentie die niet wordt behandeld, kan verergeren wat uiteindelijk kan resulteren in een lagere kwaliteit van leven voor de cliënten.

Meer aandacht dient geschonken te worden aan de maatregelen bij incontinentie 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 relatief eenvoudige maatregelen als aanpassingen in de omgeving of gemakkelijke kleding.

4.11 Literatuur

- Abrams P, L Cardozo, M Fall, D Griffiths, P Rosier, U Ulmsten, P Van Kerrebroeck, A Victor and A Wein (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Urology*, 61: 37–49.
- Defloor T (2007). Verschillend letsel, verschillende aanpak. *Medisch Contact*, 62: 6.
- Gotoh M, Y Matsuawa, Y Yoshikawa, Y Funahashi, M Kato, R Hattori (2009). Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourology and Urodynamics*, 28: 492–496.
- 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 and SE Straus (2004). Management of urinary incontinence in woman: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 291(8): 986–95.
- Hunnskaar S, K Burgio, A Clark, MC Lapitan, R Nelson, U Sillen and 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 and 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.

INCONTINENTIE

- Kennedy KL and 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 and J Haslam (2004). Therapeutic management of incontinence and pelvic pain: pelvic organ disorders. 3rd ed. London: Springer-Verlag.
- Matsumoto M and 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 and 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 and 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.
- V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals en LEVV, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, Utrecht, september 2010.

5 ONDERVOEDING

5.1 Inleiding

Prevalentiecijfers van ondervoeding zijn hoog in alle sectoren van de gezondheidszorg (10–60%), met als gevolg hoge overheidsuitgaven en collectieve kosten (Statton et al. 2003, Meijers et al. 2009a). Ondervoeding kan leiden tot verlies van spiermassa (sarcopenie), 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 groot belang.

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

Pilot vernieuwde rapportage

Om deze maatregelen extra te stimuleren heeft de LPZ dit jaar voor ondervoeding een nieuwe vorm van rapportage ontwikkeld en deze aan een aantal deelnemende instellingen voorgelegd ter beoordeling.

De LPZ geeft instellingen na de meting feedback aan de hand van tabellen op afdelings- en instellingsniveau en ook op landelijk niveau om te kunnen benchmarken. Uit evaluaties met instellingen weten we dat deze instellingen het ingewikkeld vinden om hun LPZ gegevens te interpreteren, goed samen te vatten voor de diverse organisatieniveaus en om vervolgens concrete beleidsveranderingen in gang te zetten om de kwaliteit van zorg daadwerkelijk te verbeteren. Om gegevens makkelijker te kunnen interpreteren geeft de nieuwe rapportage de resultaten op een meer visuele wijze weer in een kort en handzaam overzicht. Tevens is, samen met Vilans, het kenniscentrum langdurende zorg, voor Zorg voor Beter als ook voor deelnemers aan de LPZ een beslisboom ontwikkeld om te helpen de LPZ resultaten om te zetten in verbeteringen op de werkvloer. Vilans en de Stuurgroep Ondervoeding hebben een aantal goede producten ontwikkeld op het gebied van eten en drinken. Deze producten zijn met name gericht op verantwoorde vocht en voeding, screenen op ondervoeding, wegen

ONDERVOEDING

en meten en maaltijdambiance en sluiten mooi aan bij de ondervoedingsmodule van de LPZ. Vandaar dat deze producten gebruikt zijn bij het maken van de beslisboom.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2011 op het gebied van ondervoeding weergegeven. Eerst zal de definitie van ondervoeding worden weergegeven. Vervolgens zullen de kenmerken van de deelnemers aan de module ondervoeding worden beschreven 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 de gemeten kwaliteitsindicatoren het beleid ten aanzien van ondervoeding in de deelnemende gezondheidszorginstellingen gepresenteerd, zowel op instellings- als op afdelingsniveau.

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 2003) richtlijnen en samengesteld en getoetst in overleg met (onder)voedingexperts (Meijers et al. 2009b).

Risico op ondervoeding: als een patiënt voldoet aan één van de volgende twee criteria:

1. Een BMI tussen de 18,5 en 20,0 (patiënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 20,0–23,0);
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 $BMI \leq 20,0$);
2. Een BMI tussen de 18,5 en 20,0 (patiënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 20,0–23,0) 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 2011

In 2011 namen 75 instellingen met 7.995 cliënten deel aan de meting van de module ondervoeding. Nadat de exclusiecriteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn toegepast (cliënten van 18 jaar en jonger, afdelingrespons < 90%, instellingen met N < 50, sectoren met 3 of minder instellingen), heeft dit geresulteerd in 73 instellingen (12 algemene ziekenhuizen en 61 WZW instellingen) met in totaal 7.326 cliënten. Cliënten uit de thuiszorg zijn door deze exclusiecriteria dit jaar niet meegenomen in de berekeningen. De kenmerken van cliënten waarvan de gegevens wel zijn meegenomen in de berekeningen staan beschreven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem ondervoeding in 2011

Kenmerken Deelnemers	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal instellingen	12	61	73
Aantal afdelingen	99	205	304
Respons (%)	98,7	98,4	98,4
Aantal werkelijke deelnemers module Ondervoeding	1.385	5.941	7.326
Geslacht vrouw (%)	51,7	72,8	68,8
Gemiddelde leeftijd (SD)*	66 (17)	83 (9)	80 (13)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,3 (5,7)	25,4 (5,1)	25,6 (5,2)
Operatie: Ja (%)	26,4	0,4	5,3

* SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.

** BMI = gewicht : lengte²

In de algemene ziekenhuizen, is de verdeling tussen mannen en vrouwen vrijwel gelijk, terwijl in de sector wonen, zorg en welzijn (WZW) duidelijk een hoger percentage vrouwen heeft meegedaan. Ook de gemiddelde leeftijd ligt in de WZW sector 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).

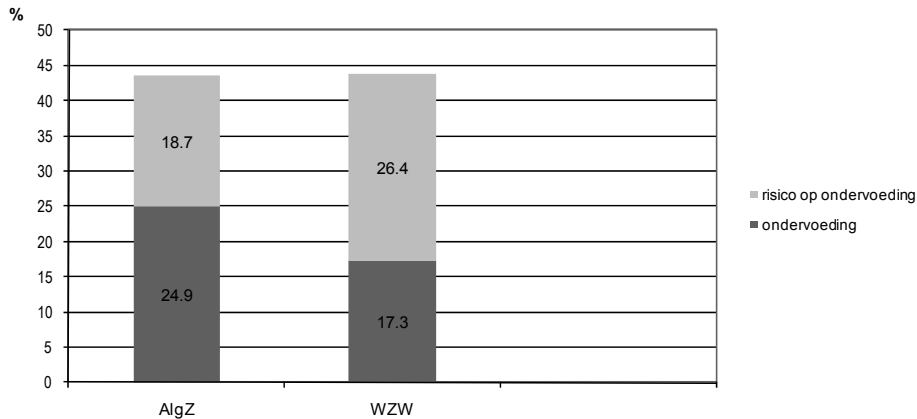
5.4 Prevalentie (risico op) ondervoeding

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 van ondervoeding per soort afdeling. In vergelijking met de afgelopen jaren hebben wij hier een wijziging aangebracht in de berekening van het aantal cliënten met een risico op ondervoeding.

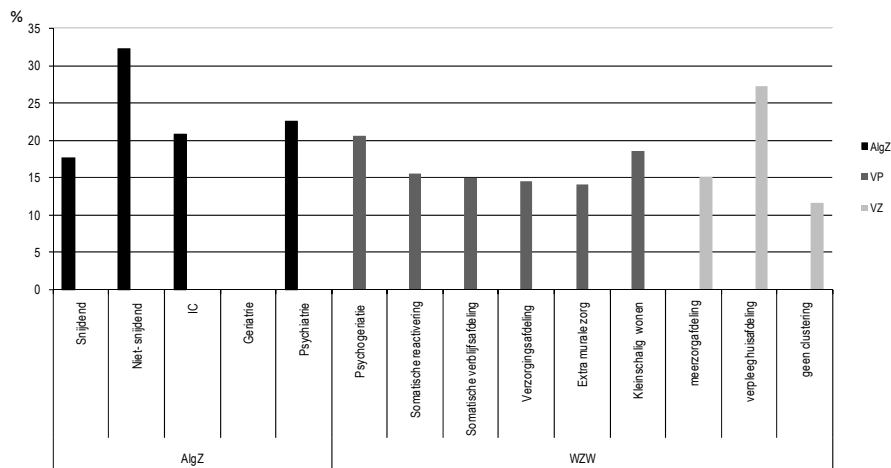
Van 2004 tot en met 2010 is de keuze gemaakt om ondervoede cliënten ook als cliënten met een risico op ondervoeding te beschouwen. Dit omdat er internationaal nog steeds discussie wordt gevoerd ten aanzien van het definiëren en meten van zowel het risico op ondervoeding als ondervoeding. Echter, gezien de onduidelijkheid bij onze deelnemers, worden op basis van de door ons gebruikte operationalisa-

ONDERVOEDING

ties vanaf 2011 de cliënten met ondervoeding volledig gescheiden van de cliënten met een risico op ondervoeding.



Figuur 5.1 Prevalentie (risico op) ondervoeding LPZ in 2011 (%)



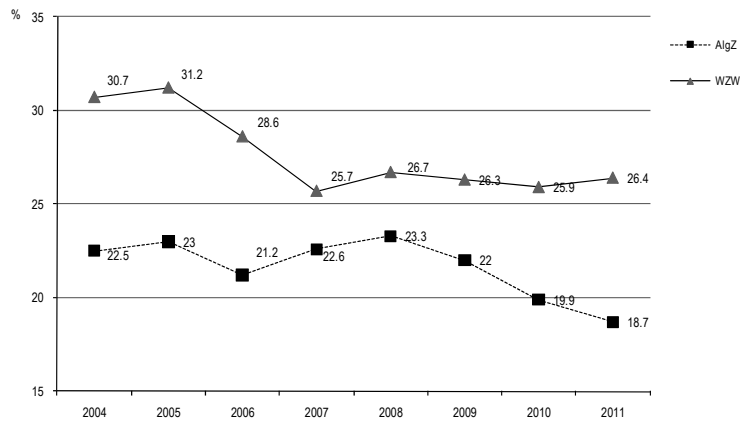
Figuur 5.2 Prevalentie ondervoeding per soort afdeling in 2011 (%)

Uit de resultaten van 2011 blijkt dat volgens de LPZ definitie iets minder dan één op de vier cliënten in alle gezondheidszorginstellingen een risico op ondervoeding heeft. Verder blijkt uit figuur 5.1 dat ongeveer één op de vijf cliënten in de WZW sector daadwerkelijk ondervoed is. Dit percentage is iets lager vergeleken met de algemene ziekenhuizen waar ongeveer één op de vier cliënten ondervoed is. Figuur 5.2 geeft aan dat de niet-snijdende afdelingen binnen algemene ziekenhuizen duidelijk de hoogste prevalentiecijfers vertonen. Binnen de WZW sector is minder variatie, waarbij de hoogste cijfers op de verpleeghuisafdeling wordt gevonden.

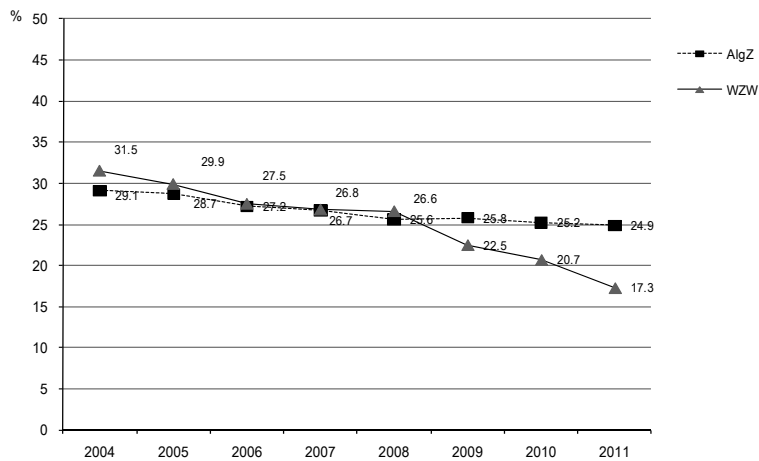
LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Prevalentie (risico op) ondervoeding 2004–2011

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 van 2004 tot en met 2011.



Figuur 5.3 Prevalentie risico op ondervoeding LPZ 2004-2011 (%)



Figuur 5.4 Prevalentie ondervoeding LPZ 2004-2011 (%)

In vergelijking met voorgaande jaren lijkt de prevalentie “risico op ondervoeding” in algemene ziekenhuizen licht te dalen en in de WZW sector stabiel te blijven. De prevalentie “ondervoeding” is gelijk gebleven in de algemene ziekenhuizen, terwijl er in de sector WZW een daling te zien is. Bij de interpretatie moet rekening gehouden worden met het feit dat niet ieder jaar dezelfde instellingen deelnemen.

ONDERVOEDING

5.5 Kenmerken cliënten met (risico op) ondervoeding

Cliënten die ondervoed zijn of een risico hierop hebben, zijn over het algemeen ouder. Mannen zijn over het algemeen iets minder vaak ondervoed, of hebben minder vaak een risico op ondervoeding dan vrouwen.

Ziektebeelden

In tabel 5.2 is het gemiddeld aantal ziektebeelden en het percentage van ondervoeding per ziektebeeld weergegeven. Ter vergelijking is ook het gemiddelde van de prevalentie op ondervoeding weergegeven. Zo kan men zien of cliënten met een bepaald ziektebeeld een extra risico hebben in vergelijking tot de gemiddelde prevalentie ondervoeding.

De prevalentie is alleen weergegeven voor ziektebeelden die bij 100 of meer personen voorkomen.

Tabel 5.2 Ziektebeelden van ondervoede cliënten in 2011(%)

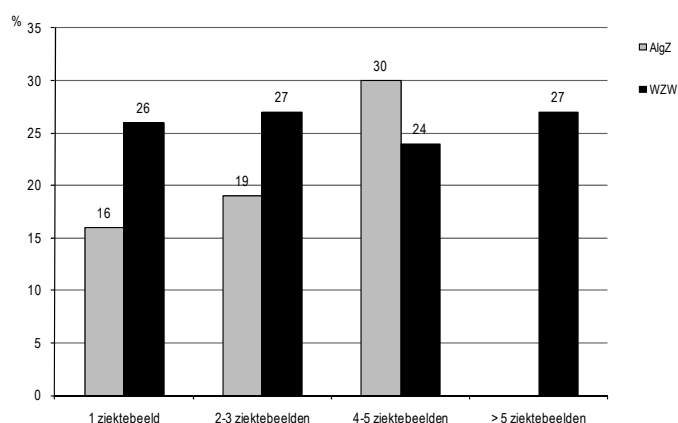
	Acute zorg	Chronische zorg
	AlgZ	WZW
Aantal deelnemers (N)	1.385	5.941
Gemiddelde prevalentie	24,9	17,3
Gemiddeld aantal ziektebeelden	1,9	2,7
Infectieziekte	34,4	*
Kanker	36,8	20,2
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	*	16,0
Diabetes Mellitus	20,6	13,8
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	20,2
Psychische stoornis	*	20,6
Dementie	*	21,6
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	*	18,8
Ziekte van oog/oor	*	16,5
Ziekte van hart- en vaatstelsel	21,1	16,1
CVA/hemiparese	22,3	14,8
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	32,3	20,3
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	33,0	17,3
Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen	23,6	17,2
Ziekte van de huid	*	15,9
Ziekte van bewegingsstelsel	18,1	17,9
Totale heupvervanging	*	20,7
Anders	22,4	17,7
Activiteiten		
ADL-afhankelijk	23,3	12,6
HDL-afhankelijk	*	17,3

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

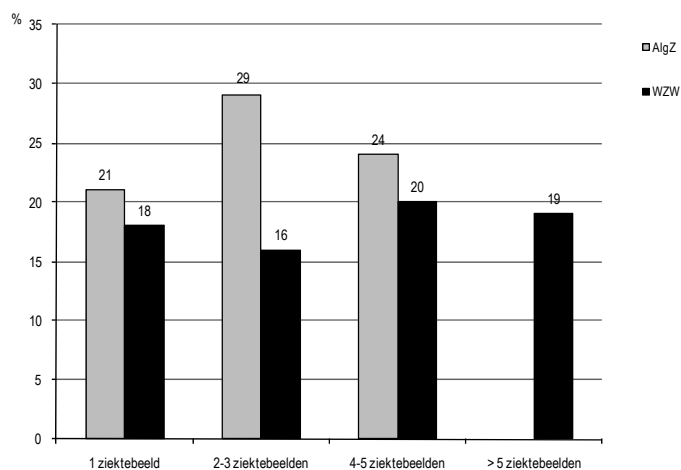
LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Uit tabel 5.2 blijkt dat ondervoeding in de algemene ziekenhuizen veel voorkomt bij cliënten met infectieziekten en kanker. In de sector wonen, zorg en welzijn komt ondervoeding veel voor bij cliënten met dementie, psychische stoornissen, kanker en cliënten met een totale heupvervanging.

In figuur 5.5 en 5.6 is het (risico op) ondervoeding naar het aantal ziektebeelden weergegeven.



Figuur 5.5 Risico op ondervoeding in relatie tot aantal ziektebeelden in 2011 (%)



Figuur 5.6 Ondervoeding in relatie tot aantal ziektebeelden in 2011 (%)

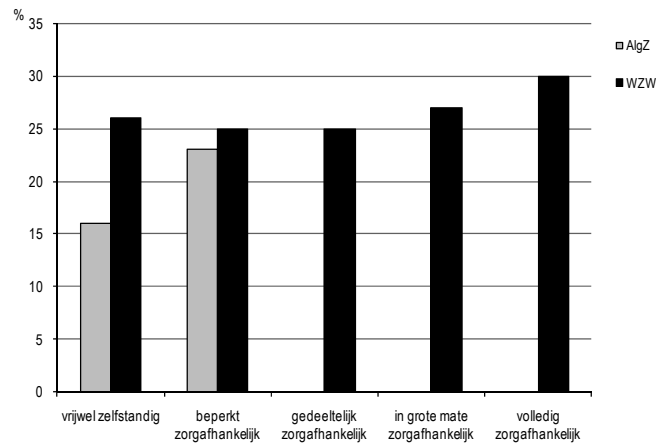
We zien hier dat de prevalentie van (het risico op) ondervoeding in algemene ziekenhuizen toeneemt als cliënten meer ziektebeelden hebben. In de sector WZW is deze relatie niet aanwezig. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met die van het afgelopen jaar.

ONDERVOEDING

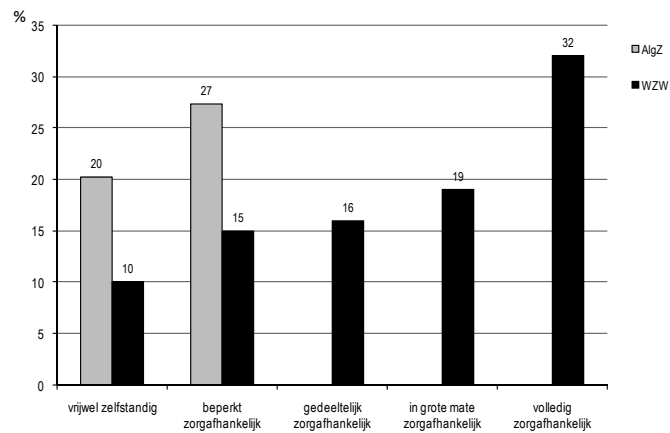
Zorgafhankelijkheid

In figuur 5.7 en 5.8 is de zorgafhankelijkheid (Care Dependency Scale (CDS)) weergegeven in relatie tot (het risico op) ondervoeding.

De cliënten zijn aan de hand van de totaalscore uit de CDS-vragenlijst ingedeeld in 5 categorieën, welke inzicht geven in hoeverre de cliënten afhankelijk zijn van zorg.



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



Figuur 5.8 Ondervoeding in relatie tot CDS score (%)

Uit beide figuren komt duidelijk naar voren dat een hogere zorgafhankelijkheid sa-
mengaat met een hoger (risico op) ondervoeding. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met
die van het afgelopen jaar.

Verminderde eetlust

In tabel 5.3 is het percentage cliënten weergegeven dat in de afgelopen week minder
gegeten heeft en zijn de oorzaken daarvan ook weergegeven.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

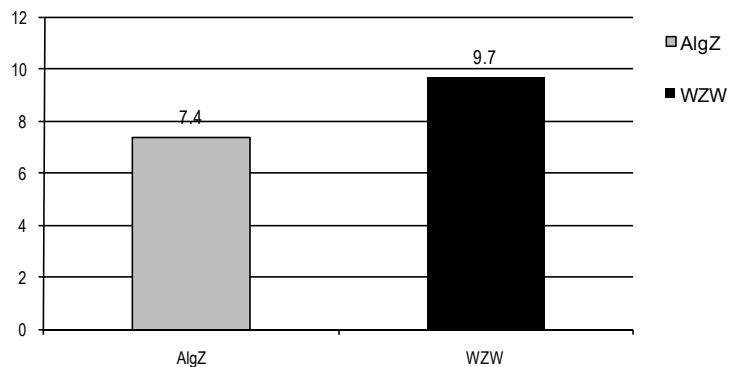
Tabel 5.3 Percentage cliënten dat minder gegeten heeft en oorzaken 2011 (%)

	Acute zorg	Wonen-zorg en Welzijn
	AlgZ	WZW
Aantal deelnemers	1.385	5.941
% cliënten minder gegeten	21,5	4,3
Oorzaken		
Verminderde eetlust	60,6	62,0
Misselijkheid	23,6	17,3
Problemen met kauwen	3,0	6,3
Problemen met slikken	9,1	12,2
Actuele ziekte	55,9	32,9
Pijn	9,4	8,6
Anders	9,1	24,3

Eén op de vijf cliënten in het ziekenhuis en slechts 4% in de sector WZW heeft de afgelopen week minder gegeten. Uit tabel 5.3 blijkt verder dat de twee belangrijkste oorzaken een verminderde eetlust en de actuele ziekte zijn; verder wordt ook misselijkheid vaak genoemd. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met die van het afgelopen jaar.

Prevalentie Slikken

In figuur 5.9 wordt de prevalentie van slikklachten weergegeven.



Figuur 5.9 Prevalentie slikklachten 2011

De meeste slikklachten vinden we bij cliënten in de sector WZW waar bijna één op de tien cliënten slikklachten heeft. Deze gegevens zijn vrijwel identiek aan die van vorig jaar.

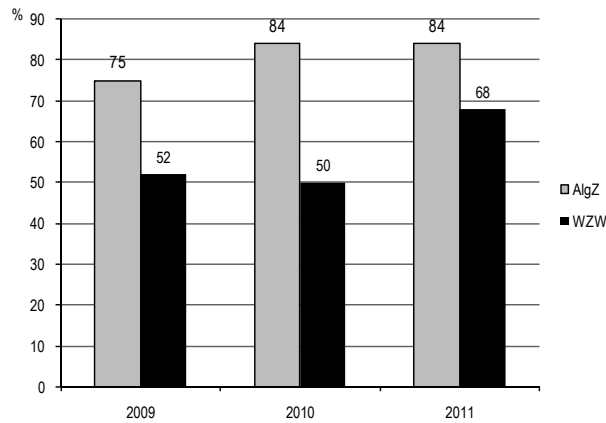
5.6 Preventie en behandeling van ondervoeding

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.

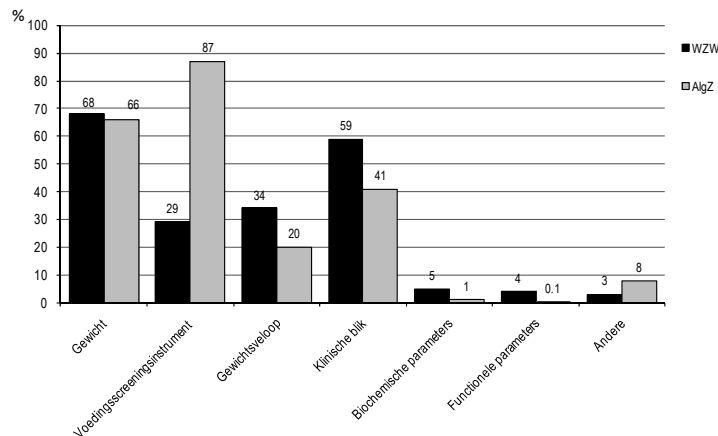
ONDERVOEDING

Screenen op ondervoeding

Screenen is een belangrijk onderdeel bij de preventie en behandeling van ondervoeding. In figuur 5.10 wordt weergegeven hoe vaak er wordt gescreend bij opname (2009, 2010 en 2011) en in figuur 5.11 op welke wijze er wordt gescreend (2011).



Figuur 5.10 Screenen 2009, 2010 en 2011 (%)



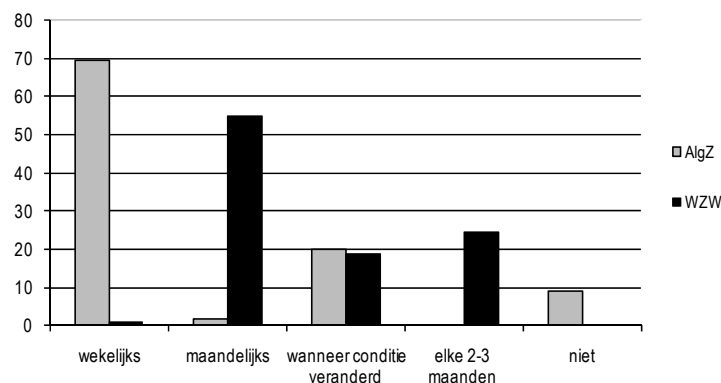
Figuur 5.11 Inhoud screenen (%)

Uit figuur 5.10 blijkt dat in algemene ziekenhuizen de meeste cliënten gescreend worden op ondervoeding. In de sector wonen, zorg en welzijn is het screenen flink toegenomen de afgelopen jaren. Nu wordt bijna 70% van de cliënten gescreend op ondervoeding bij opname ten opzichte van 50% in de afgelopen jaren.

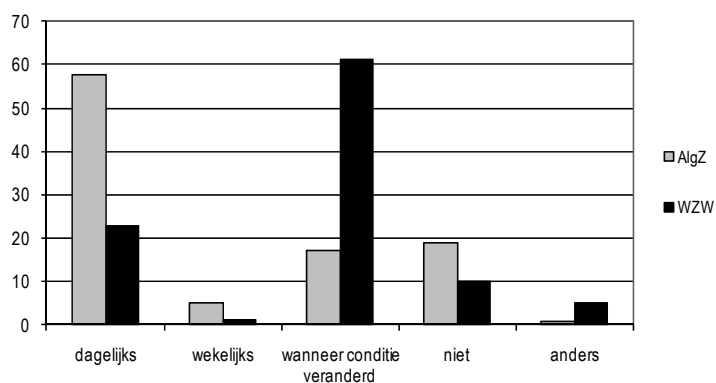
Uit figuur 5.11 blijkt dat in algemene ziekenhuizen vooral gevalideerde screeningsinstrumenten worden gebruikt, en daarnaast het meten van het gewicht en de klinische blik. In de sector WZW wordt vooral het meten van het gewicht al of niet samen met de klinische blik gebruikt.

Monitoren van gewicht en intake

Het monitoren van gewicht en van de voedingsinname is ook belangrijk voor de bepaling van de voedingstoestand van de cliënt gedurende opname en bij het observeren van mogelijke voedingsproblemen. In figuur 5.12 en 5.13 worden het monitoren van gewicht en intake weergegeven.



Figuur 5.12 Monitoring van gewicht



Figuur 5.13 Monitoring van intake

Uit figuur 5.12 blijkt dat het gewicht in de algemene ziekenhuizen meestal wekelijks wordt gemeten en in de sector WZW maandelijks.

Figuur 5.13 geeft weer dat de voedingsinname in algemene ziekenhuizen bij meer dan de helft van de cliënten dagelijks wordt bijgehouden en in de sector wonen, zorg en welzijn vooral wanneer de conditie van de cliënt verandert.

Verder wordt de voedingsinname in algemene ziekenhuizen bij één op de vijf cliënten niet bijgehouden. In de sector WZW is dit bij een op de tien.

In vergelijking tot afgelopen jaar is hier niet veel veranderd.

ONDERVOEDING

Preventieve maatregelen

Per soort instelling is gekeken welke preventieve maatregelen zijn genomen bij cliënten die een risico op ondervoeding hebben. In tabel 5.4 is het percentage cliënten met een risico op ondervoeding en de toegepaste maatregel weergegeven.

Tabel 5.4 *Behandelingsmaatregelen bij risico op ondervoeding in 2011 (%)*

	Acute zorg	Wonen-zorg en Welzijn
	AlgZ	WZW
Diëtist	36,7	20,6
Energie (eiwit) verrijkt dieet	10,4	3,5
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	12,5	8,1
Orale bijvoeding	8,8	10,5
Sondevoeding	8,3	0,7
Parenterale voeding	4,6	0,1
Aangepaste consistentie	4,2	11,6
Voorgeschreven hoeveelheid vocht	24,2	17,2
Geen maatregel	47,1	58,6
Palliatief beleid	0,8	10,8
Is effectiviteit van de maatregel geëvalueerd	45,0	34,0

Bij bijna de helft van de cliënten worden geen maatregelen genomen. Uit tabel 5.4 blijkt verder dat evenals in voorgaande jaren in beide sectoren het vaakst een diëtist wordt geconsulteerd. In de sector WZW is dit echter slechts bij één op de vijf cliënten het geval. Dit is zelfs iets afgenomen ten opzichte van het afgelopen jaar. Verder worden een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen en sondevoeding het meest toegepast als preventieve maatregel en in de algemene ziekenhuizen meer dan in de sector WZW.

Opmerkelijk is dat slechts één op de vier cliënten de voorgeschreven hoeveelheid vocht per dag binnen krijgt.

Behandelingsmaatregelen

In deze paragraaf worden de behandelingsmaatregelen weergegeven die genomen zijn bij cliënten die ondervoed zijn. In tabel 5.5 worden de maatregelen bij ondervoeding weergegeven.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 5.5 *Behandelingsmaatregelen bij ondervoeding in 2011 (%)*

	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn
	AlgZ	WZW
Diëtist	72,5	45,1
Energie (eiwit) verrijkt dieet	37,8	12,9
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	30,6	22,9
Orale bijvoeding	26,3	28,5
Sondevoeding	15,6	1,7
Parenterale voeding	4,1	0,1
Aangepaste consistentie	1,9	19,5
Voorgeschreven hoeveelheid vocht	20,0	17,0
Geen maatregel	17,8	31,8
Palliatief beleid	1,9	2,7

Bij de meeste cliënten met ondervoeding worden maatregelen genomen. In de algemene ziekenhuizen bij meer dan 80% van de cliënten; in de sector WZW bij 70% van de cliënten. Uit tabel 5.5 blijkt dat de meest toegepaste interventie ook hier het inschakelen van de diëtist is. Een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen, orale bijvoeding en sondevoeding worden vervolgens het meest in de algemene ziekenhuizen toegepast. In vergelijking tot het afgelopen jaar is het aantal maatregelen in de algemene ziekenhuizen iets toegenomen.

Ook ten aanzien van de behandeling van ondervoeding blijkt dat slechts één op de vijf cliënten de voorgeschreven hoeveelheid vocht per dag binnen krijgt.

Het evalueren van de effectiviteit van een maatregel is dit jaar aanzienlijk verbeterd in vergelijking met verleden jaar. In de algemene ziekenhuizen werd in 70,9% van de gevallen de maatregel geëvalueerd; in de sector WZW in 57,4% van de gevallen. In 2010 was dit in beide sectoren ongeveer 40%.

5.7 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In deze paragraaf worden per sector 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 die op afdelingsniveau.

Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

In tabel 5.6 zijn de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau weergegeven.

ONDERVOEDING

Tabel 5.6 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op instellingsniveau (2011) (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn
	AlgZ	WZW
Aantal instellingen	12	61
Adviescommissie voor ondervoeding	85,3	73,8
Protocol (preventie en behandeling)	100	98,4
Controle op werken volgens protocol	91,7	93,4
Verantwoordelijke die het ondervoedingsprotocol up-to-date houdt	91,7	95,1
Bijscholing (preventie en behandeling)	91,7	72,1
Informatiebrochure	91,7	37,7
Standaard beleid bij opname en ontslag tav voedingstoestand	91,7	91,8
Criteria vastleggen ondervoeding	100	95,1
Diëtist aangesteld	100	93,4

Uit de gegevens van tabel 5.6 blijkt dat in de algemene ziekenhuizen en de WZW sector de meeste indicatoren op instellingsniveau aanwezig zijn. De indicatoren laten allemaal een verbetering zien in vergelijking tot de scores van verleden jaar. Met name de aanwezigheid van een adviescommissie voor ondervoeding in de sector wonen, zorg en welzijn is dit jaar bijna verdubbeld. Verder zien we in de sector wonen, zorg en welzijn dat de beschikbaarheid van informatiebrochures op het gebied van ondervoeding nog steeds flink verbeterd kan worden.

Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

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

Tabel 5.7 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op afdelingsniveau (2011) (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Wonen, Zorg en Welzijn
	AlgZ	WZW
Aantal afdelingen	99	205
Aandachtvelder	69,7	65,8
Multidisciplinaire overleg	77,8	100
Controleert op werken met protocol/richtlijn ondervoeding	87,9	83,7
Dossier vastleggen van risico	89,9	91,9
Behandelingsinterventies worden gedocumenteerd	92,9	100
Informatiebrochure	29,3	27,7
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav voedingstoestand	80,8	95,5
Standaard wegen bij opname	62,6	96,5
Intake wordt genoteerd in dossier/status	78,8	75,7
Lengte gemeten bij opname	45,5	84,2
Screenen bij opname	87,9	86,1
Standaard dieet bij dreigende ondervoeding	87,9	56,9
Ambiance tijdens maaltijd	62,6	97,5
Weegbeleid	82,8	98,0

Op afdelingsniveau blijkt dat met name in de WZW sector de meeste indicatoren verbeterd zijn. De grootste stijging is te zien in het meten van de lengte bij opname en het vastleggen van het risico op ondervoeding in het dossier; beide laten een stijging van 33% zien. In de algemene ziekenhuizen zijn sommige indicatoren iets verbeterd, maar andere indicatoren wat afgenomen.

5.8 Conclusies

De resultaten van de LPZ 2011 laten zien dat volgens de LPZ definitie minder dan één op de vier cliënten in beide sectoren een risico op ondervoeding heeft. Eén op de vijf cliënten is daadwerkelijk ondervoed volgens de LPZ definitie. In de WZW sector ligt dit percentage wat lager in vergelijking tot de algemene ziekenhuizen. In algemene ziekenhuizen hebben de niet-snijdende afdelingen de hoogste prevalentie, binnen de sector WZW is er minder variatie tussen de soorten afdelingen. In vergelijking tot voorgaande jaren lijkt de prevalentie risico op ondervoeding en prevalentie ondervoeding licht te dalen. Naarmate deelnemende cliënten ouder worden, meer ziektebeelden hebben en zorgafhankelijker zijn, blijkt er een duidelijke toename van (risico op) ondervoeding te zijn.

Preventie en behandeling van ondervoeding.

Screening van de voedingstoestand wordt bij de meeste cliënten uitgevoerd (algemene ziekenhuizen 84% en WZW 68%). Daarbij gebruikt men vooral screeningsinstrumenten (algemene ziekenhuizen), gewicht (WZW sector) en/of de klinische blik (beide sectoren).

De diëtist wordt het meest geconsulteerd als maatregel bij cliënten met ondervoeding. Vervolgens worden een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen en sondevoeding het vaakst toegepast; in de algemene ziekenhuizen meer dan in de WZW sector.

Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In grote lijnen blijkt dat er nog steeds een stijgende lijn te zien is in de ontwikkeling van het voedingsbeleid. Dit komt waarschijnlijk mede door de projecten van de landelijke Stuurgroep Ondervoeding (met name in de algemene ziekenhuizen) en de Zorg voor Beter trajecten in de WZW sector, waarin de afgelopen jaren hard is gewerkt om het beleid met betrekking tot 'eten en drinken' (weegbeleid, screening en maaltijdambiance) te verbeteren.

Op 80% van de afdelingen vindt controle plaats op het werken volgens het protocol ondervoeding. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar. Dit jaar is in iets meer (94%) instellingen een verantwoordelijke aanwezig voor het up-to-date houden van de protocollen dan vorig jaar (87%). Bij risico op ondervoeding wordt bij bijna 50% van de cliënten in

ONDERVOEDING

algemene ziekenhuizen en WZW geen maatregel toegepast. Dit geldt voor 18% van de ondervoede cliënten. Hier valt nog veel winst te behalen.

De maaltijdambiance staat nu in bijna alle WZW instellingen op de agenda. Dit is een positieve vooruitgang van de kwaliteit van de zorg. In algemene ziekenhuizen kan dit nog verder gerealiseerd worden, hier ligt het percentage rond de 60%.

5.9 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten van de prevalentie­meting ondervoeding 2011 kan worden geconcludeerd dat de toenemende aandacht voor ondervoeding mogelijk 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. Ook de nieuwe ontwikkeling betreffende verbeterde rapportage van de LPZ en de beslisboom zullen hier hun steentje aan kunnen bijdragen in de toekomst. We zullen komende jaren het effect hiervan monitoren.

Het screenen van cliënten lijkt te verbeteren, maar er is nog steeds een flinke slag te slaan met name in de sector WZW, waar één op de drie cliënten nog niet wordt gescreend. Meer aandacht moet gegeven worden aan het regelmatig meten van het gewicht tijdens de opname van de cliënt om onbedoeld gewichtsverlies vroeg te detecteren, te ondervangen, en het beleid in dezen 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 nog vaker en vooral ook tijdiger moeten worden geconsulteerd. Zo is bijvoorbeeld gebleken dat bij de cliënten met een risico op ondervoeding bij minder dan één op de drie een diëtist wordt geconsulteerd en dat bij de helft van deze cliënten geen maatregelen worden genomen.

Derhalve dient er op nog meer plaatsen een structureel en uniform beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding gerealiseerd te worden. Hierbij moet onder andere aandacht besteed worden aan:

- het (tijdig) nemen van preventieve maatregelen bij risico op ondervoeding en de evaluatie hiervan;
- het nemen van sociale maatregelen, waaronder het realiseren van een goede maaltijdambiance, met name in de algemene ziekenhuizen;
- overwegen van interventies naar aanleiding van de beslisboom in de vernieuwde rapportage.

5.10 Literatuur

- Correia MI and 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 and TW Dassen. (2005) Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*: 50: 410–416,
- Humphreys J, P de la Maza, S Hirsch, G Barrera, V Gattas and D Bunout (2002). Muscle strength as a predictor of loss of functional status in hospitalized patients. *Nutrition*; 18(7–8): 616–620.
- Konrup J, SP Allison, M Elia, B Vellas, M Plauth. (2003) ESPEN Guidelines for Nutritional Screening 2002. *Clinical Nutrition*; 22(4): 415-421.
- 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 and RJG Halfens (2009a). Malnutrition prevalence in the Netherlands: Results of the annual Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems. *Br J Nutr* ; 5: 1–7.
- Meijers JMM, Halfens RJG, Van Bokhorst - de van der Schueren MAE, Dassen T and Schols JMGA. (2009b) Malnutrition in Dutch healthcare: Prevalence, prevention, treatment and quality indicators. *Nutrition*. 5: 512–519.
- 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 and 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 ouderen. Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt de incidentie van vallen ook toe.

Voor ouderen is vallen een groot probleem, vaak met een potentieel slechte uitkomst. Behalve de hoge incidentie van valpartijen is ook de incidentie van valgerelateerde letsels zorgwekkend. Valincidenten kunnen aanzienlijke fysieke gevolgen hebben zoals een wond, een (heup)fractuur, een hoofdtrauma en andere ernstige letsels. Naast fysieke gevolgen kunnen er ook psychische en sociale gevolgen van vallen optreden, bijvoorbeeld angst om te vallen en sociaal isolement.

Op 1 januari 2007 waren ongeveer 2,4 miljoen Nederlanders 65 jaar of ouder (14,5% van de totale bevolking). Naar verwachting zal het totale aantal ouderen toenemen tot 3,9 miljoen in 2030. Dit betekent dat het aantal valincidenten in deze groep substantieel zal toenemen in de volgende decennia.

Volgens de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van ongezonde levensjaren bij ouderen. Vallen is de belangrijkste oorzaak van overlijden door een ongeval bij ouderen boven de 65 jaar.

Ook voor professionals in de zorg is het vallen van ouderen vaak een lastig, complex en dientengevolge moeilijk aan te pakken probleem. Toch kan bij voldoende kennis en adequate diagnostiek het valprobleem goed in kaart gebracht worden en zijn preventie en behandeling wel degelijk mogelijk. Het vallen is meestal multi-factorieel bepaald en valt dientengevolge in de categorie geriatrische syndromen.

Vallen is ook een groot maatschappelijk probleem. De kosten voor de gezondheidszorg van vallen en valgerelateerde letsels zijn substantieel en direct gerelateerd aan de valfrequentie en de ernst van de letsels. De gevolgen van een valincident kosten gemiddeld 3.400 euro aan direct medische kosten per ongeval (Consument en Veiligheid). Dit dreigt alleen maar toe te nemen de komende jaren. Het is daarmee niet alleen een zorg voor politici en beleidsmakers, maar ook voor de zorgverleners vanwege de toenemende werklast bij een verwachte krimp op de arbeidsmarkt.

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

In het kader van cliëntveiligheid hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vallen als een kwaliteitsindicator van geboden zorg. Op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werden via het Zorg voor Beter verbeterproject *Valpreventie* instellingen in de chronische zorg gedurende een jaar begeleid in o.a. het ontwikkelen van een valpreventief beleid, waarbij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) belangrijke input bood. Deze verbeterprojecten hebben aange- toond dat preventie van vallen, vaker vallen en valgerelateerd letsel mogelijk is.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de LPZ 2011 betreffende de module vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. Eerst worden de gegevens met betrekking tot vallen (incidentie, kenmerken vanvallers, valgerelateerde factoren en preventieve maatregelen) besproken. Vervolgens zullen de gegevens met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen worden weergegeven.

6.2 Definities

In de LPZ-meting van 2011 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 30 dagen (algemene deel) en van 7 dagen (module) voorafgaand aan de meetdag.

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

Vrijheidsbeperkende maatregel: een vrijheidsbeperkende maatregel is een vrijheidsbeperkende interventie, vaak aangeduid als beschermende maatregel, om gevaarlijke of risicovolle situaties te voorkomen, of om medische behandeling mogelijk te maken. Voorbeelden van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn: bedrail, onrustband, gedragsbeïnvloedende medicatie, afzondering en domotica. Met de opkomst van domotica is het mogelijk om op een meer humane manier de vrijheid te beperken omdat dit type maatregelen niet letterlijk aan het lijf van de cliënt zit. Daarom is domotica een te overwegen alternatief voor andere typen vrijheidsbeperking.

6.3 Kenmerken deelnemers vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen 2011

In 2011 zijn de zorgproblemen vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen voor de vijfde 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 84 zorginstellingen (9 ziekenhuizen en 74 WZW instellingen) met 8.596 cliënten. Omdat er minder dan 3 thuiszorg-instellingen hebben deelgenomen aan deze module worden deze resultaten niet opgenomen in dit landelijk rapport.

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

Wanneer de gegevens uit tabel 6.1 vergeleken worden met de gegevens uit 2010 blijkt dat het aantal deelnemende instellingen gedaald is (een kleine daling in de acute en een grotere daling in de chronische zorg).

Tabel 6.1 Kenmerken van de deelnemers module vallen 2011

Kenmerken Deelnemers	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal instellingen	9	74	83
Aantal afdelingen	77	225	302
Respons (%)	99,3	98,5	98,6
Aantal werkelijke deelnemers module Vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen	1.346	7.109	8.455
Geslacht vrouw (%)	53,7	73,4	70,2
Gemiddelde leeftijd (SD)*	68 (16)	83 (9)	81 (12)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,7 (5,2)	25,5 (5,2)	25,6 (5,2)
Operatie: ja (%)	27,6	0,4	4,7

* SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.

** BMI = gewicht : lengte²

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.

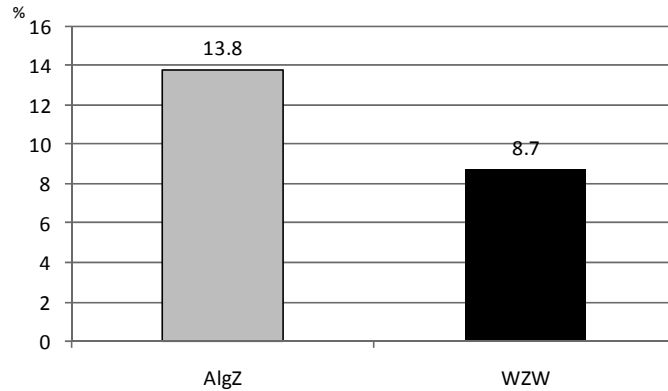
6.4 Incidentie vallen

In deze paragraaf wordt per sector de incidentie gepresenteerd van vallers in 2011, vallers in 2007–2011, gevallen voor of na opname, vallers per soort afdeling, meer dan 1x gevallen, en valgerelateerd letsel.

Van een aantal deelnemers is niet bekend of ze gevallen zijn. In de algemene ziekenhuizen is dit 4,2% en in de chronische sector 0,9%. Voor beide zorgsectoren is dit percentage met de helft gedaald. De gegevens van deze personen worden in de volgende analyses niet meegenomen.

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

In figuur 6.1 wordt per sector procentueel de incidentie vanvallers weergegeven.

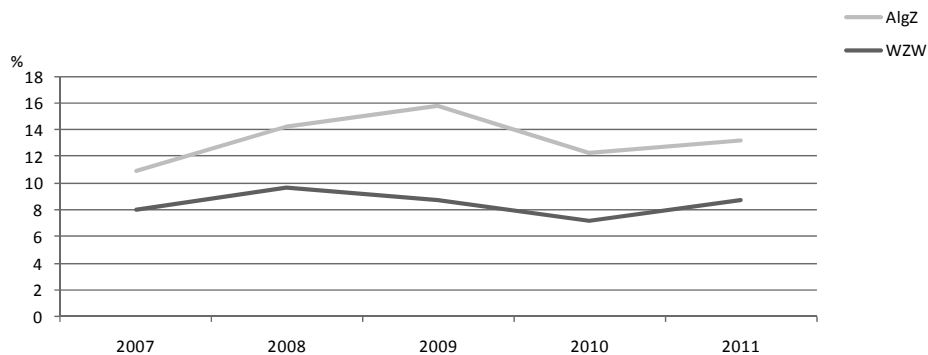


Figuur 6.1 Valincidentie in 2011(%)

Uit figuur 6.1 blijkt dat in beide sectoren ongeveer één op de tien cliënten de laatste 30 dagen gevallen is. Dat is iets meer dan vorig jaar. In de algemene ziekenhuizen zijn meer vallers (13,2%). Dat betekent echter niet dat in ziekenhuizen het meest gevallen wordt, zoals figuur 6.3 laat zien.

Incidentie vallen 2007 – 2011

In figuur 6.2 wordt per sector het percentage vallers in de voorbije vijf jaar getoond (2007-2011).

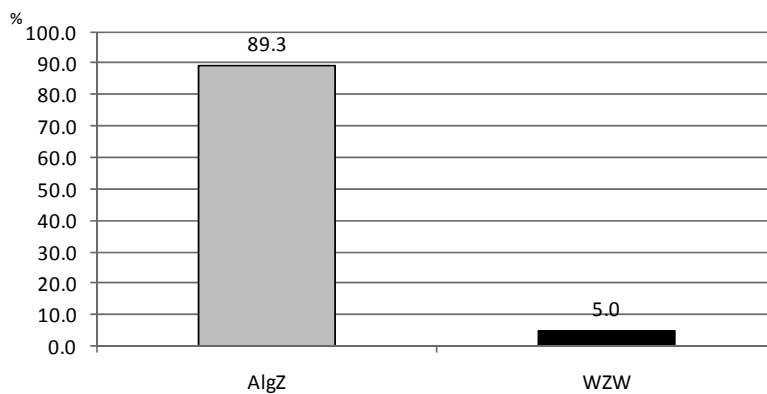


Figuur 6.2 Valincidentie in 2007–2011 (%)

Uit deze figuur blijkt dat de valincidentie in beide sectoren iets gestegen is ten opzichte van vorig jaar, maar wel lager blijft dan daarvoor. De neerwaartse trend is hierbij doorbroken.

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

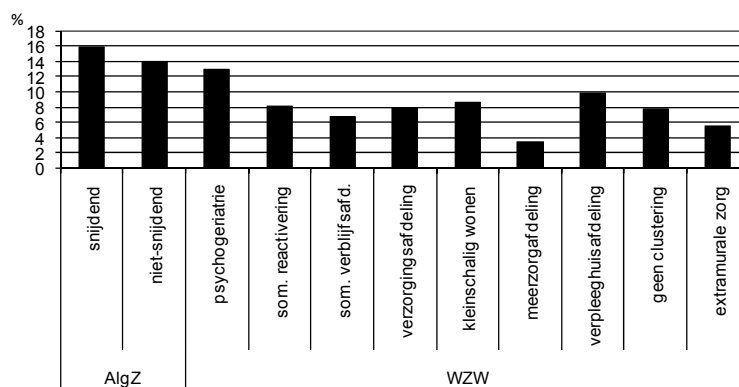
LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011



Figuur 6.3 Gevallen voor opname in 2011 (%)

Bijna alle vallers in de ziekenhuizen zijn gevallen vóór opname (89,3%), en mogelijk juist om reden van een valincident opgenomen. In de chronische sector is dat slechts 5%, hetgeen deels te maken zal hebben met het feit dat de gegevens slechts betrekking hebben op de laatste 30 dagen.

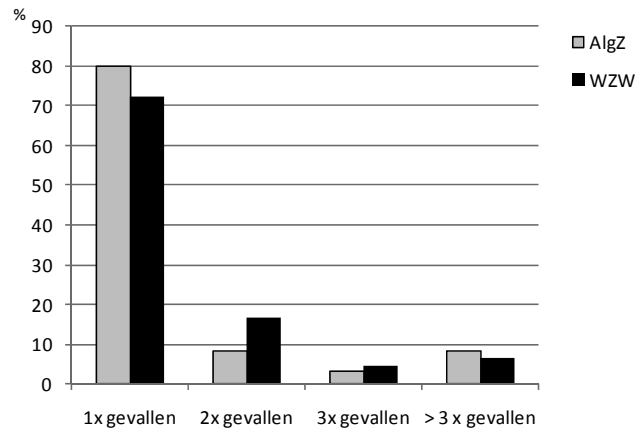
In figuur 6.4 zijn de vallers naar soort afdeling weergegeven. Alleen afdelingen met minimaal 100 cliënten zijn weergegeven. Figuur 6.4 laat zien dat vallers meestal op de snijdende of niet-snijdende afdelingen van het algemeen ziekenhuis verblijven. In de chronische zorg blijken vooral cliënten op de psychogeriatrische afdelingen, verpleeghuisafdelingen, kleinschalig wonen en verzorgingsafdelingen te vallen.



Figuur 6.4 Valincidentie per soort afdeling in 2011 (%)

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

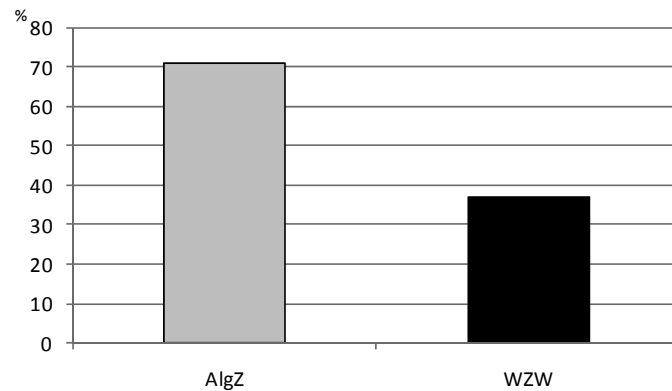
VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN



Figuur 6.5 Aantal valincidenten van vallers in 2011 (%)

Gemiddeld vallen in beide sectoren drie van de vier vallers één keer, ruim één van de zeven vallers (14,8%) twee keer, 4,3% driemaal en 6,9% is meer dan driemaal gevallen. In vergelijking met 2010 vallen cliënten iets minder vaak. De chronische sector heeft meer vallers die vaker vallen dan de algemene ziekenhuizen.

In figuur 6.6 wordt per sector het percentage vallers met valletsel weergegeven.



Figuur 6.6 Valgerelateerd letsel in 2011 (%)

Uit figuur 6.6 blijkt dat in de algemene ziekenhuizen valletsels het meest voorkomen (71,1%), wat in de lijn der verwachting ligt omdat veel valincidenten vóór opname plaats gevonden hebben, en de cliënten waarschijnlijk zijn opgenomen juist om reden van dit valletsel. De gegevens zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

6.5 Kenmerken van vallers

In deze paragraaf worden enkele kenmerken van vallers weergegeven.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Geslacht en leeftijd

In vergelijking met mannen (10,3%) blijkt dat vrouwen (16,9%) die opgenomen zijn in het ziekenhuis iets vaker gevallen zijn. In de chronische zorg is dat juist omgekeerd, respectievelijk 10,4% en 8,1%.

In beide sectoren stijgt het aantal fors na het bereiken van de zestigjarige leeftijd, met de hoogste incidentie in de leeftijdsgroep 80 tot 89 jaar.

Ziektebeelden

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

Tabel 6.2 Valincidentie naar ziektebeeld in 2011 (%)

	AlgZ	WZW	Totaal
Aantal deelnemers (N)	1.346	7.109	8.455
Gemiddeld aantal ziektebeelden	1,9	2,6	2,5
Infectieziekte	12,6	0,9	2,8
Kanker	14,6	8,4	9,3
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	4,5	5,2	5,1
Diabetes Mellitus	14,3	18,4	17,7
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	4,2	3,6	3,7
Psychische stoornis	3,8	12,0	10,7
Dementie	3,1	39,0	33,3
Ziekte van zenuwstelsel, excl. CVA	7,9	9,7	9,4
Ziekte van oog/oor	2,5	18,9	16,3
Dwarslaesie	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	35,8	41,7	40,7
CVA/ hemiparese	7,8	17,7	16,2
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	23,1	14,5	15,9
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	21,4	10,9	12,6
Ziekte van nier/urinewegen, geslachtsorganen	14,6	13,0	13,2
Ziekte van de huid	1,8	7,5	6,6
Ziekte van bewegingsstelsel	11,5	28,8	26,0
Congenitale afwijkingen	*	*	*
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	5,5	3,6	3,9
Totale heupvervangning	3,8	6,0	5,6
Anders	8,8	7,5	7,7
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*
Activiteiten			
ADL- Afhankelijk	15,1	83,5	72,6
HDL- Afhankelijk	5,6	80,0	68,2

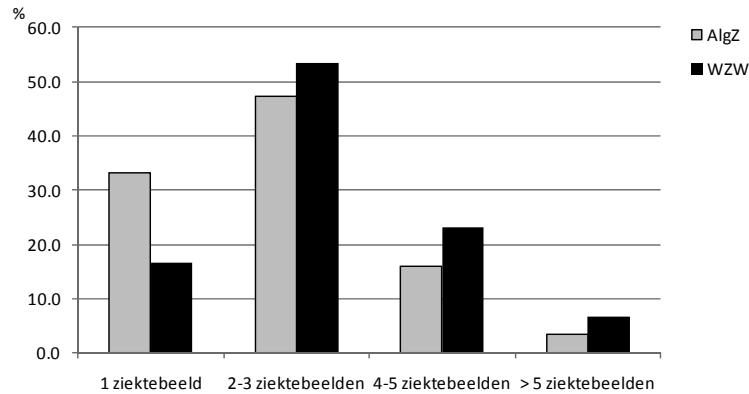
* als N < dan 100 is hiervan geen waarde opgenomen in de tabel.

Uit deze tabel blijkt dat in de acute sector vooral cliënten met een ziekte van hart- en vaatstelsel (35,8%) en ziekte van de ademhalingswegen (23,1%) gevallen zijn. Ook als

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

men ADL-afhankelijk is, valt men meer (15,1%). In de chronische sector zijn vooral cliënten met ziekte van hart- en vaatstelsel (41,7%) en met dementie (39%) gevallen. Ook cliënten die ADL- (83,5%) of HDL- (80%) afhankelijk zijn, vallen vaker.

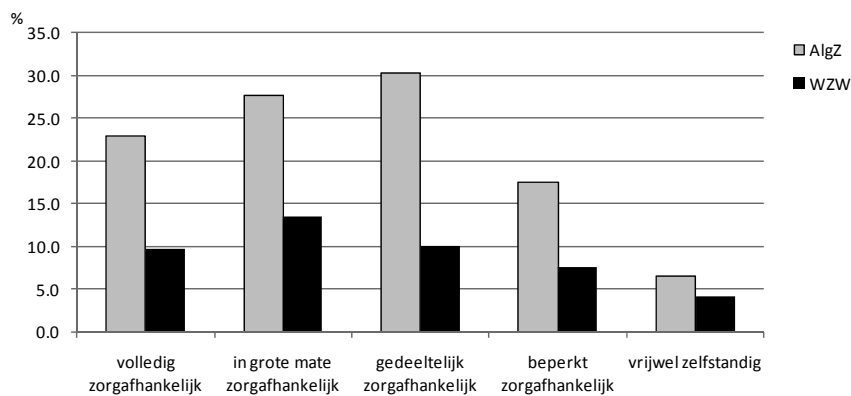
Uit figuur 6.7 blijkt dat in beide sectoren cliënten met 2–3 ziektebeelden vaker vallen.



Figuur 6.7 Valincidenten naar aantal ziektebeelden in 2011 (%)

Zorgafhankelijkheid

In figuur 6.8 zijn per sector devallers weergegeven in relatie tot zorgafhankelijkheid.



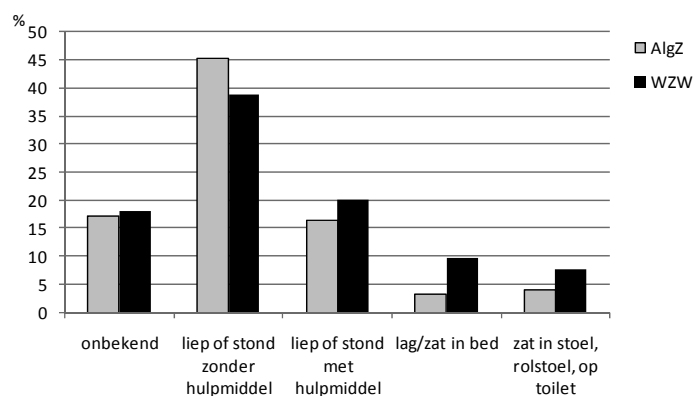
Figuur 6.8 Valincidenten naar zorgafhankelijkheid in 2011 (%)

Uit deze figuur blijkt dat er in alle zorgsectoren een duidelijke relatie is tussen vallen en zorgafhankelijkheid. Cliënten die in grote mate of gedeeltelijk zorgafhankelijk zijn, vallen vaker. Cliënten die vrijwel zelfstandig zijn vallen het minst.

6.6 Kenmerken van valincidenten

Uitgevoerde activiteit voor de val

In figuur 6.9 wordt per sector de relatie van valincidenten met de uitgevoerde activiteit voor de val weergegeven. In beide sectoren is van één op de zes valincidenten de voor de val uitgevoerde activiteit onbekend.

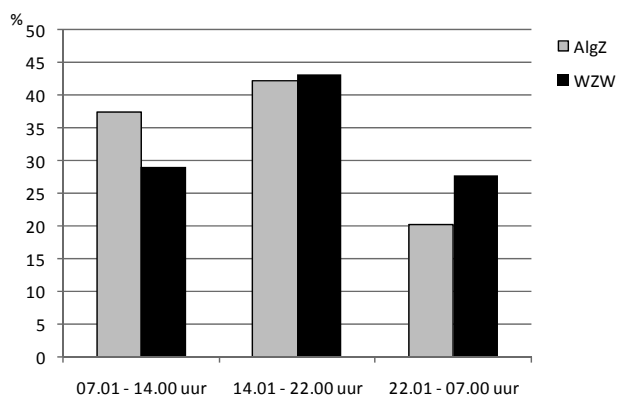


Figuur 6.9 Activiteit voor de val in 2011 (%)

In beide sectoren blijkt de meest uitgevoerde activiteit vóór de val staan of lopen zonder hulpmiddel (39,9%) te zijn, gevolgd door staan of lopen met hulpmiddel (19,3%). Er wordt het minst gevallen vanuit zitten in een stoel/rolstoel/toilet (7,6%). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

Tijdstip

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



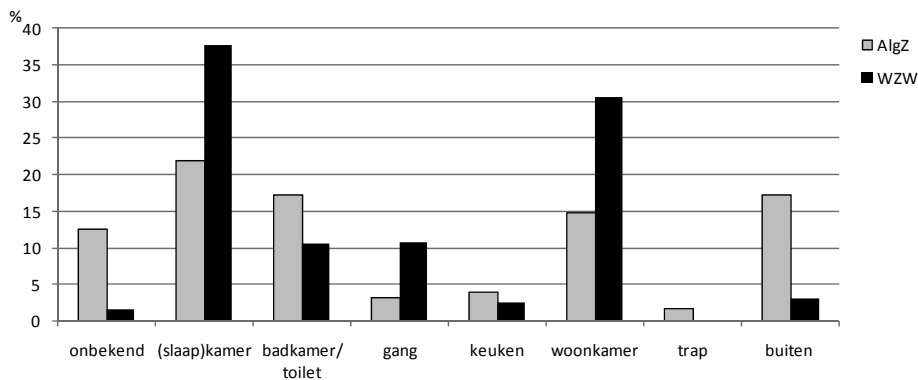
Figuur 6.10 Tijdstip van de val in 2011 (%)

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

In beide sectoren wordt op alle momenten van de dag gevallen. Valincidenten vinden het meest plaats tijdens de namiddag en avond (14.01 – 22.00 uur), daarna tijdens de ochtend en vroege middag (07.01 - 14.00 uur) en het minst tijdens de late avond en nacht (22.01 - 07.00 uur). In de ziekenhuizen valt men meer in de ochtend dan in de chronische zorg, waar men meer in de avond valt. Deze resultaten komen vrijwel overeen met de resultaten van vorige jaren.

Plaats

Uit figuur 6.11 blijkt dat de valincidenten in de chronische sector met name in de (slaap)kamer en de woonkamer plaatsvinden. In de acute sector zien we een gevarieerder patroon. Naast de slaapkamer en de woonkamer, zijn ook buiten, en de badkamer/toilet valgevaarlijke plaatsen. In de acute sector is minder bekend waar de val heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

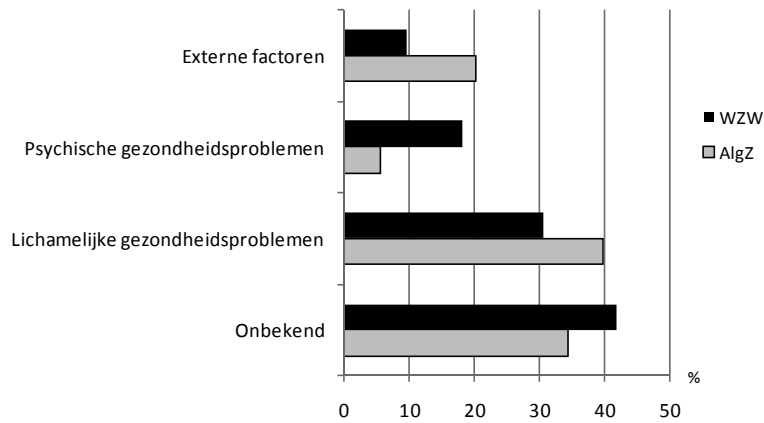


Figuur 6.11 Plaats van de val in 2011 (%)

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.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

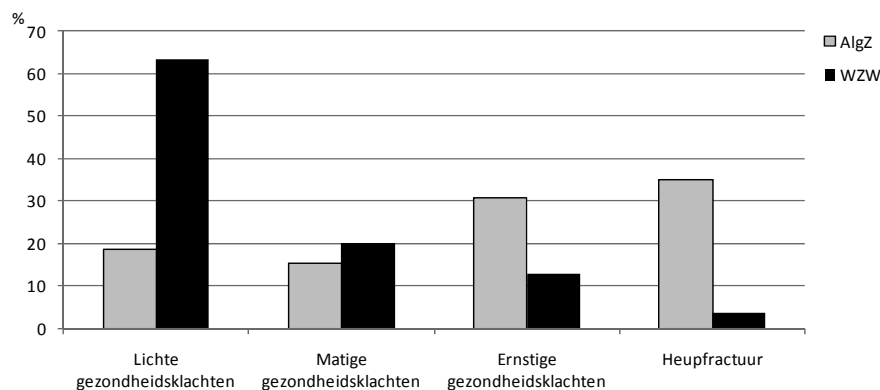


Figuur 6.12 Oorzaak van de val in 2011 (%)

Vallen is een complex probleem en wordt veelal veroorzaakt door een combinatie van meerdere factoren. Volgens de literatuur zijn intrinsieke valrisicofactoren de belangrijkste oorzaak van valincidenten (CBO 2004). Dat zien we hier ook in alle sectoren terug: over beide sectoren zijn de belangrijkste oorzaken van valincidenten lichamelijke gezondheidsproblemen (32,2%), vooral in algemene ziekenhuizen (39,8%), psychische gezondheidsproblemen (15,9%), vooral in de chronische sector (18,2%), gevolgd door externe factoren (11,6%), vooral in algemene ziekenhuizen (20,3%). Verder blijkt dat bij 40,3% van de valincidenten de oorzaak onbekend is (met name in de chronische zorg).

Gezondheidsklachten

De helft (43,1%) van de valincidenten leidt voor beide sectoren tot lichte, matige of ernstige gezondheidsklachten. In figuur 6.13 wordt per sector de ernst van de gezondheidsklachten weergegeven als gevolg van valincidenten.



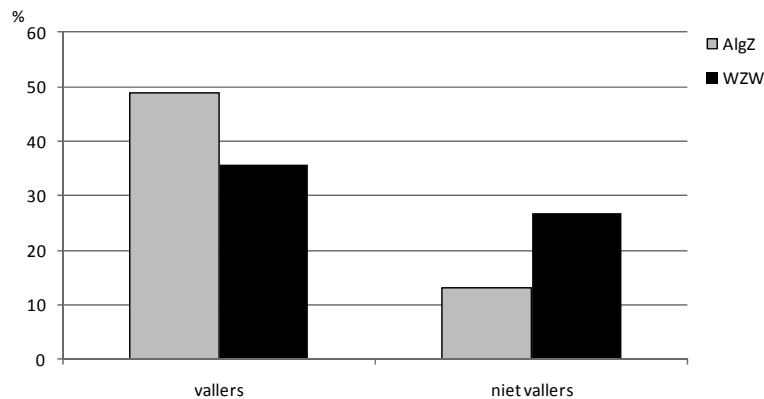
Figuur 6.13 Ernst van de valletsels in 2011 (%)

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

In figuur 6.13 zien we dat in de sector WZW vooral lichte gezondheidsklachten voorkomen, terwijl in de algemene ziekenhuizen vooral de meer ernstige gezondheidsklachten voorkomen. Uiteraard hebben de cliënten in algemene ziekenhuizen deze ernstige gezondheidsklachten niet allemaal in de ziekenhuizen opgelopen, maar zijn ze mogelijk om deze reden opgenomen. De verdeling van de ernst van 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 met respectievelijk valangst en het vermijden van activiteiten weergegeven.

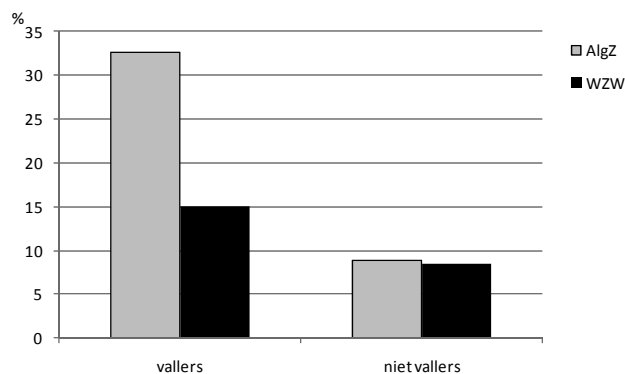


Figuur 6.14 Valangst van vallers en niet vallers in 2011 (%)

Van de vallers hebben in algemene ziekenhuizen en in de chronische sector respectievelijk 48,9% en 35,6% angst om opnieuw te vallen, vooral degenen die vaker dan 1x gevallen zijn. Bij de niet-vallers is dat respectievelijk 13,1 en 26,8%. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Vermijden van activiteiten (vallers en niet-vallers)



Figuur 6.15 Vermijden van activiteiten van vallers en niet-vallers in 2011 (%)

Van de vallers vermijden in algemene ziekenhuizen en in de chronische sector respectievelijk 32,6% en 15% deelname aan activiteiten. Bij de niet-vallers is dat respectievelijk 8,8% en 8,5%. Deze resultaten zijn iets minder gunstig dan vorig jaar.

6.7 Toegepaste valpreventieve maatregelen

Valpreventie kan op verschillende niveaus uitgevoerd worden. We spreken van primaire, secundaire en tertiaire valpreventie. Hiermee wordt bedoeld: de eerste val voorkomen, een volgende val voorkomen en valletsels 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 2011 (%)

	AlgZ	WZW
Primaire valpreventie		
Geen	76,6	27,3
Medicatie	1,2	11
Oefentherapie	10,4	11,8
Hulpmiddel	4	17,9
Alarmering	6,5	47,3
Visus	0,4	2,7
Dagprogramma	0,9	2
Toezicht	10	25,2
Afspraken	5,4	17,3
Omgeving	6,9	8,4
Cliënt-educatie	9,5	16,5
Anders	1,7	4,8

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Primaire valpreventie wordt vooral toegepast in de sector WZW. Daar wordt vooral alarmering en toezicht gebruikt. In ziekenhuizen wordt vooral oefentherapie en cliënt-educatie gebruikt. De resultaten zijn iets positiever dan vorig jaar.

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

Tabel 6.4 Primaire letselpreventie in 2011(%)

	AlgZ	WZW
Primaire letselpreventie		
Geen	97,7	87,5
Hoofdbescherming	0,1	0,0
Spalk/ brace	0,2	0,8
Harde heupbeschermer	0,0	1,3
Zachte heupbeschermer	0,0	1,4
Botversterking	1,2	8,5
Anders	0,9	1,3

Uit deze tabel blijkt dat er nauwelijks letselpreventieve maatregelen toegepast worden bij niet-vallers. In de chronische sector wordt nog wel botversterking en in mindere mate heupbescherming toegepast.

Secundaire valpreventie

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

Tabel 6.5 Secundaire valpreventie in 2011(%)

	AlgZ	WZW
Secundaire valpreventie		
Geen	25,8	10,9
Medicatie	9,6	13,5
Oefentherapie	48,9	22,4
Hulpmiddel	20,2	26,7
Alarmering	16,3	54,6
Visus	0,6	2
Dagprogramma	2,2	3,1
Toezicht	34,3	39
Afspraken	16,3	27,3
Omgeving	14,6	18
Cliënt-educatie	33,7	25,9
Anders	6,7	8,3

Bij bijna alle vallers worden valpreventieve maatregelen toegepast, zij het iets minder in de ziekenhuizen dan in de chronische sector. In de algemene ziekenhuizen wordt

vooral oefentherapie, toezicht en cliënt-educatie toegepast. In de chronische sector wordt vooral alarmering toegepast.

In vergelijking met vorig jaar is het aantal cliënten zonder valpreventieve maatregelen duidelijk afgenomen.

Tertiaire valpreventie

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

Tabel 6.6 Tertiaire valpreventie in 2011(%)

	AlgZ	WZW
Tertiaire valpreventie		
Geen	90,4	79,2
Hoofdbescherming	0,0	0,0
Spalk/ brace	3,9	0,8
Harde heupbeschermer	0,0	3,3
Zachte heupbeschermer	0,0	5,7
Botversterking	3,4	9,3
Anders	3,9	4,4

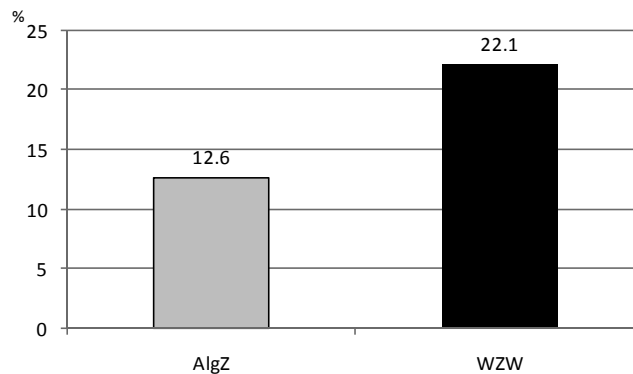
Uit tabel 6.6 blijkt dat bij de meeste vallers geen letselpreventieve maatregelen toegepast worden. In de sector WZW worden iets vaker letselpreventieve maatregelen toegepast.

Ook hier geldt dat in de sector WZW botversterking het meest wordt toegepast. Toch gebeurt dit slechts bij 9 %, en in de ziekenhuizen bij 3 %. De heupbeschermer kan in hoog risico populaties een effectieve letselpreventie zijn (CBO 2004). Heupbeschermers worden alleen in de sector WZW, namelijk bij 9 %, toegepast. Hoofdbescherming wordt niet toegepast. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

6.8 Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen

In figuur 6.16 wordt per sector het percentage cliënten weergegeven waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel werd toegepast.

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

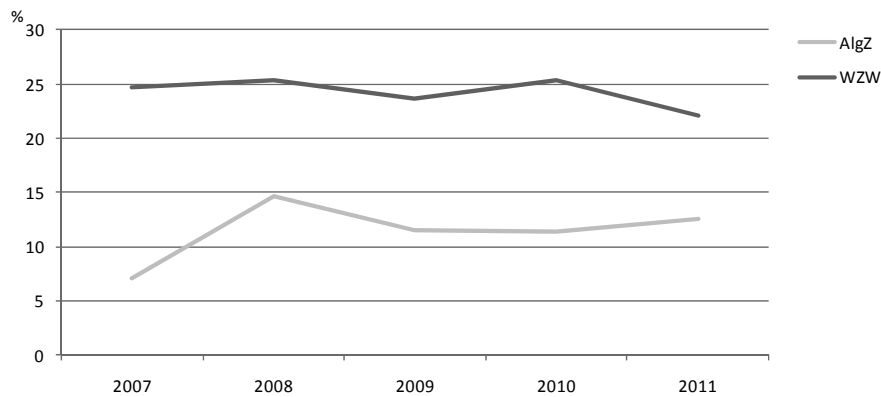


Figuur 6.16 Incidentie toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen in 2011 (%)

Uit figuur 6.16 blijkt dat in de chronische sector substantieel meer vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden: bij één op de vijf cliënten. Vorig jaar was dat één op de vier cliënten. In algemene ziekenhuizen wordt bij één op de acht cliënten vrijheidsbeperking toegepast. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar.

Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen 2007 – 2011

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

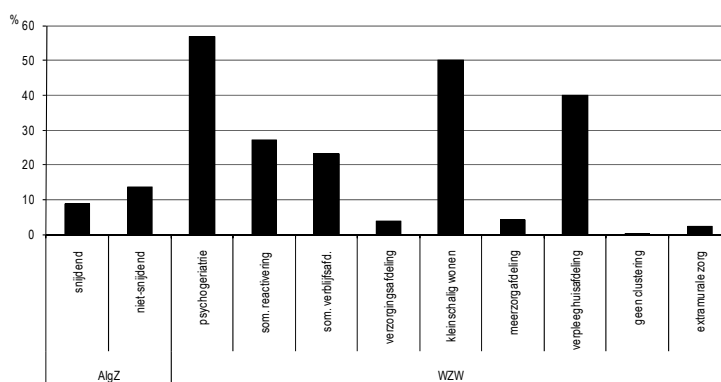


Figuur 6.17 Incidentie vrijheidsbeperking in 2007–2011 (%)

Uit figuur 6.17 blijkt dat het toepassen van vrijheidsbeperking in de sector WZW met 3 % gedaald is tot 22 % en in algemene ziekenhuizen stijgt met 1 % tot 12 %.

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

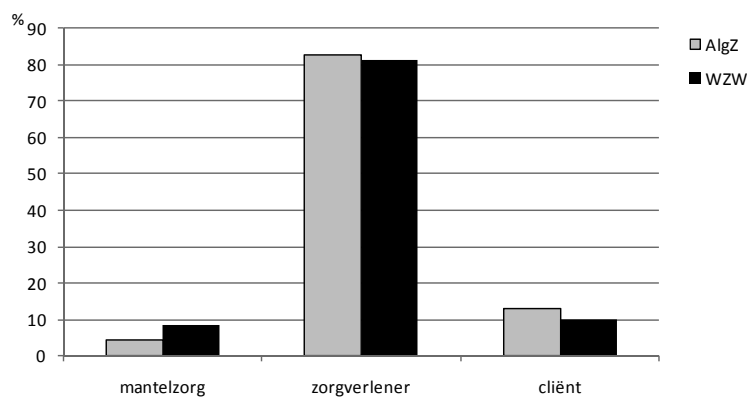
LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011



Figuur 6.18 Vrijheidsbeperking per soort afdeling in 2011 (%)

Uit deze figuur blijkt dat vrijheidsbeperkende maatregelen het meest toegepast worden in de chronische zorg en vooral op psychogeriatric afdelingen (56,7%), bij het kleinschalig wonen (50,2%) en op verpleeghuisafdelingen (40%). 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 mantelzorg/vertegenwoordiger, de zorgverlener/behandelaar of de cliënt zelf.

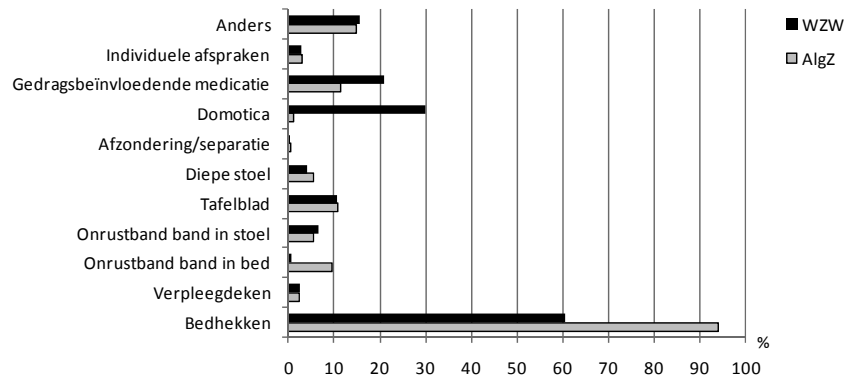


Figuur 6.19 Initiatiefnemer toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen in 2011 (%)

Uit figuur 6.19 blijkt dat ook dit jaar het initiatief om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen vooral bij de zorgverlener te liggen (81,5%), zowel in algemene ziekenhuizen als in de sector WZW. Het initiatief om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen is bij mantelzorg/vertegenwoordiger en de cliënt respectievelijk 8,2% en 10,3%. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Type toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen

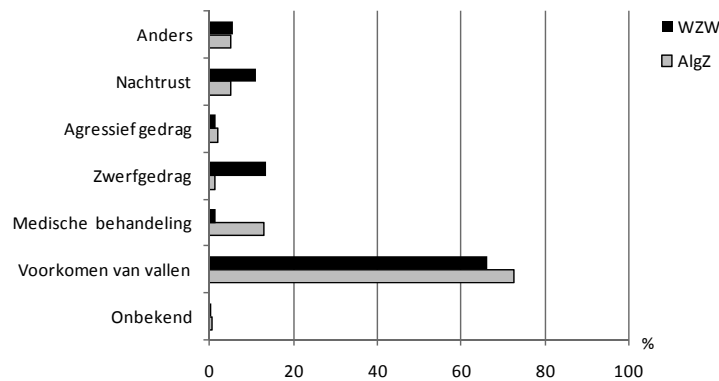


Figuur 6.20 Type vrijheidsbeperkende maatregelen in 2011 (%)

Uit figuur 6.20 blijken de drie meest gebruikte typen vrijheidsbeperkende maatregelen in de sector WZW bedhekken (63,8%), domotica (27,3%) en gedragsbeïnvloedende medicatie (20,0%) te zijn. In algemene ziekenhuizen zijn dat respectievelijk bedhekken (92,0%), gedragsbeïnvloedende medicatie (10,7%) en tafelbladen (10,7%). Afzondering/separatie wordt in beide sectoren het minst gebruikt (0,3%).

Reden van toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen

In figuur 6.21 wordt per sector de reden van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven.



Figuur 6.21 Reden toepassen vrijheidsbeperving in 2011 (%)

In beide sectoren is de meest voorkomende reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen het voorkomen van vallen (ongeveer 70%). Dat is vergelijkbaar met vorig jaar, maar nog steeds veel te hoog omdat dit een onterechte reden is. Uit onderzoek blijkt dat zonder vrijheidsbeperkende maatregelen de valincidentie niet of nau-

welijks toeneemt en dat de ernst van valletsels afneemt (Capezutti et al. 1999; Evans et al. 1997; Neufeld 1999).

Letsels ten gevolge van vrijheidsbeperkende maatregelen

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen leidde slechts bij negen personen (0,6%) tot letsel. Dat is vergelijkbaar met vorig jaar. De ontstane letsels kunnen onderverdeeld worden in lichte letsels (schaafwonden en blauwe plekken) (N=7) en ernstige letsels (N=2).

6.9 Kenmerken van cliënten waarbij een vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast

Geslacht en leeftijd

In beide sectoren blijkt dat er weinig verschil is tussen mannen en vrouwen betreffende het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

In beide sectoren neemt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen fors toe vanaf de leeftijdsgroep 60 tot 69 jaar, met de hoogste incidentie in de leeftijdsgroep 80 tot 89 jaar.

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 deze tabel blijkt dat in de chronische zorg vrijheidsbeperkende maatregelen het vaakst worden toegepast bij cliënten met ADL- (95,8%) en HDL beperkingen (85,3%), en dementie (78,2%). In algemene ziekenhuizen is dat respectievelijk 36,3%, 12,5% en 11,3 %. Daar worden vrijheidsbeperkende maatregelen veel toegepast bij cliënten met ziekte van hart- en vaatstelsel (35,1%).

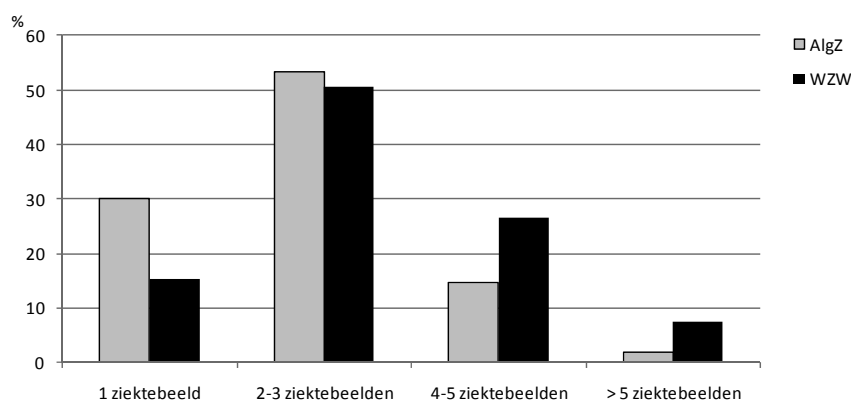
VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

Tabel 6.7 Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen naar ziektebeelden in 2011 (%)

	AlgZ	WZW	Totaal
Aantal deelnemers (N)	1.346	7.109	8.455
Gemiddeld aantal ziektebeelden	1,9	2,6	2,5
Infectieziekte	*	*	*
Kanker	10,7	8,1	8,3
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	*	*	*
Diabetes Mellitus	11,9	17,6	17,1
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	*	*
Psychische stoornis	5,4	13,2	12,5
Dementie	11,3	78,2	71,7
Ziekte van zenuwstelsel, excl. CVA	15,5	10,2	10,7
Ziekte van oog/oor	3,0	19,0	17,5
Dwarslaesie	*	*	*
Ziekte van hart- en vaatstelsel	35,1	36,2	36,1
CVA / hemiparese	16,7	20,5	20,1
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	24,4	11,3	12,6
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas, pancreas	18,5	11,2	11,9
Ziekte van nier / urinewegen, geslachtsorganen	16,7	14,4	14,6
Ziekte van de huid	0,6	8,6	7,8
Ziekte van bewegingsstelsel	11,9	25,3	24,0
Congenitale afwijkingen	*	*	*
Ongevalsletsel(s) en ongewenst gevolgen ongeval	10,7	5,5	6,0
Totale heupvervangning	4,8	8,1	7,7
Anders	3,0	6,3	6,0
Geen specifieke diagnose(s) te stellen	*	*	*
Activiteiten			
ADL- Afhankelijk	36,3	95,8	90,0
HDL- Afhankelijk	12,5	85,3	78,2

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

Relatie vrijheidsbeperkende maatregelen – aantal ziektebeelden

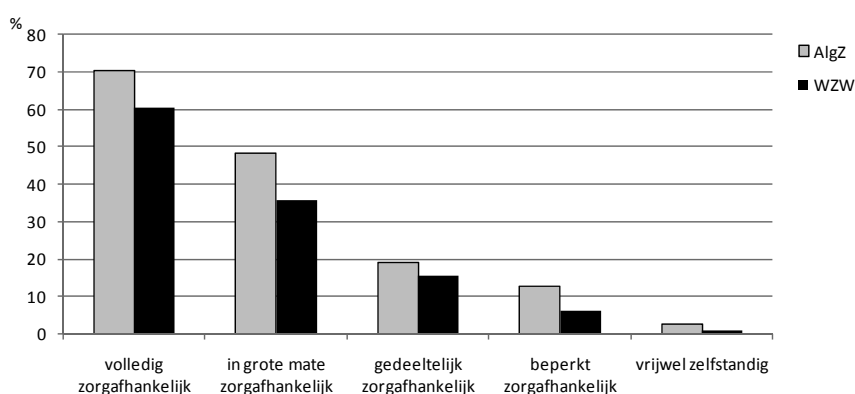


Figuur 6.22 Toepassen vrijheidsbeperving naar aantal ziektebeelden in 2011 (%)

Uit figuur 6.22 blijkt dat in beide sectoren bij cliënten met 2–3 ziektebeelden het vaakst vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

Relatie vrijheidsbeperkende maatregelen – zorgafhankelijkheid

Cliënten werden aan de hand van de totaalscore van de Care Dependency Scale (CDS) ingedeeld in 5 categorieën die inzicht geven in hoeverre de cliënten afhankelijk zijn van zorg. In figuur 6.23 is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven in relatie tot de zorgafhankelijkheid. Alleen indien minimaal 100 cliënten aanwezig waren in een categorie zijn deze meegenomen in de berekening.



Figuur 6.23 Toepassen vrijheidsbeperking naar zorgafhankelijkheid in 2011 (%)

Uit deze figuur blijkt een duidelijk en sterk verband in beide sectoren tussen zorgafhankelijkheid en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Naarmate de zorgafhankelijkheid toeneemt, worden vrijheidsbeperkende maatregelen vaker toegepast. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met vorig jaar.

6.10 Kwaliteitsindicatoren valpreventie

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

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

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

Tabel 6.8 *Kwaliteitsindicatoren valpreventie op instellingsniveau in 2011 (%)*

	AlgZ	WZW
Kwaliteitsindicatoren		
Aantal instellingen	9	74
Decentrale registratie	88,9	98,6
Valpreventie protocol	77,8	86,5
Protocol gerelateerd aan de landelijke richtlijn	88,9	85,1
Informatiebrochure valpreventie	66,7	39,2
Bijscholing valpreventie voorbij 2 jaar	77,8	75,7
Standaard overdracht bij opname en ontslag	22,2	74,3

Uit deze tabel blijkt dat in beide sectoren respectievelijk bijna 90% en bijna 100% van de instellingen valincidenten registreren. Bijna 78% van de algemene ziekenhuizen en ruim 86% van de WZW instellingen heeft een protocol waarvan meer dan 80% refereert aan de landelijke richtlijn. Dat is 7% meer dan vorig jaar.

Cliënten kunnen zelf ook een belangrijke rol spelen bij valpreventie. Ze moeten dan wel voorgelicht worden. Hierbij scoren algemene ziekenhuizen met 66,7% beter dan de sector WZW met 39,2%.

Bijscholing rondom de valproblematiek vindt in beide sectoren plaats in meer dan 75% van de instellingen. Dat is een stijging van bijna 15%. Ook dat is een goede zaak.

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

Tabel 6.9 *Kwaliteitsindicatoren valpreventie op afdelingsniveau in 2011 (%)*

	AlgZ	WZW
Kwaliteitsindicatoren		
Aantal afdelingen	77	225
Aandachtsvelder vallen	58,4	78,9
Controle op werken volgens protocol/richtlijn	58,4	83,9
Valevaluatie bij opname/intake	64,9	74,4
Valprev MR bespreken MDO	49,4	99,1
Valprev MR bespreken cliënt	84,4	99,6
Standaard overdracht bij opname en ontslag	59,7	78

Uit de gegevens van tabel 6.9 blijkt dat in beide sectoren vooral valpreventieve maatregelen besproken worden met de cliënt/mantelzorg en veelal multidisciplinair, vooral in de sector WZW. De controle op werken volgens het protocol scoort ook goed, met name in de sector WZW, en dit is vergelijkbaar met afgelopen jaar. Een “aandachtsvelder” voor vallen is veelvuldig aanwezig op de afdelingen. Dat is een zeer positieve evolutie met een stijging van bijna 20% ten opzichte van vorig jaar. De valevaluatie scoort ook duidelijk beter in beide sectoren.

6.11 Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen

In deze paragraaf worden per type instelling de 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 het gebied van vrijheidsbeperking op instellingsniveau weergegeven.

Tabel 6.10 Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen op instellingsniveau in 2011 (%)

Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW
Aantal instellingen	9	74
Decentrale registratie van VMR	66,7	100
Protocol VMR	100	98,6
Bijscholing VMR voorbij 2 jaar	88,9	68,9
Standaard overdracht bij opname en ontslag	55,6	74,3

Uit de gegevens in tabel 6.10 blijkt dat in de sector WZW alle instellingen het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen decentraal registreren. In algemene ziekenhuizen is dat 66,7%. Dat is een toename van 12% ten opzichte van vorig jaar. Alle algemene ziekenhuizen en bijna alle instellingen in de sector WZW hebben een protocol betreffende het toepassen van vrijheidsbeperking. In beide sectoren wordt veelvuldig bijscholing gegeven, vooral in algemene ziekenhuizen. Dat is vergelijkbaar met vorig jaar. Voor algemene ziekenhuizen is de overdracht bij opname en ontslag ten aanzien van toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen vergelijkbaar gebleven met vorig jaar (55,6%), maar in de sector WZW is dat met bijna 15% gedaald tot 74,3%.

In tabel 6.11 is de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren op het gebied van vrijheidsbeperking op afdelingsniveau weergegeven.

Tabel 6.11 Kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen op afdelingsniveau in 2011 (%)

Kwaliteitsindicatoren	AlgZ	WZW
Aantal afdelingen	77	225
Aandachtsvelder VMR	75,3	72,6
Controle op werken volgens protocol/richtlijn	68,8	96,4
VMR bespreken MDO	54,5	97,3
Decentrale registratie	96,1	97,8
Bespreken met cliënt/mantelzorg	97,4	97,8
Standaard overdracht bij opname en ontslag	90,9	81,6

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

Uit de gegevens van deze tabel blijkt dat in beide sectoren vrijheidsbeperkende maatregelen vooral besproken worden met de cliënt/mantelzorg. Er is veel controle op het werken volgens protocol, vooral in de sector WZW. Afdelingen evalueren het toepassen van vrijheidsbeperking veelal tijdens een multidisciplinair overleg, vooral in de sector WZW. Personen die zich gespecialiseerd hebben op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen (aandachtsvelders) komen in bijna 75% van alle instellingen voor. Dat is een stijging met bijna 20%. Ook de overdracht scoort beter, vooral in algemene ziekenhuizen (90,9%).

6.12 Conclusies

6.12.1 Vallen

De voorbije vijf jaren hebben de LPZ metingen aangetoond dat behalve de hoge incidentie van vallen en vaker vallen, ook de incidentie van valgerelateerde letsels zorgwekkend is. Er zijn dit jaar meer cliënten gevallen, maar de vellers zijn iets minder vaak gevallen. Bijna een op de twee valincidenten leidt tot letsel. Algemene ziekenhuizen hebben de meeste vellers en de meeste valgerelateerde letsels. Valincidenten met letsel komen het minst voor in de sector WZW.

Behalve fysieke gevolgen zijn er ook psychische en sociale gevolgen van vallen. Drie op de vijf vellers heeft valangst, vooral in algemene ziekenhuizen. Opvallend is dat bij de niet-vellers bijna een vierde ook valangst heeft.

De belangrijkste oorzaken van valincidenten zijn lichamelijke gezondheidsproblemen (vooral in algemene ziekenhuizen), gevolgd door psychische gezondheidsproblemen (vooral in de sector WZW) en extrinsieke factoren (vooral in algemene ziekenhuizen).

Primaire valpreventieve maatregelen (bij de niet-vellers) worden nog steeds veel te weinig toegepast, terwijl secundaire valpreventieve maatregelen (preventie bij vellers) meer toegepast worden. Tertiaire valpreventieve maatregelen (ter voorkoming van letsel) worden ook te weinig toegepast.

De meeste instellingen hebben tegenwoordig een protocol voor vallen, dat refereert aan de landelijke richtlijn, terwijl in drie van de vier instellingen bijscholing rondom valproblematiek plaatsvindt.

Op afdelingsniveau is het gebruik van een valevaluatie bij opname/intake flink verbeterd. Mogelijk omdat ook het aantal aandachtsvelders voor vallen is toegenomen.

6.12.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij een op de vijf cliënten, wat vergelijkbaar is met vorig jaar. In de sector WZW, waar vrijheidsbeperkende maatregelen het meest voorkomen, is het toepassen van beddekken niet verminderd. Wel is er een lichte daling in het toepassen van gedragsbeïnvloedende medicatie en een lichte

stijging in het toepassen van domotica, hetgeen een goede ontwikkeling is omdat domotica meer humane maatregelen zijn. Afzondering/separatie wordt in beide sectoren nauwelijks toegepast.

De meest voorkomende reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen is in beide sectoren nog steeds “om vallen te voorkomen”. Vrijheidsbeperkende maatregelen bij zwerfgedrag (vooral chronische zorg), agressief gedrag en om medische behandeling mogelijk te maken (vooral algemene ziekenhuizen), worden weinig toegepast.

Vrijheidsbeperkende maatregelen leidden in 2011 slechts zelden tot letsel (N=9). Bij twee cliënten ontstond een ernstig letsel.

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vooral toegepast bij dementerende cliënten (sector WZW), cliënten met ziekte van hart- en vaatstelsel, cliënten met een hoge mate van ADL- en HDL-afhankelijkheid (vooral sector WZW) en bij volledige zorgafhankelijkheid.

Over de periode 2007 – 2011 blijkt dat het toepassen van vrijheidsbeperking in algemene ziekenhuizen redelijk stabiel is, maar in de sector WZW is er een daling met meer dan 5%.

6.13 Aanbevelingen

Valincidenten zijn zowel individueel als maatschappelijk een groot probleem. Valpreventie moet in alle zorgsectoren en op alle niveaus blijvend op de agenda staan en ingebed worden in een valpreventief beleid. 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 meting een belangrijke input bieden omdat registratie en analyse van valincidenten bij de ontwikkeling van een dergelijk beleid een belangrijke (eerste) stap zijn: meten = weten en dat kan leiden tot verbeteren.

Door (een) 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 valincidenten veelal multi-factorieel is. Aansluitend op die valevaluatie moeten de maatregelen bij voorkeur deel uit maken van een multidisciplinair multi-factorieel behandelplan inclusief periodieke herhalingen van de valevaluatie.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen blijft zorgelijk. De reden om met vrijheidsbeperkende maatregelen valincidenten te voorkomen is een verkeerde reden. Zorginstellingen moeten een beleid ontwikkelen om het toepassen van vrij-

VALLEN EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

heidsbeperkende maatregelen te beperken met meer aandacht voor humane alternatieven.

6.14 Literatuur

- Capezutti E, NE Strumpf, LK Evans, and G Maislin. Outcomes of nighttime physical restraint removal for severe impaired nursing home residents. *Am J Alzheimer's Disease* 1999 (14); 157–64.
- 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 and TW Dassen (2005). Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4): 410–16(7).
- Evans LK, NE Strumpf, SL Allen Taylor, E Capezutti, G Maislin and B Jacobsen. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997 (45): 675–81.
- Letsel Informatie Systeem 2002–2006, Consument en Veiligheid.
- Neufeld RR, LS Libow, WJ Foley, JM Dunbar, C Cohen and B Breuer. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999 (47): 1202–7
- 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 ontstekingachtige 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, gebruik van 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.

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 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 2011

In totaal hebben 65 instellingen met 6.285 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. Deze cliënten en instellingen worden meegenomen in de analyses. In totaal voldeden 52 instellingen met 107 afdelingen aan de genoemde inclusiecriteria met in totaal 5.389 cliënten. Academische ziekenhuizen en de thuiszorg zijn niet meegenomen, omdat te weinig instellingen hiervan hebben deelgenomen.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 7.1 Overzicht kenmerken deelnemers smetten in 2011

Kenmerken deelnemers	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal instellingen	9	43	52
Aantal afdelingen	32	74	107
Respons (%)	98,5	99,0	98,9
Aantal werkelijke deelnemers module smetten	1.162	4.227	5.389
Geslacht vrouw (%)	53,1	74,0	69,5
Gemiddelde leeftijd (SD)*	67,8 (15,8)	83,8 (8,4)	80,4 (12,4)
Gemiddelde BMI (SD)**	26,7 (5,6)	25,3 (5,1)	25,4 (5,2)
Operatie: Ja (%)	30,6	0,4	6,9

* SD = Standaarddeviatie. Dit wil zeggen de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde.

** BMI = gewicht : lengte²

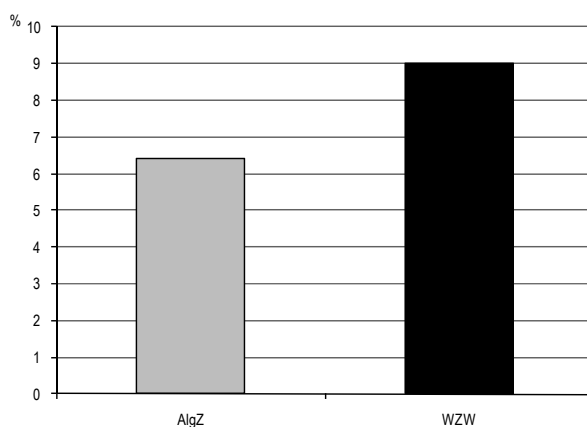
De kenmerken van de cliënten komen vrijwel overeen met de kenmerken van alle cliënten, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De cliënten waarvan gegevens bekend zijn over smetten, vormen dus geen specifieke groep wat betreft geslacht, leeftijd, BMI en het wel of niet hebben ondergaan van een operatie, ziektebeelden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

7.4 Prevalentie smetten

In deze paragraaf wordt de prevalentie van smetten weergegeven.

Prevalentie smetten

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



Figuur 7.1 Prevalentie van smetten naar sector in 2011 (%)

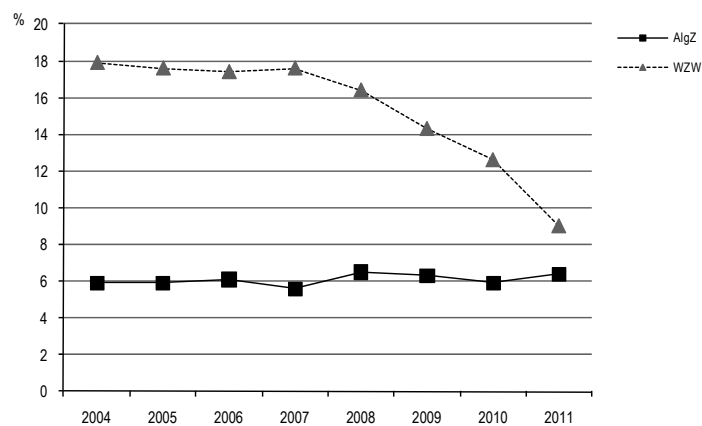
Uit deze figuur blijkt dat gemiddeld bij 8,5% cliënten één of meer smetplekken zijn geconstateerd. Over het algemeen komen smetplekken meer voor in de sector WZW.

SMETTEN

Bij 52,1% van de cliënten met één of meer smetplekken zijn de smetplekken vóór opname ontstaan wat betreft het algemene ziekenhuis, voor de sector WZW is dit vele malen minder, namelijk 24,7%. Smetplekken ontstaan hier dus in de meeste gevallen na opname.

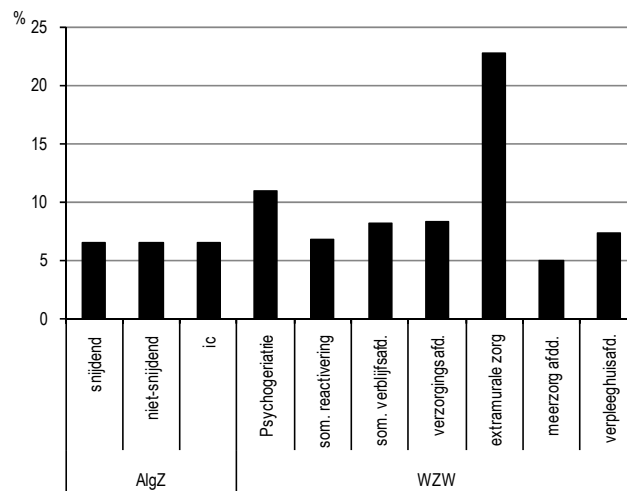
In vergelijking met voorgaande jaren is de prevalentie van smetten nagenoeg gelijk gebleven voor de algemene ziekenhuizen. Binnen de sector WZW is sinds enkele jaren een dalende trend te zien (zie figuur 7.2).

In figuur 7.2 staat de prevalentie van smetten weergegeven van 2004 tot 2011.



Figuur 7.2 Verloop van de prevalentie van smetten van 2004 tot en met 2011 (%)

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 2011 (%)

Uit deze figuur blijkt dat in algemene ziekenhuizen de prevalentie van smetten vergelijkbaar is (rond 6,5%) en in de sector WZW komt vooral bij de extramurale zorg een hoge prevalentie van smetten voor (22,2%).

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 7.2 staat de prevalentie weergegeven naar locatie, uitgesplitst naar geslacht.

Tabel 7.2 Prevalentie smetten naar locatie en geslacht in 2011 (%)

Locatie	Man (N= 1.624)	Vrouw (N =3.747)	Totaal (N=5.389)
Rechter borstplooi	0,1	3,5	2,5
Linker borstplooi	0,1	3,9	2,7
Rechter liesplooi	2,9	3,4	3,2
Linker liesplooi	3,0	3,2	3,1
Rechter okselplooi	0,4	0,2	0,3
Linker okselplooi	0,4	0,2	0,3
Bilnaad	1,5	2,6	2,3
Buikplooi	0,9	1,8	1,0
In andere huidplooien	0,9	0,6	0,7

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

Ziektebeelden

In tabel 7.3 zijn de prevalentiecijfers weergegeven in relatie tot de ziektebeelden. Alleen die ziektes zijn meegenomen waarvan minimaal 100 cliënten smetplekken hebben.

SMETTEN

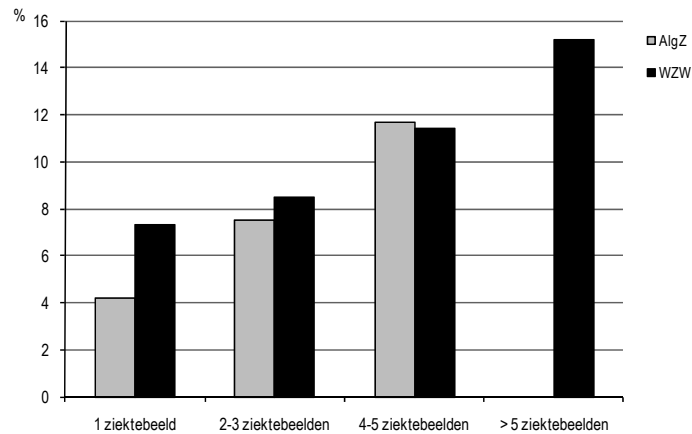
Tabel 7.3 Prevalentie smetten per ziektebeeld in 2011 (%)

	Acute zorg	Chronische zorg	Totaal
	AlgZ	WZW	T
Aantal deelnemers (N)	1.162	4.227	5.389
Ziektebeelden			
Infectieziekte	6,0	*	7,8
Kanker	5,5	13,1	10,5
Endocriene-, voedings- of stofwisselingsziekte	*	12,4	11,8
Diabetes Mellitus	10,1	13,2	12,6
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	*	8,8	9,7
Psychische stoornis	*	10,8	10,3
Dementie	*	8,8	8,9
Ziekte van het zenuwstelsel, excl. CVA	*	6,4	7,0
Ziekte van oog/oor	*	9,0	8,9
Dwarslaesie	*	*	20,0
Ziekte van hart- en vaatstelsel	9,4	9,9	9,8
CVA/hemiparese	*	10,7	10,2
Ziekte van ademhalingswegen, incl. neus, tonsillen	6,5	14,3	11,7
Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas	6,2	9,2	8,3
Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen	5,7	11,0	9,7
Ziekte van de huid	*	15,2	15,1
Ziekte van bewegingsstelsel	*	9,9	9,7
Congenitale afwijkingen	*	*	*
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	*	*	*
Totale heupvervangning			
Activiteiten			
ADL-afhankelijk	*	9,8	9,9
HDL-afhankelijk	*	8,0	8,0

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

Uit tabel 7.3 blijkt dat vooral bij cliënten met Diabetes Mellitus relatief vaker smetten wordt vastgesteld. In de sector WZW valt op dat cliënten met een ziekte van de huid en ziekte van de ademhalingswegen iets vaker smetten hebben. Ook bij cliënten met een psychische stoornis komt smetten vaker voor.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

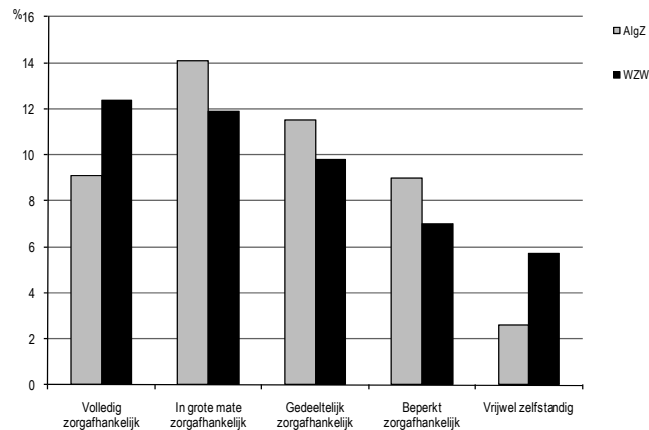


Figuur 7.4 Prevalentie smetten naar aantal ziektebeelden in 2011 (%)

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

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 2011 (%)

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 cliënten met smetten, waarbij de maatregelen zowel ter preventie als behandeling kunnen gelden en cliënten zonder smetten waarbij de maatregelen alleen ter preventie zijn.

SMETTEN

Tabel 7.4 Maatregelen ter preventie of ter behandeling van smetten in 2011 (%)

Maatregelen	Acute zorg		Chronische zorg	
	AlgZ		WZW	
	Geen smetten	Wel smetten	Geen smetten	Wel smetten
	% waarbij maatregel wordt toegepast			
Geen	56,3	1,3	35,0	1,6
Deskundige ingeschakeld	0,2	12,0	2,6	30,3
Dragen van katoenen ondersteunende absorberende kleding	9,3	29,3	15,4	33,4
Materialen aanbrengen tussen de huidplooien	0,7	29,3	1,6	31,8
Aanbrengen zinkolie, antischimmel preparaat, barrièrespray of –crème	2,1	62,7	14,0	75,8
Aanbrengen van lokaal antischimmelpreparaat	0,4	17,3	0,6	17,9
Dagelijks wassen en goed droogdeppen van de huidplooien	39,2	67,0	54,6	83,2
Wassen zonder zeep of met PH-neutrale zeep	7,6	16,0	18,5	39,5
Dagelijks observeren huid en huidplooien	38,8	80,0	56,9	87,6
Anders	0,2	1,3	2,1	0,8

Uit tabel 7.4 blijkt dat bij vrijwel alle cliënten met smetten maatregelen zijn toegepast. In de algemene ziekenhuizen worden vaker geen maatregelen genomen bij cliënten die geen smetten hebben. De sector WZW is dus blijkbaar iets meer alert op het ontstaan van smetten.

Bij cliënten die geen smetten hebben wordt dagelijks bij meer dan 1 van de 3 de huid en huidplooien geobserveerd en gewassen en droog gedepd.

Bij de cliënten die smetten hebben worden bij bijna alle cliënten één of meerdere maatregelen genomen. Dit betreft met name het dagelijks wassen en goed droog depden van de huidplooien, het dagelijks observeren van de huid en het aanbrengen van zinkolie of een antischimmel preparaat of barrièrespray of –crème. In de sector WZW 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 het gebruik van een barrièrespray, die ontraden wordt bij stadium 3 en 4, maar juist aangeraden wordt bij stadium 1 en 2.

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

7.7 Kwaliteitsindicatoren smetten

In deze paragraaf worden de kwaliteitsindicatoren voor de preventie en behandeling van smetten op instellingsniveau (tabel 7.5) en afdelingsniveau (tabel 7.6) besproken.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 7.5 Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau in 2011 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Chronische zorg
	AlgZ	WZW
Er is een geaccordeerd protocol	88,9	72,1
De landelijke richtlijn smetten wordt gehanteerd	77,8	74,4
Er wordt gecontroleerd of er volgens de richtlijn wordt gewerkt	66,7	83,7
Er is binnen de instelling een verantwoordelijke die protocol up-to-date houdt	77,8	86,0
Er is de laatste 2 jaar een bijscholing geweest over smetten	55,6	48,8
Er is binnen de instelling een informatiebrochure over smetten voor cliënten/bewoners en familie	11,1	16,3
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav smetten	66,7	76,7

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 bij de andere indicatoren is een toename te zien. Er wordt meer gecontroleerd en er is een verantwoordelijke aangesteld. Het informeren van cliënten/bewoners en familie via een brochure gebeurt nog steeds erg weinig.

Tabel 7.6 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau in 2011 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg	Chronische zorg
	AlgZ	WZW
Er is een aandachtsvelder smetten	80,4	59,8
Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol smetten wordt gewerkt	66,1	81,6
In het verpleegdossier staat vermeld welke handelingen voor preventie en/of behandeling moeten plaatsvinden	87,5	100,0
Het geïndiceerde materiaal voor smetten is standaard beschikbaar op de afdeling	85,7	78,2
Elke cliënt met smetten ontvangt een informatiebrochure over smetten voor cliënten/bewoners en familie	10,7	12,6
Standaard overdracht bij opname en ontslag tav smetten	82,1	75,9

Op afdelingsniveau is ook een toename te zien in het controleren of er volgens de richtlijn wordt gewerkt en het vermelden welke handelingen voor preventie en/of behandeling moeten plaatsvinden in het verpleegdossier. Het gebruik van een informatiebrochure komt nog steeds nauwelijks voor.

7.8 Conclusies

Smetten komen bij 8,5% 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.

SMETTEN

Bij vrijwel alle cliënten met smetplekken worden maatregelen genomen. Met name het dagelijks observeren, wassen en goed droogdeppen van de huidplooiën 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 is er een herziening van de richtlijn smetten (LEVV 2004, V&VN 2011). 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 and 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.
- Van Duijn HJ en J Mulder (1988). Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; smetten onder de borsten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 132(40): 1842–43.
- Feuilhade DC, et L Jouffroy (1979). Intertrigo: diagnostique et traitement. *Concours Medical*. 101(34): 5127–44.
- Janniger C, R Schwarz, J Szepietowski and 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 en R Halfens (2003). *Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen*. Utrecht: NIVEL.
- Mistiaen P, E Poot, S Hickox, C Jochems and C Wagner (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 P en C Wagner (2006). Smetten; hoofdstuk 6 in: Halfens R, M Janssen, J Meijers (2006). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006*. Universiteit Maastricht.
- Poot E, P Mistiaen en S Hickox (2003). Behandeling van smetten: goed of fout? *Verpleegkunde Nieuws*. 17(10): 26–7.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

- Selden S (2005) Intertrigo. eMedicine Journal. (<http://www.emedicine.com/derm/topic198.htm>. Accessed 04/06/06)
- V&VN (2011). Landelijke multidisciplinaire richtlijn Smetten (Intertrigo) preventie en behandeling (<http://www.venvn.nl/Actueel/Nieuwsarchief/tabid/1789/Articleid/5327/mid/3452/Default.aspx>. Verkregen op 19/10/2011)
- 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 de LPZ meting 2011 vergeleken tussen Nederland en Oostenrijk. Deze vergelijking zal per zorgprobleem plaatsvinden.

8.1 Inleiding

Dit jaar is voor de derde keer de LPZ meting in Oostenrijk uitgevoerd. De opzet en uitvoering van het onderzoek in Oostenrijk is identiek aan die van Nederland. Alle materialen, zoals vragenlijsten en handleidingen zijn vertaald, en bij onduidelijkheden over de vertaling zijn deze met de landelijke coördinator doorgesproken, totdat overeenstemming bereikt was. De meting is ook op dezelfde dagen uitgevoerd als in Nederland.

Verder is in Oostenrijk dezelfde procedure gevolgd. Alle participerende instellingen hebben één instellingscoördinator die verantwoordelijk is voor de organisatie van de meting en voor de communicatie met de landelijke coördinator en de LPZ in Maastricht. De landelijke coördinator in Oostenrijk heeft 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 een beschrijving van de deelnemers aan de meting worden gegeven.

8.2 De deelnemers

De deelnemers aan deze internationale vergelijking betreffen de instellingen, afdelingen en cliënten uit Nederland en Oostenrijk die in 2011 hebben deelgenomen aan de LPZ.

In de vorige hoofdstukken is steeds een selectie toegepast van instellingen groter dan 50 cliënten, met een respons van meer dan 90% en met cliënten ouder dan 18 jaar. Dit bleek echter niet mogelijk voor deze internationale vergelijking, vooral omdat in Oostenrijk 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.

INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

Tabel 8.1 Overzicht kenmerken internationale deelnemers 2011

Kenmerken deelnemers	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Aantal instellingen	40	232	20	9
Aantal afdelingen	493	699	117	34
Respons (%)	95,1	96,4	85,1	82,6
Aantal werkelijke deelnemers	7.648	18.204	1.926	688
Geslacht vrouw (%)	51,1	73,8	54,1	84,0
Gemiddelde leeftijd	65,8	83,5	65,0	84,3
Gemiddelde CDS	64,2	50,2	68,3	40,2

Uit de tabel blijkt dat in Nederland meer instellingen participeren aan de LPZ. In vergelijking met Nederland is de respons in Oostenrijk iets lager.

Het percentage vrouwen is voor de ziekenhuizen vergelijkbaar, bij de WZW sector is het percentage vrouwen hoger in Oostenrijk. De leeftijd van de cliënten per sector is vergelijkbaar tussen beide landen. De zorgafhankelijkheid echter is in de Oostenrijkse WZW sector hoger vergeleken met Nederland (hoe lager de score op de CDS hoe groter de zorgafhankelijkheid). Deze gegevens verschillen nauwelijks met die van het afgelopen jaar.

De vergelijking van de resultaten van de WZW instellingen tussen beide landen is lastiger dan de vergelijking van bijvoorbeeld de ziekenhuizen. In de WZW sector zijn diverse vormen van zorg ondergebracht, zoals in Nederland de verpleeghuizen en verzorgingshuizen en in Oostenrijk de Pflegeheime en Betreuungseinrichtungen. Onduidelijk is of deze vormen van zorg vergelijkbaar zijn tussen de landen. Vandaar dat deze sector niet een op een vergeleken mag worden.

8.3 Vergelijking zorgproblemen

Bij het interpreteren van de data moet rekening worden gehouden 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 voorgaande hoofdstukken.

8.3.1 Decubitus

In tabel 8.2 zijn enkele prevalenties van decubitus weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat decubitus meer voorkomt in Nederland dan in Oostenrijk. Meer specifiek blijkt dat decubitus (excl. graad 1) in Nederland het meest voorkomt in de ziekenhuissector en in Oostenrijk in de WZW sector. Als we de prevalentie berekenen over alleen de cliënten met een verhoogd risico zien we dat de prevalentie het hoogste is in de Nederlandse ziekenhuizen. Uit de laatste rij (decubitus exclusief graad 1 ontstaan in de eigen instelling bij risicocliënten) blijkt ook dat de meeste decubitus bij cliënten met een risico op decubitus ontstaat in de Nederlandse ziekenhuizen.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Tabel 8.2 *Prevalenties decubitus in 2011 (%)*

Prevalentie	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Decubitus excl. graad 1 (%)	5,9	3,2	1,7	4,5
Decubitus excl. graad 1, risico pat. (%)	10,6	5,2	6,3	6,2
Nosocomiale decubitus excl. graad 1, risico pat. (%)	7,1	3,6	1,9	4,5

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.

Tabel 8.3 *Preventieve maatregelen decubitus bij risico cliënten in 2011 (%)*

Preventieve maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
AD-matras	90,5	71,4	59,5	83,4
Wisselgigging	27,8	14,0	24,8	50,6
Voorkomen tekort vocht en voeding	41,8	36,1	17,0	60,9
Voorlichting en instructie	26,7	17,7	18,3	53,3
Hielen vrijleggen	23,5	19,0	25,4	49,2
Hielbeschermers	4,8	4,6	6,3	18,9
Crème bescherming huid	16,8	39,3	60,9	95,3
Schapenvacht	0,2	0,6	0,0	1,2
Gemiddeld aantal maatregelen	2,3	2,0	2,1	4,1

De meest toegepaste preventieve maatregel in Nederland is het gebruik van een AD-matras, in Oostenrijk is dit het gebruik van een crème ter bescherming van de huid. Gemiddeld worden in de Oostenrijkse WZW instellingen de meeste preventieve maatregelen genomen. Men gebruikt vooral vaak een crème ter bescherming van de huid, maar ook de maatregelen wisselgigging, het voorkomen van een tekort aan vocht en voeding en het geven van voorlichting worden relatief vaak gebruikt in de Oostenrijkse WZW instellingen.

Het gebruik van een schapenvacht komt nauwelijks nog voor in beide landen. Ook hielbeschermers worden nauwelijks nog toegepast, met uitzondering van de Oostenrijkse WZW sector.

Voor de ziekenhuissector geldt dat er grote verschillen zijn in het toepassen van de maatregelen AD-matras en voorkomen van tekort aan vocht en voeding. Beide worden vaker toegepast in Nederland. In de sector WZW worden alle maatregelen vaker toegepast in Oostenrijk dan in Nederland.

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

INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

Tabel 8.4 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren decubitus 2011

Niveau	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (10 indicatoren)	8,0	7,8	5,4	6,5
Afdelingsniveau (9 Indicatoren)	7,1	7,9	6,5	7,5

Uit deze tabel blijkt dat op instellingsniveau de Nederlandse instellingen het meest voldoen aan de kwaliteitsindicatoren. Op afdelingsniveau scoren de landen min of meer vergelijkbaar, waarbij de Nederlandse WZW sector aan de meeste indicatoren voldoet.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in Nederlandse ziekenhuizen decubitus het meest aanwezig is, terwijl hier juist aan de meeste kwaliteitsindicatoren voldaan wordt. De WZW instellingen verschillen nauwelijks tussen beide landen, hoewel in de Oostenrijkse WZW instellingen meer preventieve maatregelen worden genomen.

8.3.2 Incontinentie

In tabel 8.5 is de prevalentie van urine-incontinentie, dubbele incontinentie en incontinentieletsel weergegeven.

Tabel 8.5 Prevalentie incontinentie(letsels) in 2011 (%)

Prevalentie	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Urine-incontinentie	14,5	56,8	19,2	82,5
Dubbele incontinentie	8,5	27,3	5,0	56,3
Incontinentieletsel	2,4	3,4	1,0	2,9

In deze tabel is te zien dat er grote verschillen zijn in prevalenties van incontinentie tussen beide landen in de WZW sector. In de Oostenrijkse WZW sector is de prevalentie van urine-incontinentie het hoogst. Voor de prevalentie van dubbele incontinentie geldt hetzelfde beeld.

Incontinentieletsel komt in beide landen in beide sectoren weinig voor.

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 2011(%)

Maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Aanpassing omgeving	0,9	1,2	13,6	45,4
Aanpassing kleding	3,6	6,2	17,1	67,6
Training (blaas/bekken etc.)	3,6	0,9	7,0	5,4
Toilet op gezette tijden	7,5	36,9	15,0	57,2
Wegwerpmaterialen	40,5	91,3	63,0	92,5
Geen maatregelen	54,7	6,9	31,5	3,5

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Uit deze tabel blijkt dat in de Oostenrijkse WZW sector de meeste maatregelen bij urine-incontinentie genomen worden. In de Nederlandse ziekenhuizen worden de minste maatregelen genomen. De inzet van wegwerpmaterialen is de meest gebruikte maatregel bij urine-incontinentie in beide sectoren in beide landen.

In de Nederlandse instellingen worden, met uitzondering van het gebruik van wegwerpmaterialen en toiletrondes op gezette tijden, weinig maatregelen genomen ter preventie van incontinentie. In Oostenrijk wordt naast het gebruik van wegwerpmaterialen, vooral vaak gebruik gemaakt van het aanpassen van kleding en toiletrondes op gezette tijden.

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

Tabel 8.7 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren incontinentie 2011

Niveau	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (8 indicatoren)	4,5	5,6	4,7	5,1
Afdelingsniveau (7 indicatoren)	4,1	5,7	4,4	5,3

Uit deze tabel blijkt dat in beide landen de WZW sector aan de meeste kwaliteitsindicatoren voldoet, zowel op instellingsniveau als op afdelingsniveau. Er zijn geen grote verschillen zichtbaar tussen beide landen.

Uit bovenstaande komt naar voren dat in de WZW sector in Oostenrijk de meeste urine-incontinentie en dubbele incontinentie voorkomt. Opvallend is dat juist in deze sector ook de meeste maatregelen worden genomen om urine-incontinentie te voorkomen. In beide landen is de meest voorkomende preventieve maatregel het gebruik van wegwerpmaterialen. De scores voor de kwaliteitsindicatoren zijn vergelijkbaar voor beide landen.

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 2011(%)

Prevalentie	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Risico op ondervoeding	18,2	26,2	18,8	23,1
Ondervoeding	24,3	17,2	17,9	20,3

Uit deze tabel blijkt dat er geen grote verschillen zijn tussen de landen voor het risico op ondervoeding. Wel hebben in beide landen meer bewoners een risico op onder-

INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

voeding in de WZW sector. Ondervoeding komt in Nederland meer voor in de ziekenhuizen, terwijl in Oostenrijk het percentage hoger is in de WZW sector. 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 in 2011 (%)*

Maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Diëtist	32,1	20,3	3,9	53,5
Energie (eiwit) verrijkt dieet	13,1	3,3	2,0	23,6
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	12,2	7,8	2,0	24,2
Orale bijvoeding	9,1	9,6	4,2	15,3
Sondevoeding	7,7	0,7	2,8	3,8
Parenterale voeding	4,2	0,1	5,6	0

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

Verder blijkt uit de tabel dat een energieverrijkt dieet en energieverrijkte tussendoortjes vaker in de Oostenrijkse WZW sector gebruikt worden dan in Nederland. In de ziekenhuissector worden deze maatregelen juist meer in Nederland toegepast. Orale bijvoeding wordt het meest toegepast in de Oostenrijkse WZW sector.

Parenterale voeding is bij uitstek een maatregel die gebruikt wordt in ziekenhuizen in beide landen.

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

Tabel 8.10 *Maatregelen bij cliënten met ondervoeding in 2011 (%)*

Maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Diëtist	68,2	44,3	27,6	68,1
Energie (eiwit) verrijkt dieet	37,1	12,4	11,1	57,2
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	30,4	22,1	11,7	55,8
Orale bijvoeding	25,1	28,7	15,2	43,5
Sondevoeding	13,9	1,6	2,1	4,3
Parenterale voeding	4,4	0,1	7,9	1,4

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 gelijk.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

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

Tabel 8.11 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren ondervoeding 2011

Niveau	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (9 indicatoren)	8,1	7,5	4,5	8,1
Afdelingsniveau (15 indicatoren)	12,2	14,4	11,7	14,6

Uit deze tabel blijkt dat op instellingsniveau in Nederland de ziekenhuizen het beste scoren en in Oostenrijk de WZW sector. De Oostenrijkse ziekenhuizen voldoen aan de minste kwaliteitsindicatoren op instellingniveau. De tabel laat ook zien dat op afdelingsniveau beide landen vergelijkbaar scoren.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in beide landen meer cliënten een risico op ondervoeding hebben in de WZW sector, terwijl het aantal cliënten dat daadwerkelijk ondervoed is juist hoger is in de Nederlandse ziekenhuizen. In Oostenrijk komen de meeste ondervoede cliënten voor in de WZW sector. Het consulteren van een diëtist is de meest voorkomende (preventieve) maatregel bij zowel cliënten met een risico op ondervoeding als bij ondervoede cliënten.

8.3.4 Vallen

In tabel 8.12 is de prevalentie van vallen en valletsel weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat er geen grote verschillen zijn tussen beide landen. De prevalentie van vallen is het hoogst in de ziekenhuizen. Van degenen die gevallen zijn, hebben degenen in de ziekenhuizen ook het vaakst een valletsel, en dit betreft ook het vaakst een ernstig letsel.

Tabel 8.12 Prevalenties vallen en valletsels in 2011 (%)

Prevalenties	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Vallen	17,3	9,5	15,4	8,4
Valletsels	68,3	36,7	72,9	29,3
Ernstig letsel (w.o. heupfractuur)	62,3	15,6	43,8	35,3

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 slechts bij een beperkt aantal cliënten naar valletsels. In de WZW sector worden vaker preventieve maatregelen genomen om vallen en valletsel te voorkomen dan in ziekenhuizen. Vooral in de Oostenrijkse WZW instellingen liggen deze percentages hoog.

INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

Tabel 8.13 Preventie vallen en valletsels in 2011 (%)

Maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Preventie vallen	30,7	74,1	45,3	96,7
Preventie valletsel	3,1	13,2	3,9	22,4

In tabel 8.14 zijn het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren per instelling en per afdeling van vallen weergegeven. Hieruit blijkt dat Oostenrijk aan de meeste kwaliteitsindicatoren voldoet vergeleken met Nederland. Dit geldt voor beide sectoren, zowel op instellingsniveau als afdelingsniveau.

Tabel 8.14 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren vallen 2011

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

Samenvattend kunnen we zeggen dat in beide landen cliënten uit het ziekenhuis de meeste valincidenten hebben gehad, en de valincidenten ook het vaakst geresulteerd hebben in een (ernstig) valletsel. In Oostenrijk voldoen de instellingen het meest aan de kwaliteitsindicatoren, zowel in de ziekenhuizen als in de WZW sector.

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 2011 (%)

Prevalentie	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Vrijheidsbeperkende maatregel(en)	12,4	20,8	8,0	27,9
Bedhekken	94,2	58,3	93,5	78,6
Verpleegdeken	1,9	1,8	0,0	0,5
Onrustband in bed	8,2	0,8	2,6	0,0
Gedragsbeïnvloedende medicatie	17,8	21,1	11,0	1,0

Uit deze tabel blijkt dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in beide landen vaker voorkomt in de WZW sector, waarbij men in de Oostenrijkse WZW sector het vaakst gebruik maakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. De meest toegepaste preventieve maatregel in beide landen is het gebruik van bedhekken. Opvallend is het frequente gebruik van de onrustband in Nederlandse ziekenhuizen. In de andere sectoren wordt deze, evenals de verpleegdeken, nauwelijks meer gebruikt. Gedragsbeïnvloedende medicatie wordt in Nederland vaker gebruikt dan in Oostenrijk.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

vloedende medicatie wordt in Nederland nog regelmatig voorgeschreven, terwijl dit in de Oostenrijkse instellingen veel minder gebeurt.

Tabel 8.16 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren vrijheidsbeperkende maatregelen 2011

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

In tabel 8.16 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren voor vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. In Oostenrijk wordt in beide sectoren het vaakst voldaan aan de kwaliteitsindicatoren.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in beide landen vrijheidsbeperkende maatregelen vaker toegepast worden in de WZW sector vergeleken met de ziekenhuizen. De meest toegepaste vrijheidsbeperkende maatregel is het gebruik van beddekken. Ook gedragsbeïnvloedende medicatie wordt regelmatig voorgeschreven, met uitzondering van de Oostenrijkse WZW sector. De onrustband wordt voornamelijk nog in de Nederlandse ziekenhuizen gebruikt.

De Oostenrijkse instellingen voldoen aan de meeste kwaliteitsindicatoren.

8.3.6 Smetten

In tabel 8.17 is de prevalentie van smetten weergegeven. Uit deze gegevens blijkt dat in Nederland in beide sectoren smetten vaker voorkomt. In de Oostenrijkse ziekenhuizen komt smetten het minst vaak voor.

Tabel 8.17 Prevalentie smetten in 2011 (%)

Prevalentie	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Smetten	9,1	8,5	2,7	7,0

In tabel 8.18 zijn enkele maatregelen weergegeven die genomen zijn ter behandeling van smetten. Per cliënt konden meerdere maatregelen genoemd worden.

Tabel 8.18 Maatregelen bij smetten in 2011 (%)

Maatregelen	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Dagelijks wassen/droogdeppen huidplooien	46,0	59,3	25,6	92,0
Wassen zonder zeep of met een PH-neutrale zeep	10,6	19,0	10,1	56,4
Zinkolie, lokaal antischimmelpreparaat, barrièrespray of crème	9,5	21,7	7,0	37,3
Dagelijks observeren huid en huidplooien	46,1	61,5	29,6	92,0
Geen maatregelen	47,7	29,9	65,4	2,9

INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGPROBLEMEN

De tabel laat zien dat in de Oostenrijkse WZW sector bijna altijd maatregelen worden genomen als een cliënt smetten heeft, terwijl in de Oostenrijkse ziekenhuizen daarentegen vaak geen maatregelen genomen worden. Ook in de Nederlandse WZW sector worden meer maatregelen genomen dan in de ziekenhuizen, maar lang niet zoveel als in de Oostenrijkse WZW instellingen. Op alle maatregelen scoren de Oostenrijkse WZW instellingen beduidend hoger.

In tabel 8.19 is het gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren weergegeven.

Tabel 8.19 Gemiddeld aantal kwaliteitsindicatoren smetten 2011

Niveau	Nederland		Oostenrijk	
	ZH	WZW	ZH	WZW
Instellingsniveau (7 indicatoren)	4,9	4,9	2,1	3,1
Afdelingsniveau (7 indicatoren)	4,8	5,1	4,0	4,9

In de Nederlandse instellingen voldoet men aan meer kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau. Op afdelingsniveau scoren beide landen echter vergelijkbaar.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in de Nederlandse instellingen smetten vaker voorkomt dan in de Oostenrijkse instellingen. In Nederland worden ook minder maatregelen genomen om smetten te voorkomen, terwijl men wel aan meer kwaliteitsindicatoren voldoet.

8.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is een vergelijking gemaakt van de zorgproblemen tussen Nederland en Oostenrijk. 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 beide landen een gemêleerd beeld naar voren komt. Geen van beide 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.

Vergelijken we de gegevens van beide landen dan blijken de gemeten zorgproblemen het meest voor te komen in de Nederlandse ziekenhuizen, met uitzondering van de vrijheidsbeperkende maatregelen die meer in de Oostenrijkse WZW instellingen voorkomen. Wat betreft de preventie en kwaliteitsindicatoren is niet zo'n duidelijk beeld te geven. Dit wisselt al naar gelang het zorgprobleem.

Meer diepgaande analyses moeten inzicht geven in waarom bepaalde verschillen bestaan, en wat we hiervan kunnen leren. Waarom heeft men in de Oostenrijkse ziekenhuizen bijvoorbeeld minder decubitus? Komt dat omdat ze een veelheid aan preventieve maatregelen inzetten, of zijn daar andere redenen voor? De antwoorden op deze en andere vragen kunnen informatie geven over hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden.

8.5 Aanbevelingen

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

Hier kunnen we slechts gissen naar de reden van de verschillen. Degenen die wel eens buitenlandse zorginstellingen bezocht hebben, zullen ongetwijfeld het grote aantal zorginstellingen in oude gebouwen opgevallen zijn. In Nederland komen deze gelukkig bijna niet meer voor, maar het roept wel de vraag op of we niet teveel in bakstenen investeren in plaats van in de zorg zelf. In 2010 hebben we al de vraag opgeroepen of we ons in Nederland niet wat minder met structurele zaken moeten bezighouden, maar juist meer met de proceskant van de zorg. Zo besteden we ook veel energie aan het voldoen aan de kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau, maar vertalen dit 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 lijkt daarom van belang, waarbij controle op de daadwerkelijke uitvoering niet onverstandig is. Hoewel de uitspraak: "Vertrouwen is goed, controle is beter" wordt toegeschreven aan Lenin, wordt deze in ons democratisch bestel en samenleving nog altijd 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, W Achterberg, A Ament, RJG Halfens, J Huizinga and K Montgomery (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)
- Van Nie-Visser NC, JMM Meijers, JMGA Schols, C Lohrmann, S Bartholomeyczik and RJG Halfens. Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(17–18): 2501–8.
- Tannen A, G Bours, RJG 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

2011

- Breimaier HE, J Eichhorn-Kissel, J Kottner, E Meesterberends, JMM Meijers and NC Van Nie-Visser. Editorial: The meaning of being a guest editor: a real challenge! *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(17–18): 2383–4.
- Hahn S, M Müller, I Needham, T Dassen, G Kok and RJG. Halfens. Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 20(17–18): 2519–30.
- Härlein J, RJG Halfens, T Dassen and NA Lahmann. Falls in older hospital inpatients and the effect of cognitive impairment: a secondary analysis of prevalence studies. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(1–2): 175–83.
- Meesterberends E, RJG Halfens, C Lohrmann, JMGA Schols and R De Wit. Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2011; 17(4): 705–12.
- Meesterberends E, RJG Halfens, C Heinze, C Lohrmann and JMGA Schols. Pressure ulcer incidence in Dutch and German nursing homes: design of a prospective multicenter cohort study. *BMC Nursing*, 2011; 10(1): 8.
- Nau J, T Dassen, I Needham and RJG Halfens. Sensitivity, specificity and predictive value of Confidence in Managing Patient Aggression Scale on de-escalating behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(17–18): 2584–6.
- Neelemaat F, JMM Meijers, H Kruizenga, H Van Ballegooijen and M Van Bokhorst-de van der Schueren. Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(15–16): 2144–52.
- Van Nie-Visser NC, JMM Meijers, JMGA Schols, C Lohrmann, S Bartholomeyczik and RJG Halfens. Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(17–18): 2501–8.
- Schmid-Büchi S, RJG Halfens, T Dassen and B van den Borne. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011; 15(3): 260–6.

BIJLAGE

- Van Leen M, S Hovius, J Neyens, RJG Halfens and JMGA Schols. Pressure relief, cold foam or static air?: a single center, prospective, controlled randomized clinical trial in a Dutch nursing home. *Journal of Tissue Viability*, 2011; 20(1): 30–4.
- Zeller A, T Dassen, G Kok, I Needham and RJG Halfens. Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(17–18): 2469–78.

2010

- Bartholomeyczik S, S Reuther, L Luft, NC Van Nie, JMM Meijers, JMGA Schols and RJG 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, RJG 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, MFMT, MN Chenault, FES Tan, JPH Hamers and RJG 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. and RJG Halfens (2010). Using statistical process control for monitoring the prevalence of hospital-acquired pressure ulcers. *Ostomy Wound Management*; 56(5): 54–9.
- Kottner J, and RJG Halfens (2010). Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6): 716–20.
- Kottner J, RJG 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.
- Lahmann NA, RJG 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.
- Van Leen M, S Hovius, J Neyens, RJG Halfens and JMGA 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.
- Meesterberends E, RJG 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.
- Meesterberends E, RJG Halfens, C Lohrmann, JMGA 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.
- Meijers JMM, MA Van Bokhorst-de van der Schueren, JMGA Schols, PB Soeters and RJG Halfens (2010). Defining malnutrition: mission or mission impossible? *Nutrition*; 26(4): 432–440.
- Mistiaen P, A Ament, AL Francke, W Achterberg, RJG 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, RJG Halfens, R Schwendimann, M Müller, R Imoberdorf und PE Ballmer (2009). Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital: eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. *Pflege*; 22(6): 431–41.
- Shahin ESM, JMM Meijers, JMGA Schols, A Tannen, RJG 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, RJG 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.
- Wilborn D, RJG 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, RJG 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 MFMT, JPH Hamers, AW Ambergen and RJG 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, RJG 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, RJG 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, K Raeder, RJG 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, RJG 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, RJG Halfens and T Dassen (2009). Does the number of raters influence the pressure ulcer prevalence rate? *Applied Nursing Research*; 22(1): 68–72.
- Meijers JMM, JMGA Schols, MAE Van Bokhorst-de van der Schueren, T Dassen, MAP Janssen and RJG 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.
- Meijers JMM, RJG Halfens, MAVan Bokhorst-de van der Schueren, T Dassen and JMGA Schols (2009). Malnutrition in Dutch healthcare: prevalence, prevention, treatment and quality indicators. *Nutrition*; 25(5): 512–9.
- Meijers JMM, MJ Candel, JMGA Schols, MAVan Bokhorst-de van der Schueren and RJG Halfens (2009). Decreasing trends in malnutrition prevalence rates explained by regular audits and feedback. *Journal of Nutrition*; 139(7): 1381–6.
- Offermans, MP, MFMT Du Moulin, JPH Hamers, T Dassen and RJG Halfens (2009). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourology and Urodynamics*; 28(4): 288–94.
- Schlüter AB, E Cignacco, M Müller and RJG Halfens (2009). The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *Journal of Clinical Nursing*; 18(23): 3244–52.
- 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.
- 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.

BIJLAGE

- Saxer S, RA De Bie, T Dassen and RJG Halfens (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *JWOCN*; 36(5): 539–44.
- Tannen A, E Dietz, T Dassen and RJG 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.
- Tannen A, T Dassen and RJG Halfens (2009). Response to Muurinen S et al. (2009). *Journal of Clinical Nursing*; 18(2): 1511–2.
- Wilborn D, RJG 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.
- Schlüter 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, RJG 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 and RJG 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 and 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 and 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 und 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 and RJG 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, RJG Halfens and 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 and 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 and RJG Halfens. Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nursing*, 2007; 6(1): 2.
- Mertens EI, RJG Halfens and 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 and 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 and 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 úlceras de pressao: uma nova norma Europeia. *Feridas*, 2007 ; 1(1) : 24–8.
- Schols JMGA, RJG Halfens, JMM. Meijers and JTM Weststrate. Pressure ulcer care in the Netherlands: a short historical overview. *EPUAP Review*, 2007; 8(1): 13–5.
- Shaheen ESM, T Dassen and RJG Halfens. Predictive validity of pressure ulcer risk assessment tools in intensive care patients. *World of Critical Care Nursing*, 2007; 5(3): 75–9.

BIJLAGE

2006

- Feuchtinger J, R de Bie, T Dassen and RJG 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 and 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 and T Dassen. Treatment of pressure ulcers: results of a study comparing evidence and practice. *Ostomy Wound Management*, 2006; 52(8): 60–72.
- Lahmann NA, RJG Halfens and 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 and 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 and 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, RJG Halfens and 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 und T Dassen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten. *Pflegezeitschrift*, 2006; 8: 502–4.
- Wilborn D, R Halfens and 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 and RJG 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 and 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 and RJG Halfens. Prevalence of malnutrition in Dutch health-care organizations. *Clinical Nutrition*, 2005, 24(6): 1119
- Saxer S, RJG Halfens, M Müller and 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 Huijjer Abu-Saad and 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 Huijjer Abu-Saad and 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 and RJG 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.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

2003

- Bours GJJW, RJG Halfens, MPF Berger, H Huijjer Abu-Saad and 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 and T Dassen. Dekubitusprävention: Theorie und Praxis. *Pflege*, 2003, 16(2): p. 75–82.

2002

- Bours GJJW, RJG Halfens, H Huijjer Abu-Saad and 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 and H Huijjer 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 and 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 and M Lubbers. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units: results of a cross-sectional survey. *Intensive Care*, 2001, 27, 1599–1605.
- Dassen Th, HJ Eisermann, RJG Halfens, K Balzer, C Schmiedl, G Schmitz, E Mertens und A Tannen. Pilotstudie zur Dekubitusprävalenz: der erste Schritt zu vergleichbaren Zahlen. *Pflegezeitschrift*, 2001, 5, 337–41.
- Halfens RJG, GJJW Bours and 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 and 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 and 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 and 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 Huijjer Abu-Saad and 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.

BIJLAGE

Halfens RJG and G Bours. Prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *EPUAP Review*, 1999 (2), 35.

Vaktijdschriften

2010

Mistiaen P, A Ament, W Achterberg, RJG 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, RJG 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, RJG Halfens, . 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 and 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 en RJG Halfens. Ondervoeding in verpleeghuizen: prevalentie, preventie, behandeling en beleid. *Tijdschrift voor Verpleeghuis Geneeskunde*, 2007; 32(3): 88–91.

Meijers JMM. Steentje bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van voedingszorg. *NVD Nieuws*, 2007; 9(8): 3–4.

Persoon CTM, HM Kruijenga, JMM Meijers, RJ Halfens en 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 en 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 en RJG Halfens. Een Europese richtlijn over voeding en decubitus. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde*, 2007; 32(3): 100–3.

Schols JMGA. Verpleeghuiszorg vooruit!: elimineren veiligheidsrisico's verbetert zorg aan ouderen. *Medisch Contact*, 2007; 62(23): 984–6.

Schim van der Loeff-van Veen en 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 et R Halfens. Transfert de connaissances: voeu pieux ou comment sortir de l'impasse? *Recherche en Soins Infirmiers*, 2007; (90): 58–66.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

2006

- Halfens RJG, M Hulsenboom, CM Bronner en 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 en 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 en 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 en RJG 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 JMM en RJG Halfens. Ondervoeding vraagt om aandacht. *Nutricia Alive*, 2005; 8(1): 12–3.
- Meijers JMM, M Janssen, M Van Bokhorst-Van der Schueren, E Rasmussen en RJG Halfens. Prevalentie van ondervoeding: de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 2005; 60(1): 12–5.
- Neyens JCL, BPJ Dijcks, A de Kinkelder, WC Graafmans en JMGA Schols. CBO richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen; wat kunnen verpleeghuizen hiermee? *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 2005, 36: 155–160.

2002

- Bours GJJW en RJG Halfens. De prevalentie en preventie van decubitus in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 2002, 26 (1), 42–45.
- Halfens RJG en 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 en 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 en GJJW Bours. Het beloop van decubitus stadium 1. *Verpleegkunde*, 2001, 16 (2), 84–92.
- Bours GJJW. Prevalenciecijfers decubitus in Nederland in perspectief, 1998–2001 [abstract]. *WCS Nieuwsbrief*, 2001, 17(5 congresnummer): 12.
- Bours GJJW en RJG Halfens. Vierde landelijke registratie decubitus: heeft meten zin? *WCS*, 2001.
- Defloor T, L Schoonhoven, M Clark, RJG Halfens and 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.

BIJLAGE

Halfens RJG, GJJW Bours en W Van Ast. Decubitus stadium 1: wat moeten we ermee? WCS Nieuws, 2001, 17 (1), 25–28.

Halfens RJG en GJJW Bours. Overzicht van de belangrijkste resultaten van Landelijke Prevalentie Onderzoeken Decubitus 1998–2000. Nederlandse Vereniging Verpleeghuisartsen, 2001.

2000

Bours GJJW en RJG Halfens. Doorliggen komt nog steeds te veel voor: resultaten derde landelijke registratie decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2000, 110 (21), 659–663.

Bours GJJW en 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 en RJG Halfens. Tweede landelijke registratie van de prevalentie van decubitus. WCS Nieuws, 2000, 16 (1), 51–2.

Halfens RJG en 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 en RJG Halfens. Decubitus komt nog veel te veel voor. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1999, 109 (20), 608–11.

Buss I en R Halfens. Jong geleerd, moeilijk veranderd : nieuwe inzichten decubituspreventie nog niet algemeen verspreid. TVZ, 1999, 6, 36–9.

Capezutti E, NE Strumpf, LK Evans, and G Maislin. Outcomes of nighttime physical restraint removal for severe impaired nursing home residents. Am J Alzheimer's Disease 1999 (14); 157–64.

Halfens RJG. Decubitus nog niet omlaag. Verpleegkunde Nieuws, 1999, (16 september): 7.

Neufeld RR, LS Libow, WJ Foley, JM Dunbar, C Cohen and B Breuer. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1999 (47); 1202–7

1998

Bours GJJW, RJG Halfens en IC Buss. Landelijke registratie van decubitus. Met Verve, 1998, 4(3): 7–8.

Bours GJJW, RJG Halfens en 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 en RJG Halfens. Terugdringen decubitus is mogelijk: plan voor landelijke registratie is gereed. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1997, 107(15/16): 463–5.

Evans LK, NE Strumpf, SL Allen Taylor, E Capezutti, G Maislin and B Jacobsen. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1997 (45): 675–81.

Halfens RJG en J Piersma. Landelijke aanpak decubitus. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 1997, 107(12): 352–4.

Rapporten

2010

Halfens RJG, JMM Meijers, MFMT Du Moulin, NC van Nie, JCL. Neyens en JMGA Schols (2010)

Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010.

Maastricht: Maastricht University; Caphri, 2010.

2009

Halfens RJG, JMM Meijers, JCL. Neyens en JMGA Schols (2009). Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009. Maastricht: Maastricht University; Caphri. Los bijgevoegd: Erratum.

Halfens RJG, JMM Meijers, JCL. Neyens en JMGA 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

Halfens RJG, MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Resultaten negende jaarlijkse meting 2006. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006. ISBN-10: 90-806663-7-8 ISBN-13: 978-90-806663-7-5

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 RJG, MAP Janssen, JMM Meijers, en SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Resultaten achtste jaarlijkse meting 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005. ISBN 10 90.806663-6X ISBN 13. 978-90-806663- 6-8

Halfens RJG, MAP Janssen, JMM Meijers, en SW Wansink. Landelijke prevalentiemeting decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht : Universiteit Maastricht, 2005.

2004

Halfens RJG, MAP Janssen, JMM Meijers, en SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004. ISBN 90 -806663-5-1

Halfens RJG en SW Wansink. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004. ISBN 90 -806663-4-3.

BIJLAGE

2003

Bours GJJW, RJG Halfens, en SW Wansink. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten zesde jaarlijkse meting 2003. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003. ISBN 90-806663-3-5.

Mistiaans P, C Wagner, GJJW Bours en RJG Halfens. Prevalentiemetingen van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. NIVEL: Utrecht, 2003, p. 21.

2002

Bours GJJW, RJG Halfens en SW Wansink. Landelijk prevalentie onderzoek decubitus: resultaten vijfde jaarlijkse meting 2002. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002. ISBN 90-806663-2-7.

2001

Bours GJJW en RJG Halfens, L Bosker. Drie jaar landelijk registreren: hoe nu verder? Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001.

Bours GJJW, RJG Halfens en CMC Joosten. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten vierde jaarlijkse meting 2001. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001. ISBN 90-806663-1-9.

2000

Bours GJJW, RJG Halfens en CMC Joosten. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten derde jaarlijkse meting 2000. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.

1999

Bours GJJW, RJG Halfens en CMC Joosten. Landelijk prevalentie onderzoek decubitus: uitgebreide resultaten tweede jaarlijkse meting 1999. Maastricht: Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap, Stuurgroep Decubitus, 1999.

Bours GJJW, RJG Halfens en CMC Joosten. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten tweede jaarlijkse meting 1999. 2e herziene druk. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.

1998

Bours GJJW, RJG Halfens en A de Winter. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Uitgebreide resultaten eerste jaarlijkse meting 1998. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

Bours GJJW, RJG Halfens en 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 MFMT. Urinary Incontinence in Primary Care; Diagnosis and Interventions. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008, in press.

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2011

Eman Shahin Shahin ESM. Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers in Intensive care Patients. Proefschrift. Berlin, Medizinische Fakultät der Charité-Universitätsmedizin, 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-Universitätsmedizin, 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 en H Groen. Decubitus. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid, R.I.V.M. 31-5-2007. (versie 3.10).

Halfens RJG, T Dassen und 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 und 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 en 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 en M Renierkens. Landelijke Stuurgroep Decubitus. Decubitus. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid, R.I.V.M. 9-10-2002. (versie 2.0, 26 september 2002).

BIJLAGE

2001

Halfens RJG. Pressure ulcer as an interdisciplinary problem: both research and practice. In: Kap-
peli, S. (ed.): Plegewissenschaft im Kontext der Medizin 2000, 14–24. Zürich: Universitäts-
Spital Zürich, 2001. ISBN 3–907634–01–21.

Posters

2011

Mijnarends DM, JMM Meijers, RJG Halfens, S ter Borg, SVerlaan, YC Luiking and JMGA Schols.
*Identification and characterization of community-dwelling elderly with sarcopenia: a study
protocol* [poster]. Maastricht: CAPHRI, 2011.