



Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

2010 Kort en bondig

R.J.G. Halfens, J.M.M. Meijers, M.F.M.T. Du Moulin, N.C. van Nie, J.C.L. Neyens, J.M.G.A. Schols
Department of Health Care and Nursing Science



Uitvoering

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

Projectleider

Prof. dr. R.J.G. Halfens

Senior onderzoeker

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

Onderzoekers

Mw. dr. J.M.M. Meijers
Mw. drs. N.C. van Nie
Dr. J.C.L. Neyens

Onderzoeksassistent

Mw. drs. S. Rijcken

Dit rapport is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van:



Technische uitvoering en dataverwerking: Internet Researchbureau Flycatcher

Lay-out en druk: Datawyse | Universitaire Pers Maastricht

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

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

Elk jaar neemt een groot aantal gezondheidszorginstellingen deel aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). De LPZ is een zorgmonitor, waarmee de prevalentie, preventie en behandeling, en het beleid van een aantal zorgproblemen in de Nederlandse gezondheidszorg in kaart wordt gebracht.

Grofweg zien we dat het vooruit gaat met de prevalentie en het beleid van alle zorgproblemen in Nederland. Alle personen die zich daarvoor ingezet hebben willen we hiervoor bedanken, in het bijzonder de deelnemers aan de LPZ die al jarenlang de moed hebben om naar het eigen handelen te kijken en dit te verbeteren. Hoewel het beter gaat, kan het natuurlijk altijd nog beter. Daarom zullen we ons in deze brochure met name richten op de onderdelen waar nog winst te behalen valt, hetgeen het uiteindelijke doel van de LPZ is.

Ieder jaar wordt in een rapport uitgebreid verslag gedaan van de resultaten van dat jaar. Tevens wordt aangegeven of er veranderingen hebben plaatsgevonden in vergelijking met de jaren ervoor. Daar de metingen sinds 2009 ook worden verricht in Oostenrijk, Duitsland, Zwitserland en Nieuw-Zeeland, is dit jaar voor het eerst ook een vergelijking gemaakt tussen de deelnemende landen.

Het uitgebreide rapport is een goed naslagwerk voor mensen die precies willen weten hoe het met de ontwikkelingen t.a.v. de zorgproblemen in onze gezondheidszorg gesteld is. Voor degenen die kort en bondig willen weten hoe de zorg er op dit moment voor staat, is het minder geschikt. Vandaar dat we ook een brochure gemaakt hebben, waarin kort en bondig de resultaten van 2010, de ontwikkelingen in de afgelopen jaren en de stand van zaken in vergelijking met andere landen beschreven is. Op dit moment hebben we de vergelijking met andere landen in deze brochure beperkt tot Nederland, Duitsland en Oostenrijk, omdat van de andere landen nog te weinig gegevens voorhanden zijn. In Duitsland zijn alleen de modules decubitus en ondervoeding gemeten.

Wij hopen met deze brochure de verspreiding van de resultaten te bevorderen en de resultaten breder toegankelijk te maken.

Behalve deze brochure, is ook het volledig rapport met de Nederlandse resultaten van 2010 beschikbaar. Dit volledige rapport is in beperkte oplage gedrukt en bedoeld voor degenen die zich uitgebreider willen verdiepen in de resultaten van de LPZ meting 2010.

Zowel de brochure als het rapport zijn te bestellen bij de projectgroep of te downloaden via onze website www.LPZ-UM.eu.

We wensen u veel leesplezier.

Prof. dr. Ruud J.G. Halfens
Namens de projectgroep LPZ

Noot 1 In deze brochure wordt gesproken over cliënten, waarmee ook bewoners en patiënten worden bedoeld.

Noot 2 Geen onderscheid wordt gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, aangezien volgens instellingen het onderscheid tussen beide steeds lastiger wordt. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn daarom samengevoegd tot één categorie: chronische sector (ChS)



Cliënten verwachten in de gezondheidszorg terecht te komen in een veilige omgeving. Toch treden er herhaaldelijk complicaties op. Complicaties die soms niet vermijdbaar zijn, maar vaak ook vermijdbare complicaties, zoals doorliggen, ondervoeding, incontinentie, smetten en valincidenten; allemaal complicaties die het herstel in de weg staan, extra pijn en leed kunnen veroorzaken en soms zelfs leiden tot een blijvende afhankelijkheid van zorg. Omdat deze complicaties bovendien tot extra zorginspanningen leiden, kosten ze ook nog eens veel geld.

Gemiddeld een op de vijf cliënten in de Nederlandse zorginstellingen is ondervoed. Eén op de dertien cliënten is in de afgelopen maand gevallen, vaak meer dan eens en niet zelden met ernstige gevolgen. Verder lijdt één op de tien cliënten aan irritaties en ontstekingen in de huidplooien (smetten). Meer dan de helft van de cliënten in de chronische sector is urine-incontinent, en het gebruik van luiers is meer regel dan uitzondering.

Vergeleken met de afgelopen jaren is het beeld dat uit deze cijfers naar voren komt positiever, maar tegelijkertijd nog niet rooskleurig. Je zou haast denken dat deze complicaties ‘erbij horen’ in de zorg, maar dat is te makkelijk. Veel ellende is wel degelijk door adequate verpleging, verzorging en behandeling te voorkomen of te verhelpen. Dat blijkt niet alleen uit de onderlinge verschillen tussen instellingen en uit de vergelijkingen met het buitenland. Instellingen die elk jaar meewerken aan de meting, boeken meer succes met het terugdringen van problemen dan anderen. Aandacht besteden aan het voorkómen is het begin van voorkómen.

Donabedian maakt onderscheid in drie vormen van kwaliteitsindicatoren: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Alle drie deze indicatoren worden gemeten met de LPZ. De uitkomsten kunnen alleen beïnvloed worden door het proces en de structuur. Wat betreft de structuur doen we het niet slecht in Nederland. Veel richtlijnen zijn ontwikkeld en voor elk probleem hebben we wel een gespecialiseerd iemand. Het proces laat echter nogal wat gebreken zien. Verpleegkundigen worden opgeleid met het verpleegkundig proces. Al naar gelang de auteur kent dit verschillende fasen, maar grofweg komt het neer op het vaststellen van de diagnose, het vaststellen van de beoogde resultaten, het vaststellen en uitvoeren van de interventies en de evaluatie. Het Nivel concludeerde in 2003 al dat het verpleegkundig proces nog geen gemeengoed is bij verpleegkundigen. De resultaten van de LPZ bevestigen dit. Sterker nog, vaak wordt zelfs geen begin gemaakt met het stellen van een diagnose. Bij alle gemeten zorgproblemen wordt aangegeven dat te weinig wordt vastgesteld of een cliënt een risico heeft op het probleem, dan wel het probleem al heeft. Het verdere verloop van het verpleegkundig proces laat zich dan raden. Vandaar dat aandacht voor deze problemen momenteel een van de belangrijkste aangrijpingspunten moet zijn voor verbetering, om vervolgens procesmatig verder te gaan met de uitvoering van het verpleegkundig proces.

Cultuuromslag

Dankzij de al toegenomen aandacht voor veel voorkomende zorgproblemen – decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen – boekt de Nederlandse gezondheidszorg sinds enkele jaren de eerste successen.

Bij de strijd tegen decubitus is dat, landelijk gezien, het duidelijkst. Het aantal cliënten met doorligwonden is

gedurende de afgelopen jaren duidelijk verminderd. Dit is goed nieuws, onder andere omdat de prevalentie van decubitus iets zegt over de algemene kwaliteit van zorg. Waar die onder druk staat, neemt decubitus toe. Het voorkómen van doorligwonden vraagt iedere dag opnieuw aandacht van toch al zwaar belaste verpleegkundigen en verzorgenden. Het geven van die aandacht is vooral een kwestie van discipline en procesmatig werken. Bijkomend probleem is dat afdelingen die het goed doen, weinig zichtbaar resultaat zien van de geleverde inspanningen: decubitus komt dan niet of nauwelijks voor. Decubitusbestrijding is iets dat in de cultuur van een instelling of afdeling moet zitten; afdelingen die niet willen dat hun cliënten doorliggen, kunnen zorgen dat dit ook bijna niet gebeurt. Zo beschouwd laten de cijfers sinds enkele jaren een gestage cultuuromslag in de Nederlandse zorg zien. Het voorkomen van decubitus is namelijk, met uitzondering van de academische ziekenhuizen, gedaald tot ongeveer een derde van het aantal bij de start van de metingen in 1998.

Aanbevelingen

- Om te verzekeren dat cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben – en om te voorkomen dat hun opname leidt tot onnodig meer pijn en ongemak – is procesmatig werken essentieel, evenals meewerkende en coachende leidinggevendenden die zorginhoudelijk goed op de hoogte zijn en die in de praktijk een voorbeeldfunctie vervullen.
- De cliënt omdraaien in bed zodat het gewicht niet steeds op dezelfde plekken drukt (wisselgigging), is de aangewezen manier om doorliggen te voorkomen. Toch wordt deze wisselgigging in de Nederlandse gezondheidszorg nog steeds veel te weinig toegepast, zelfs bij verreweg de meeste risicocliënten gebeurt dit niet. Door meer aan wisselgigging te doen, is nog aanzienlijke winst te boeken.
- Van de meeste cliënten die lijden aan urine-incontinentie, is niet bekend wat voor soort incontinentie het precies betreft; de diagnose is simpelweg nooit gesteld. Dit maakt het moeilijk er gericht iets aan te doen. Meer aandacht voor de diagnosestelling kan cliënten mogelijk van dit invaliderende probleem afhelpen, of in ieder geval het ongemak verminderen.
- Bij opname in de zorg worden er nog te weinig cliënten gescreend om het risico op ondervoeding vast te stellen. Ook wordt tijdens opname in de zorg het gewicht en de voedingsinname van cliënten nog te weinig door de tijd heen gevolgd en daardoor wordt een belangrijke aanwijzing voor mogelijk ondervoeding gemist.
- Verder worden ondervoede cliënten vaak in onvoldoende mate adequaat behandeld en wordt deze behandeling nog te weinig geëvalueerd. Toch zijn de acute en chronische zorgsector de afgelopen jaren op dit gebied gelukkig veel actiever geworden.
- Gemiddeld bijna één op de vier cliënten in de chronische zorgsector wordt op de een of andere manier in zijn bewegingsvrijheid beperkt, meestal door beddekken, soms ook door de cliënt op de een of andere manier vast te maken. Al gebeurt het haast altijd om vallen te voorkomen, vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in feite een oneigenlijk en ongewenst verschijnsel. Met minder ingrijpende middelen is nog veel te verbeteren.
- Eén op de dertien cliënten had in de afgelopen dertig dagen een valpartij meegemaakt, waarvan bijna de helft letsel opliep. Meer dan driekwart van de instellingen heeft een protocol ter voorkoming van valincidenten en meer dan de helft van de instellingen deed het afgelopen jaar iets aan bijscholing op dit gebied.
- De aandacht voor de bestrijding van smetplekken in de huidplooien neemt toe. Meer instellingen zijn aan de hand van een smetprotocol gaan werken, maar bijna een kwart doet het nog altijd zonder. Deze instellingen laten het probleem geheel over aan de deskundigheid van medewerkers, vaak zonder scholing aan te bieden. In de helft van de instellingen is het personeel de afgelopen twee jaar niet over dit onderwerp geschoold.

Meten leidt tot verbetering

Aandacht vormt een belangrijke, zo niet de belangrijkste impuls om veranderingen tot stand te brengen. Door zorgproblemen te meten worden ze onder de aandacht gebracht van zorgverleners, managers, beleidsmakers en politici.

Analyse van eerdere LPZ-gegevens liet zien dat aandacht daadwerkelijk tot verbetering leidt. Een voorbeeld: hoe vaker instellingen gedurende de afgelopen jaren hebben deelgenomen aan de module ondervoeding, hoe groter de afname van de prevalentie van ondervoeding is geweest. Met andere woorden: meten helpt!

Uiteraard komt dit niet door het meten sec. Men moet natuurlijk ook iets doen om de verandering in te zetten.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de LPZ heeft de politiek daarom gekozen om extra verbeterprogramma's in te zetten; het programma Zorg voor Beter voor de chronische zorgsector, Sneller Beter voor de acute zorgsector en de erop volgende programma's. Uit de analyses over 2004 tot en met 2007 blijkt dat het participeren aan deze programma's ook een reducerend effect op de prevalentie van ondervoeding heeft gehad.

Het meten van de prevalentie van zorgproblemen is noodzakelijk om de aandacht bij deze problemen te houden. Het meten van wat er daadwerkelijk in de praktijk op cliëntniveau gebeurt ten aanzien van preventie en behandeling is nodig om instellingen concrete handvatten te geven om te veranderen.

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen legt ieder jaar de Nederlandse gezondheidszorg op één vast moment onder het vergrootglas. Cliënten en bewoners van honderden ziekenhuizen en instellingen uit de chronische sector (verpleeg- en verzorgingshuizen) worden op dezelfde dag onderzocht op veel voorkomende zorgproblemen. Geïnstreerde verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en artsen gaan twee aan twee van bed tot bed om de cliënten in hun eigen instelling te onderzoeken. Dit jaar gebeurde dat voor de 13de keer, en wel op 13 april 2010. De thuiszorg deed ook mee, maar die spreidde het onderzoek over een paar dagen.

De zorgsector verzamelt zo jaarlijks een grote hoeveelheid gegevens die zichtbaar maken hoeveel cliënten lijden aan decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetten en hoeveel cliënten tijdens hun opname valpartijen meemaken en bij wie een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet. Dit zijn stuk voor stuk problemen waarmee veel cliënten te maken krijgen, en die door adequate verpleging, verzorging en behandeling terug te dringen zijn. Het onderzoek registreert, behalve de aantallen getroffen cliënten, ook wat de instellingen doen om de zorgproblemen te voorkomen en te bestrijden. De meting laat dus ook zien waaraan het nog ontbreekt.

De deelnemende instellingen kunnen aan hun eigen tellingen zien hoe ze presteren. Alle resultaten bij elkaar zeggen iets over de kwaliteit van de Nederlandse basiszorg in het algemeen en hoe deze zich ontwikkelt.

Cijfers

In 2010 hebben 391 instellingen aan het onderzoek meegewerkt, met in totaal meer dan veertigduizend cliënten. Om de resultaten zo betrouwbaar mogelijk te laten zijn, is een deel van de gegevens uitgezeefd. De cijfers van cliënten tot achttien jaar (dat zijn er namelijk weinig), afdelingen waarvan minder dan 90 procent van de cliënten is onderzocht, en kleinere instellingen en sectoren zijn uit de landelijke telling weggelaten; die zijn niet representatief. Zodoende bleven gegevens over van 264 instellingen met in totaal meer dan 30.000 cliënten, wat 98,7 procent is van de op de meetdag aanwezige cliënten. De gegevens van deze 30.000 cliënten worden in deze brochure gepresenteerd. Met elkaar geven zij een betrouwbaar beeld van de Nederlandse gezondheidszorg.

Deelnemers

Vijf van de acht academische ziekenhuizen deden mee aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010, net als de helft van de algemene ziekenhuizen, meer dan een derde van de thuiszorgorganisaties en een groot aantal instellingen uit de chronische sector (de verpleeg- en verzorgingshuizen).

Elke instelling kan kiezen welke zorgproblemen men meet. Daardoor zijn er verschillen in aantal cliënten per zorgprobleem. Op decubitus zijn dit jaar in totaal de meeste cliënten onderzocht: 23.610. Aan het onderzoek naar ondervoeding werkten 10.649 cliënten mee, bij incontinentie was dat 11.296; bij vallen en vrijheidsbeperkende maatregelen 12.764 en bij smetten 7.134.

Internationale deelnemers

In vier andere landen is men ook gestart met het meten volgens de LPZ methode en vragenlijst, namelijk in Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland. De gegevens van Zwitserland en Nieuw-Zeeland worden hier buiten beschouwing gelaten omdat het aantal deelnemers nog te gering is om over een representatieve steekproef te spreken. Voor de vergelijking van Nederland met deze landen zijn de gegevens van zowel 2009 als van 2010 samengepakt. In totaal gaat het om 21.703 deelnemers in Nederlandse en 3.977 deelnemers in de Oostenrijkse ziekenhuizen, 53.953 deelnemers in Nederlandse, 4.700 in Duitse en 2.193 deelnemers in Oostenrijkse chronische sector.

Aanbeveling

De cliënt omdraaien in bed, zodat het gewicht niet steeds op dezelfde plekken drukt (wisselligging), is de aangewezen manier om doorliggen te voorkomen. Toch wordt deze in de Nederlandse gezondheidszorg te weinig toegepast, zelfs bij verreweg de meeste risicopatiënten gebeurt dit niet. Door meer aan wisselligging te doen, zijn nog aanzienlijke vorderingen te boeken. Een strikte en structurele controle met betrekking tot het uitvoeren van preventieve maatregelen bij risicopatiënten is noodzakelijk.

Strijd tegen decubitus

Het gaat goed met de strijd tegen decubitus in de Nederlandse gezondheidszorg. De afgelopen jaren daalde het aantal cliënten met decubitus aanzienlijk. In de chronische sector en de thuiszorg heeft zich deze daling het afgelopen jaar doorgezet. In de algemene ziekenhuizen stabiliseert de prevalentie.

In tegenstelling tot de afgelopen jaren is bij de academische ziekenhuizen dit jaar wel een kleine daling te zien. Afgewacht moet worden of deze zich doorzet. Toch vinden we daar nog de meeste decubitus. Bij één op de acht cliënten in de academische ziekenhuizen zijn doorligwonden gevonden. Vooral op de IC-afdelingen is het een probleem, daar heeft bijna één op de drie cliënten doorligwonden of een voorstadium daarvan. Wanneer we graad 1 van doorligwonden (zie kader) – zulke ‘verdachte plekken’ zijn moeilijk vast te stellen en worden soms ten onrechte meegerekend – uit de telling weglaten dan blijft nog een aanzienlijk aantal cliënten van academische ziekenhuizen met decubitus over: één op de 13. Als de cijfers verder worden verfijnd en de cliënten eruit worden gehaald die al doorligwonden hadden toen ze werden opgenomen, blijft het beeld van de academische ziekenhuizen hetzelfde: decubitus komt er niet alleen het meeste voor, cliënten ontwikkelen er ook het vaakst decubitus tijdens hun verblijf.

Tot voor kort kwam doorliggen gemiddeld het meest voor in de chronische sector, wat gezien de oudere en meer kwetsbare populatie ook te verwachten was. Maar waar de chronische sector, de algemene ziekenhuizen en de thuiszorg het langzaam maar zeker beter zijn gaan doen, lukt dit de academische ziekenhuizen (nog) niet. Hoe dat komt, is niet uit de cijfers op te maken. In ieder geval ligt het niet aan een extra toeloop van cliënten met risico, want dit aantal is in de loop der jaren in de academische ziekenhuizen nauwelijks veranderd.

Er zijn vier graden van decubitus.

- 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 uitstreken 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).*

Preventie

Een adequate preventie start met het beoordelen van het risico, en vervolgens bij risico met het inzetten van een anti-decubitus matras en het gebruik van wisselligging. Het beoordelen van het risico is belangrijk om vast te stellen of, en zo ja welke, preventieve maatregelen nodig zijn. In driekwart van de instellingen wordt dit gedaan. Het inzetten van een anti-decubitus matras vindt in de acute sector en in de chronische sector bij de meeste cliënten met een verhoogd risico op decubitus plaats. In de thuiszorg is dit om praktische redenen beduidend minder.

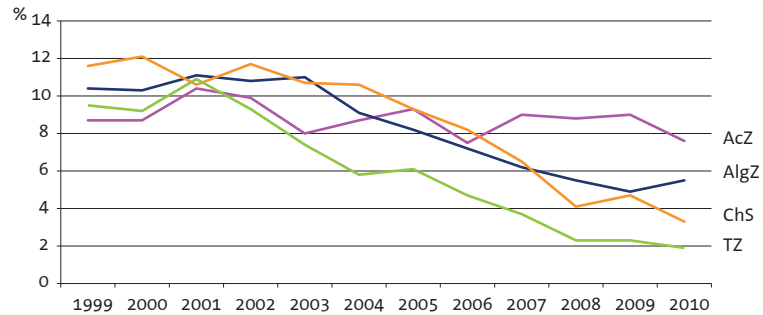
De cliënt omdraaien in bed (wisselligging) is de aangewezen manier om doorliggen te voorkomen. In de Nederlandse zorg is deze methode echter weinig populair, omdat het arbeidsintensief is. Het gebruik ervan is dit jaar zelfs verder afgenomen.

Van de cliënten met een verhoogd risico op doorliggen wordt amper één op de zes af en toe op de andere zij gelegd. In de academische en de algemene ziekenhuizen gebeurt dit wel vaker.

Uit het groot aantal cliënten dat ondanks anti-decubitus matrassen nog kampt met doorligwonden, blijkt duidelijk dat dit hulpmiddel alleen niet afdoende is. In de strijd tegen decubitus is daarom nog veel winst te behalen door cliënten vaker om te draaien. Om dit voor elkaar te krijgen zijn per afdeling duidelijke richtlijnen nodig, inclusief controle op de naleving door meewerkende leidinggevenden. Anders is de kans groot dat zo'n preventieve handeling er in de hectiek van alledag bij inschiet.

Aan de organisatorische inbedding van maatregelen tegen decubitus zal het overigens niet liggen. Vrijwel alle instellingen hebben tegenwoordig een decubituscommissie en een preventie- en behandelprotocol, inclusief iemand die verantwoordelijk is voor het up-to-date houden daarvan. Bijscholing vindt in de meeste instellingen plaats en op verreweg de meeste afdelingen werkt een gespecialiseerde decubitusverpleegkundige. De basisvoorwaarden voor een goede decubituszorg zijn dus wel aanwezig, maar de uitvoering blijft nog in gebreke.

Prevalentie decubitus exclusief graad 1 van risicocliënten 1998-2010 (%)



Internationale vergelijking

Er zijn grote verschillen in het aantal cliënten met doorligplekken in de onderzochte landen. Voor een betere vergelijking tussen de landen nemen we alleen de cliënten met een risico op decubitus en beperken we ons verder tot de doorligplekken zonder graad 1 die in de instelling zelf ontwikkeld zijn.

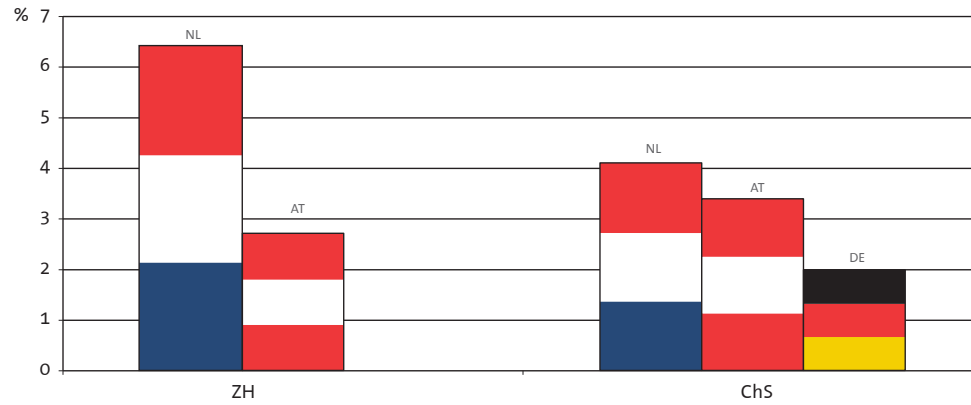
In de Nederlandse ziekenhuizen komen de meeste patiënten met doorligplekken voor. Eén op de 15 patiënten met een risico op decubitus heeft een doorligplek ontwikkeld in het ziekenhuis. In de Oostenrijkse ziekenhuizen is dat beduidend minder, namelijk één op de 37. Toch wordt in Oostenrijk veel minder gebruik gemaakt van anti-decubitus matrassen. Daarentegen gebruikt men wel vaker crème ter bescherming van de huid. Het lijkt echter niet aannemelijk dat dit de reden is waarom men minder decubitus heeft.

Ook in de Nederlandse chronische sector komen de meeste doorligplekken voor. Eén op 24 bewoners blijkt doorligplekken ontwikkeld te hebben in de huidige instelling. In de Duitse en Oostenrijkse chronische sector is dat respectievelijk één op de 50 en één op de 62. In de Duitse en Oostenrijkse chronische sector worden meer preventieve maatregelen genomen. Met name wissellegging wordt veel vaker toegepast. Maar ook het vrijleggen van de hielen en het geven van voorlichting en instructie wordt vaker toegepast.

Opmerkelijk is dat ook in de chronische sector in Oostenrijk en Duitsland veel vaker gebruik gemaakt wordt van een crème ter bescherming van de huid.

In Nederland wordt wel iets vaker voldaan aan de kwaliteitsindicatoren. Dit kan erop duiden dat aandacht voor structurele factoren minder relevant is dan aandacht voor de procesfactoren (preventieve maatregelen).

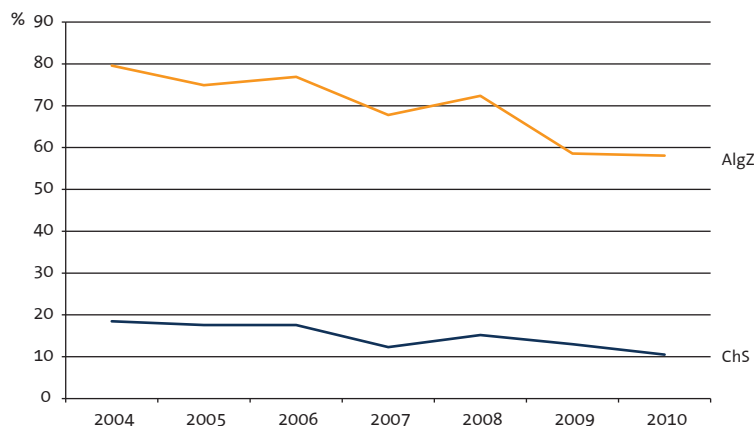
Prevalentie decubitus bij cliënten met een risico op decubitus, exclusief graad 1 en ontwikkeld binnen de eigen instelling



Aanbeveling

Na de daling in 2009 is de prevalentie van incontinentie dit jaar verder licht gedaald binnen de algemene ziekenhuizen en in de chronische sector naar respectievelijk 10 en 58%. Binnen de thuiszorg is 39% van de cliënten incontinent. Hoewel het aantal cliënten met een diagnose is toegenomen, is van de meeste cliënten die lijden aan urine-incontinentie niet bekend wat voor soort incontinentie het betreft, omdat de diagnose nooit is gesteld. Zonder een diagnose is een adequate aanpak van het probleem echter onmogelijk. Meer aandacht voor de diagnosestelling kan mogelijk meer mensen van dit invaliderende probleem afhelpen of tenminste het ongemak verminderen. Ook in algemene zin is meer aandacht nog steeds nodig. Hoewel binnen de chronische sector het gebruik van protocollen is gestegen, hebben nog lang niet alle instellingen een protocol, en wordt nog onvoldoende gecontroleerd of de protocollen die wel aanwezig zijn inderdaad uitgevoerd worden.

Prevalentie urine-incontinentie 2004-2010



Urine-incontinentie komt veel voor, met name in de chronische sector. Een aantal mensen is daarbij ook nog incontinent van ontlasting. Voor deze dubbele incontinentie zijn de cijfers (afgerond): 2,6% in de ziekenhuizen, 2% in de thuiszorg en 28% in de chronische sector.

Nog steeds geldt dat incontinentie een aandoening is waar een taboe op rust; mensen vinden het vies, ze schamen zich en vaak wordt gedacht dat dit probleem bij het ouder worden hoort. In het dagelijks leven is incontinentie een lastige kwaal en dit taboe maakt het voor cliënten extra moeilijk om erover te praten met bijvoorbeeld de huisarts. Zij kunnen vereenzamen en psychische klachten krijgen. Ook fysieke ongemakken

zijn mogelijk, iets minder dan één op de tien cliënten krijgt huidproblemen en/of ontstekingen door urine-incontinentie. Bij ontlastingsincontinentie ligt dit iets hoger. Hoewel incontinentie niet altijd te verhelpen is, kan door een betere en effectievere diagnostiek en zorg de kwaliteit van leven van veel cliënten worden verbeterd. In de thuiszorg is goede incontinentiezorg extra belangrijk omdat cliënten juist door hun incontinentieklachten een grotere kans hebben om in een zorginstelling te worden opgenomen.

Geen diagnose

Urine-incontinentie kent verschillende soorten en elke soort vereist een eigen aanpak. Toch wordt in de Nederlandse gezondheidszorg bij het overgrote deel van de cliënten niet onderzocht om welke soort incontinentie het gaat. Dit staat een adequate aanpak van het probleem in de weg.

Wanneer een cliënt incontinent is, beperkt de aanpak zich meestal tot het gebruik van opvangmateriaal: luiers, wegwerponderbroeken of onderleggers in bed.

Bij cliënten die nog op een andere manier geholpen worden, gebeurt dat het meest door de invoering van vaste wc-tijden, meestal op individuele basis, soms ook voor de hele afdeling. Hulpmiddelen als het aanpassen van de kleding of de omgeving worden weinig gebruikt. Juist bij ouderen zijn dit goede strategieën om functionele incontinentie tegen te gaan. Behandel mogelijkheden als (aanpassen van) medicatie, training van blaas en bekkenbodemp of ontspanningsoefeningen worden alleen bij uitzondering aangeboden.

De meeste instellingen binnen de chronische sector hebben een protocol voor de behandeling van incontinentie. Dit in tegenstelling tot de acute zorg en de thuiszorg waar nog lang niet in alle instellingen een protocol aanwezig is. Er wordt echter nog weinig gecontroleerd of het protocol daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Vormen van urine-incontinentie

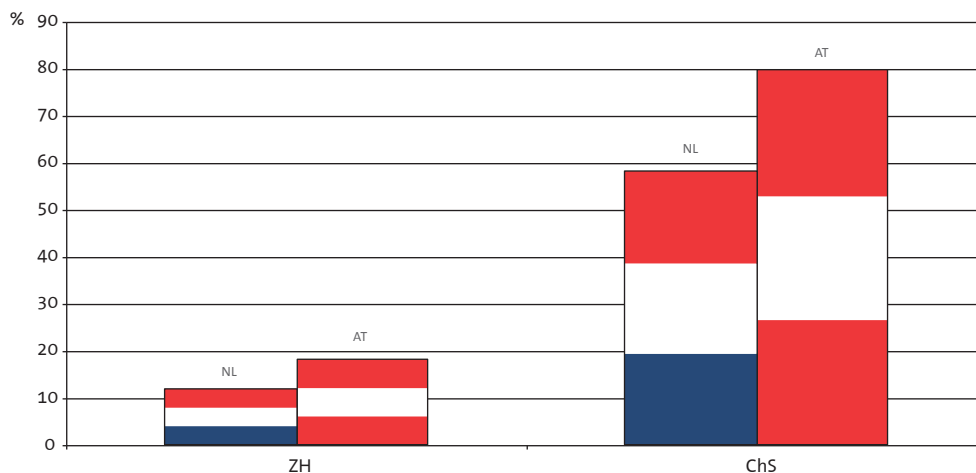
- **Stress-incontinentie** is onvrijwillig urineverlies door druk in en op de buik, bijvoorbeeld wanneer men lacht, hoest, bukt, neus snuit of bij lichamelijke inspanningen als tillen of sporten.
- **Urge- of aandrangincontinentie** is een niet op te houden hevige plasdrang. Vaak heeft de cliënt een voortdurende drang tot plassen.
- **Gemengde incontinentie** is een combinatie van stress- en aandrangincontinentie, waarbij één van de twee vormen meer naar voren treedt.
- **Functionele incontinentie** wil zeggen dat mensen niet in staat zijn zelfstandig naar het toilet te gaan door lichamelijke of praktische beperkingen. Dat kan komen door bijwerkingen van medicatie; geestelijke, lichamelijke of 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.
- **Totale incontinentie** betekent dat de sluitspier van de blaas niet meer goed werkt, waardoor er voortdurend urine weg druppelt.

Internationale vergelijking

Voor de vergelijking van incontinentie zijn alleen gegevens van Oostenrijk en Nederland beschikbaar. In de Nederlandse ziekenhuizen en de chronische sector komt urine-incontinentie het minste voor. Dubbele incontinentie komt echter vaker voor in de Nederlandse chronische sector, respectievelijk 26 versus 5%. In de Nederlandse chronische sector komen daardoor ook vaker letsels voor die door incontinentie veroorzaakt zijn (5 versus 2%).

Het gebruik van disposabels is de meest toegepaste maatregel in beide landen. In Oostenrijk worden zowel in de ziekenhuizen als in de chronische sector vaker maatregelen toegepast om met incontinentie om te gaan. Vooral het vaker aanpassen van de omgeving en de kleding is opmerkelijk.

Prevalentie urine-incontinentie



Aanbeveling

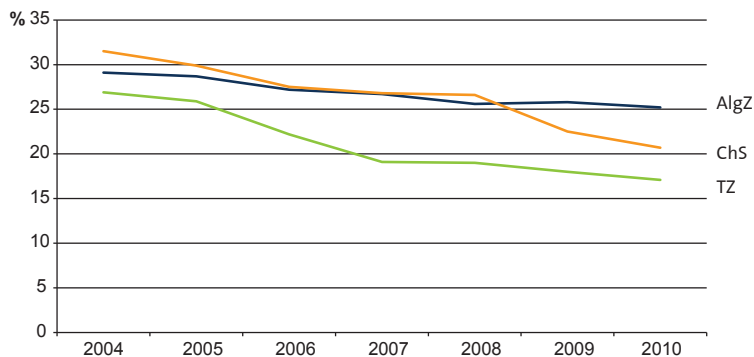
Het verrichten van een goede voedingscreening van cliënten met gevalideerde instrumenten zoals MUST en SNAQ bij opname en gedurende opname blijft erg belangrijk. Als er sprake is van een risico op ondervoeding moet een assessment plaatsvinden om de voedingstoestand en de mogelijke behandeling te bepalen. Diëtisten moeten hierbij vaker worden geconsulteerd. Om ondervoeding tijdig te herkennen moet ook het monitoren van het gewicht en van de voedingsinname toenemen, aangezien dit nog te weinig plaatsvindt. Naast deze betere herkenning, moet ook een adequate behandeling worden gegeven welke moet worden geëvalueerd op effectiviteit. De komende jaren zal hieraan extra aandacht besteed moeten worden. Verder dient men ook meer aandacht te besteden aan de sociale maatregelen, zoals het realiseren van een goede maaltijdambiance.

Hoewel er al veel verbeterd is, blijft een structureler en uniformer instellingsbeleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding belangrijk. Met name zal aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van up-to-date richtlijnen, het weeg- en screeningsbeleid bij en na opname, registratie van de voedingsinname en van het gewicht tijdens en na opname en de maaltijdambiance.

Ondervoeding uit zich in onbedoeld gewichtsverlies, al dan niet in combinatie met een te lage Body Mass Index, (BMI) en minder eten dan normaal. Volgens deze criteria is één vijfde van de cliënten in de Nederlandse zorginstellingen ondervoed. Ongeveer de helft van alle cliënten loopt, gezien hun gewicht, gewichtsverlies en/of eetpatroon, het risico ondervoed te raken.

Ondervoeding beïnvloedt de conditie, de kwaliteit van leven, het mogelijk ontwikkelen van complicaties zoals infecties en decubitus en het vermogen tot herstel. Ondervoede cliënten hebben daarom vaak een langere opnameduur. In het ergste geval kan ondervoeding zelfs de oorzaak zijn van vroegtijdig overlijden. Daarom is het herkennen en behandelen ervan erg belangrijk. Sinds 2004, toen de landelijke metingen voor ondervoeding begonnen, lijken zowel het risico op ondervoeding als het aantal cliënten dat ondervoed is, licht te dalen.

Prevalentie ondervoeding 2004-2010 (%)



Screening en preventie

Om te kunnen vaststellen of de voedingstoestand van de cliënt achteruit gaat, is het van belang te weten hoeveel hij weegt als hij in de instelling opgenomen wordt en of zijn gewicht in de loop der tijd toe- of afneemt. Hoe vanzelfsprekend dit ook klinkt, lang niet alle cliënten worden bij opname gewogen en bij nog minder wordt het gewicht daarna nog gecontroleerd. Over het algemeen wordt minder dan de helft van alle cliënten gescreend op ondervoeding.

De algemene ziekenhuizen vormen wat dit betreft een uitzondering. Daar is de gewichtsmonitoring er de laatste jaren steeds structureler bij gaan horen. Dit hangt hoogstwaarschijnlijk samen met de landelijke aandacht en de lopende verbeteractiviteiten in deze sector.

Verder is in de chronische sector één activiteit de afgelopen jaren enorm toegenomen: het verhogen van de sfeer en de gezelligheid rondom de maaltijden, waardoor mensen in het algemeen met meer plezier en beter eten. Ruim 90 procent van de instellingen in de chronische sector zegt nu zorg te dragen voor een optimale ambiance tijdens het eten.

Opvallend genoeg worden in onze gezondheidszorg wanneer cliënten een risico op ondervoeding lopen (en dit moet dus wel eerst gescreend zijn) maar in beperkte mate maatregelen ondernomen. In het algemene ziekenhuis is de kans op maatregelen nog het grootst; daar wordt bij cliënten met een risico op ondervoeding het vaakst een diëtist ingeschakeld. In de chronische sector en in de thuiszorg is het consulteren van de diëtist bij risicocliënten nog steeds een uitzondering: minder dan één op de drie wordt door een diëtist gezien. Behandeling van ondervoeding gebeurt meestal in de vorm van een energie- en eiwitverrijkt dieet. Verder zien we dat de werking van een behandeling in minder dan 40% van de cliënten wordt geëvalueerd.

Hoewel de aandacht voor ondervoeding in de gezondheidszorg lijkt toe te nemen, blijft een structureel beleid ter preventie en behandeling van ondervoeding in de instellingen essentieel. Met name zal nog meer aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van up-to-date richtlijnen, het weeg- en screeningsbeleid bij opname en verblijf, de registratie van de voedingsinname en van het gewicht tijdens opname en de maaltijdambiance.

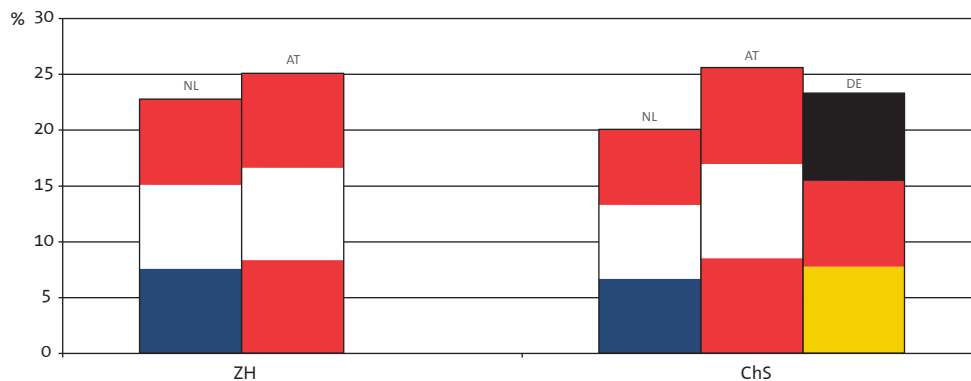
Internationale vergelijking

De prevalentie van ondervoeding verschilt niet echt tussen de landen en de instellingen.

Toch lijkt men anders om te gaan met ondervoeding. In de Nederlandse ziekenhuizen wordt twee keer zo vaak een diëtist ingeschakeld als in de Oostenrijkse ziekenhuizen, terwijl juist in de Oostenrijkse chronische sector vaker een diëtist wordt ingeschakeld dan in de Nederlandse instellingen. In de Duitse chronische sector wordt nauwelijks een diëtist ingeschakeld, slechts bij een op de acht ondervoede cliënten.

Energieverrijkte diëten of tussendoortjes worden in de Nederlandse ziekenhuizen veel vaker uitgedeeld dan in de Oostenrijkse ziekenhuizen. In de chronische sector is dit juist omgekeerd, terwijl in Duitsland in de chronische sector de meeste energieverrijkte tussendoortjes verstrekt worden, evenals orale bijvoeding. Samenvattend kunnen we zeggen dat ondervoeding weliswaar in gelijke mate voorkomt in de verschillende landen, maar dat de wijze waarop men hiermee omgaat, verschilt. Nederlandse ziekenhuizen doen het hierbij beter dan de Oostenrijkse ziekenhuizen, maar de Nederlandse chronische sector doet het juist minder in vergelijking met de Duitse en de Oostenrijkse chronische sector.

Prevalentie ondervoeding



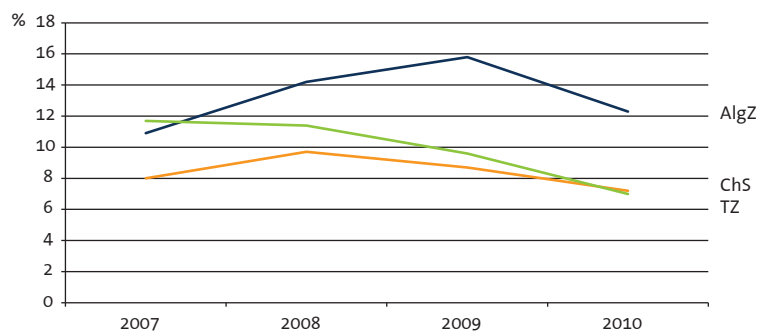
Aanbeveling

Eén op de dertien cliënten heeft in de dertig dagen voorafgaand aan de meting een valpartij meegemaakt, waarvan bijna de helft letsel heeft opgelopen. Meer dan driekwart van de instellingen heeft een protocol ter voorkoming van valincidenten, en toch deed meer dan de helft de afgelopen jaren niets aan bijscholing op dit gebied.

Eén op de vijf cliënten wordt op de een of andere manier in zijn bewegingsvrijheid beperkt, meestal door bedhekken, soms ook door de cliënt op de een of andere manier vast te maken. Al gebeurt het haast altijd om vallen te voorkomen, het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen daartoe is een oneigenlijk en ongewenst verschijnsel. Met goede alternatieven is nog veel te verbeteren.

Valpreventie verdient in alle sectoren aandacht, want vallen is zowel individueel als maatschappelijk een groot probleem. Net als de andere zorgproblemen in dit onderzoek, overkomt het grote aantallen cliënten en kunnen de gevolgen ernstig zijn. Gelukkig zijn er ook dit jaar iets minder cliënten gevallen (één op de dertien cliënten valt), de vallers zijn minder vaak gevallen (één op de vier vallers valt vaker dan eenmaal) en er zijn ook minder letsels (bijna één op de twee valincidenten gaat gepaard met letsel)

Incidentie vallen 2007-2010 (%)



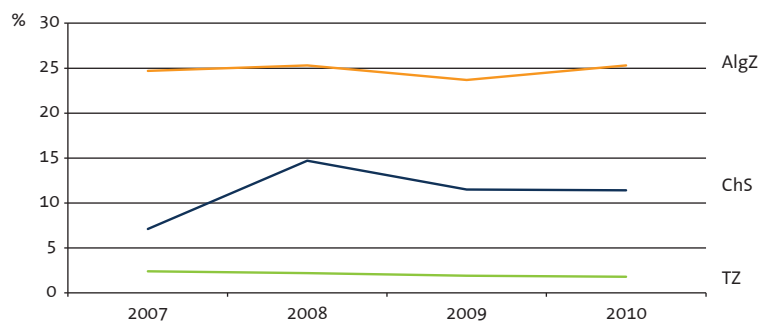
Bij iets meer dan de helft van de valpartijen komt de valler met de schrik vrij; bijna even vaak raakt hij gewond. De helft van de valletsels betreft lichte verwondingen (schaafwonden), maar in 11% van de gevallen heeft de val geleid tot een gebroken heup, met name in het ziekenhuis. Ziekenhuizen tellen de meeste vallers met letsels: bijna twee derde van de gevallen cliënten ligt in het ziekenhuis. Hier ligt echter een vertekening op de loer, want mensen die buiten het ziekenhuis valletsel opliepen en juist daarom in het ziekenhuis liggen, zijn ook in dit cijfer meegenomen. Ruim vier van de vijf vallers in het ziekenhuis blijken dan ook elders gevallen te zijn.

Lelijk ten val komen heeft ook psychische en sociale gevolgen. Het aantal cliënten dat na een val te hebben meegemaakt, bang is dat het opnieuw zal gebeuren, is gelukkig gedaald naar minder dan de helft. Ook het aantal cliënten die daarna activiteiten vermijden waardoor ze passiever worden dan vóór hun val is gedaald naar één op de vijf. Valangst en het vermijden van activiteiten komt iets vaker voor bij cliënten in de thuiszorg. Dat komt waarschijnlijk omdat ouderen die thuis wonen minder zorg en hulp bij de hand hebben, zodat zij in dit opzicht kwetsbaarder zijn.

Preventie

Ondanks de soms ernstige gevolgen en het gevaar van herhaling, gebeurt er na een valpartij toch regelmatig helemaal niets om een volgend ongeluk te voorkomen. Bij bijna één op de vijf vallers neemt men geen verdere voorzorgsmaatregelen. Ziekenhuizen laten die zelfs bij meer dan één op de drie vallers achterwege. Bij een meerderheid wordt gelukkig wel iets ondernomen. Er is een breed scala aan preventieve maatregelen beschikbaar, zoals alarmsystemen, meer en beter toezicht, hulpmiddelen en oefentherapie. Aanpassingen aan de omgeving of van het medicijngebruik komen ook voor, maar in veel geringere mate.

Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen 2007-2010 (%)



Bij gebrek aan beter – of als de weg van de minste weerstand? – neemt de zorg nog vaak haar toevlucht tot vrijheidsbeperkende maatregelen om vallen te voorkomen. In de chronische sector komt dit het meest voor, namelijk bij bijna één op de vier cliënten. In de thuiszorg slechts bij 1%. Meestal zijn deze maatregelen bedoeld als maatregel tegen vallen.

Bedekken (66%), gedragsbeïnvloedende medicatie (25%), domotica (20%); er staat de verzorging een flink aantal hulpmiddelen ter beschikking om mensen 'voor hun eigen bestwil' op hun plaats te houden.

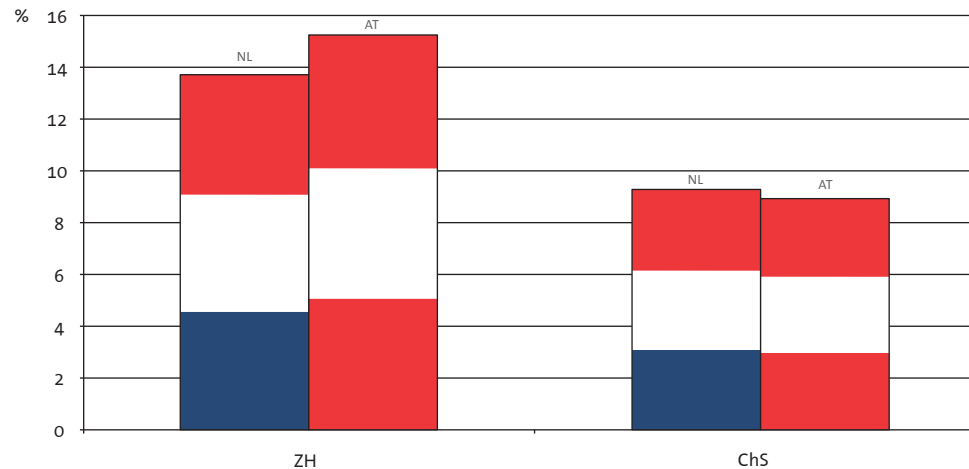
Structurele maatregelen rond valincidenten in de Nederlandse gezondheidszorg nemen toe. In de chronische sector en de thuiszorg hebben de meeste instellingen inmiddels een protocol dat veelal refereert aan de landelijke richtlijnen. In de ziekenhuizen is dit echter slechts in de helft van de gevallen. Een informatiebro-

chure voor cliënten is in de helft van de instellingen aanwezig. Bijscholing heeft ook op meer dan de helft van de instellingen plaatsgevonden, vooral in ziekenhuizen en de chronische sector. Op afdelingsniveau wordt in de helft van de gevallen afspraken gemaakt met de mantelzorg, de cliënt en de professionals. Het aantal aandachtsvelders vallen is toegenomen waardoor in meer dan de helft van de afdelingen nu een aandachtsvelder is.

Internationale vergelijking

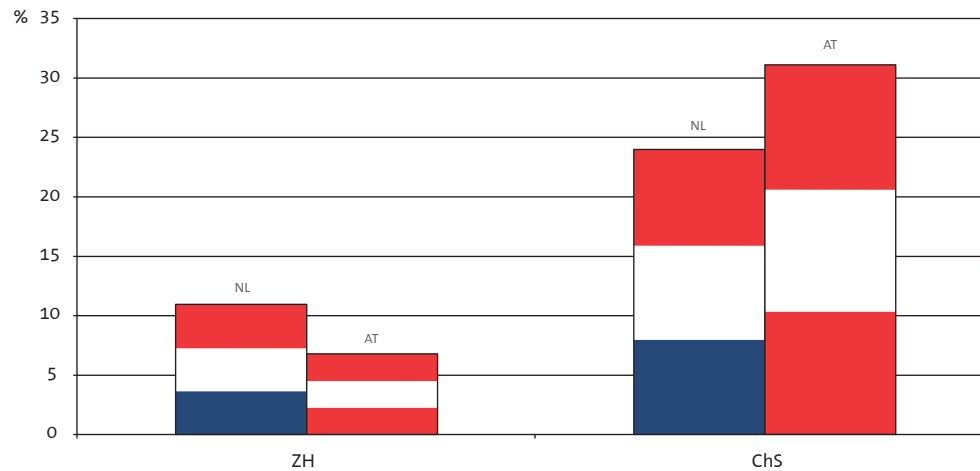
Vergeleken met Oostenrijk zijn er geen grote verschillen in het voorkomen van vallen in de ziekenhuizen en de chronische sector. Ook het aantal valletsels verschilt niet wezenlijk. Opmerkelijk is wel dat in Nederland het aantal cliënten met ernstig letsel in de ziekenhuizen bijna tweemaal zo hoog is. In de Nederlandse chronische sector is dit iets hoger dan in de Oostenrijkse chronische sector. Opmerkelijk is ook dat in Nederland minder gedaan wordt aan de preventie van vallen en valletsel, vooral in de chronische sector.

Incidentie vallen



Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in de Nederlandse ziekenhuizen iets meer en in de chronische sector iets minder vaak gebruikt dan in Oostenrijk. Het verschil in de ziekenhuizen wordt vooral veroorzaakt doordat men in de Nederlandse ziekenhuizen veel vaker de onrustband gebruikt (10 versus 1%). In de Nederlandse chronische sector wordt minder vaak het bedhek gebruikt (67 versus 90%), maar wel veel vaker gedragsbeïnvloedende medicatie (20 versus 3%).

Incidentie vrijheidsbeperkende maatregelen



Samenvattend kunnen we zeggen dat in Nederland relatief meer cliënten een ernstig valletsel oplopen en dat ook minder gedaan wordt om vallen en valletsel te voorkomen. In de Nederlandse ziekenhuizen gebruikt men vaker een onrustband, terwijl in de chronische sector minder bedekken gebruikt worden, maar meer gedragsbeïnvloedende medicatie en domotica.

Aanbeveling

De aandacht voor de bestrijding van smetten in de huidplooien neemt toe. Meer instellingen zijn op dit gebied aan de hand van een protocol gaan werken. Bijna een derde van de instellingen in de chronische sector doet dit echter nog altijd niet. Deze instellingen laten het probleem geheel over aan de deskundigheid van medewerkers, maar aan scholing doen ze vaak niet. In de helft van deze instellingen is het personeel de afgelopen twee jaar niet over dit onderwerp geschoold.

Smetten is typisch een probleem dat verpleegkundigen en verzorgenden tijdig kunnen onderkennen en behandelen, omdat zij de huid tijdens de dagelijkse wasbeurt goed kunnen bekijken. Bovendien is dagelijks wassen en goed droogdeppen van de risico-plekken een belangrijke maatregel om smetten te voorkomen en eventueel te verhelpen.

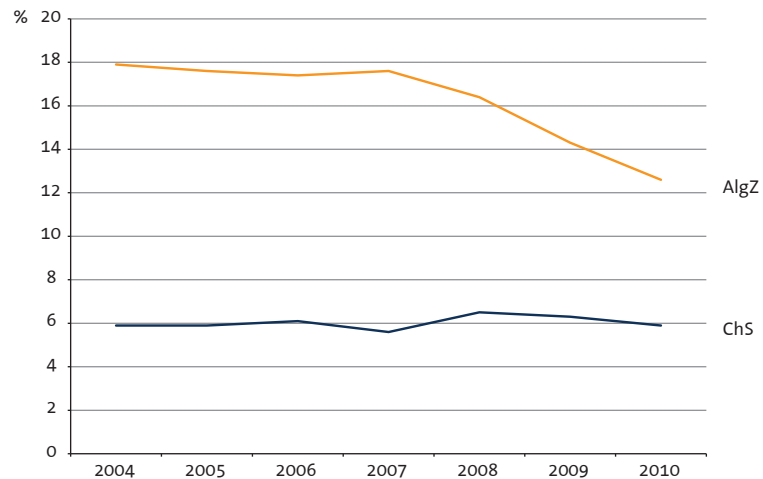
Echter, nog maar bij de helft van de smetvrije cliënten wordt de huid dagelijks goed gecontroleerd, gewassen en gedroogd ter voorkoming van problemen (in ziekenhuizen slechts bij een derde, in de chronische sector bij twee derde van de cliënten). Bij veel cliënten gebeurt dit dus nog niet.

Bij cliënten die eenmaal smetplekken hebben, wordt bijna altijd het nodige ondernomen. Behalve dagelijks observeren plus wassen en goed drogen, is het gebruik van zinkolie, een antischimmelpreparaat of een huidbeschermende spray algemeen gangbaar. Bij driekwart van de mensen met smetplekken worden deze middelen gebruikt. Talkpoeder is een huismiddel waarvan het gebruik in de bestaande landelijke richtlijn nadrukkelijk niet wordt aanbevolen; toch blijft het gebruik ervan hardnekkig, vooral in de acute zorg waar dit bij tien procent van de cliënten gebruikt wordt.

Smetten

Smetplekken zijn geïrriteerde of beschadigde huidplekken die zich voordoen in de grote huidplooien. Ze komen het vaakst voor in de liezen of onder de borsten. Het aantal patiënten dat er last van heeft, is dit jaar iets gedaald in de chronische sector. In de algemene ziekenhuizen is nog geen daling te zien.

Prevalentie smetten 2004-2010 (%)



De bestrijding van smetplekken is dit jaar weer wat beter georganiseerd dan een jaar geleden. Ruim driekwart van de instellingen gebruikt een geaccordeerd protocol en werkt volgens de landelijke richtlijnen. Ook andere kwaliteitsindicatoren met betrekking tot smetten zijn verbeterd. Zo wordt er meer gecontroleerd of het protocol wordt uitgevoerd, is er vaker een verantwoordelijke voor dit zorgprobleem aangesteld, en is er vaker bijscholing geweest.

Met betrekking tot smetten is nog geen goed internationaal vergelijkingsmateriaal voorhanden.

Legenda tabellen

AcZ Academisch ziekenhuis
AlgZ Algemeen ziekenhuis
ZH Ziekenhuizen (algemeen en academisch samen)
TZ Thuiszorg
ChS Chronische sector (verpleeg- en verzorgingshuizen)



Based in Europe, focused on the world. Maastricht University is a stimulating environment. Where research and teaching are complementary. Where innovation is our focus. Where talent can flourish. A truly student oriented research university.

Projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

Maastricht University
 Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
 Department of Health Care and Nursing Science
 Universiteitssingel 40
 6229 ER Maastricht
 P.O. Box 616
 6200 MD Maastricht
 T +31 433881559 | E LPZ@zw.unimaas.nl
www.LPZ-UM.eu | www.nursingscience.nl

