

Rapportage resultaten

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Uitvoering

Universiteit Maastricht, sectie Verplegingswetenschap
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
T: 043-3881559 / E: lpz@zw.unimaas.nl

Projectleider

Dhr. R.J.G. Halfens, zorgprobleem decubitus

Onderzoekers

Mw. M.A.P. Janssen, zorgprobleem incontinentie
Mw. J.M.M. Meijers, zorgprobleem ondervoeding
Dhr. P. Mistiaen, zorgprobleem smetten (NIVEL)

Met dank aan mw. M. Hulsenboom en mw. M. Tilly voor commentaar op eerdere versies.

Lay-out en druk

Sandrien Wansink
Datawyse / Universitaire Pers Maastricht

ISBN-10: 90-806663-6-X

ISBN-13: 978-90-806663-6-8

© Universiteit Maastricht, sectie Verplegingswetenschap

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij Universiteit Maastricht, sectie Verplegingswetenschap. Gehele of gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

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

NUTRICIA



3M Health Care



Rapportage resultaten

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005

R.J.G. Halfens¹
M.A.P. Janssen¹
J.M.M. Meijers¹
P. Mistiaen²

November 2005

¹Universiteit Maastricht, Zorgwetenschappen, sectie Verplegingswetenschap

²NIVEL

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	7
1.1	Opzet meting	7
1.2	Populatie	7
1.3	Registratieformulier	8
1.4	Procedure en data analyse	8
1.5	Opbouw	9
2	KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS	11
2.1	Aantal deelnemers	11
2.2	Kenmerken van de deelnemers	14
2.3	Samenvatting	16
3	DECUBITUS	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Definities decubitus	17
3.3	Overzicht en kenmerken deelnemers decubitus 2005	19
3.4	Risico op en voorkomen van decubitus	20
3.5	Decubituswonden	24
3.6	Preventieve maatregelen bij decubitus	26
3.7	Behandeling van decubitus	28
3.8	Kwaliteitsindicatoren	31
3.9	Conclusies	33
3.10	Aanbevelingen	34
3.11	Literatuur	34
4	INCONTINENTIE	37
4.1	Inleiding	37
4.2	Definities incontinentie	38
4.3	Overzicht en kenmerken deelnemers incontinentie 2005	40
4.4	Prevalentie incontinentie en incontinentieletsels	41
4.5	Soorten urine-incontinentie	48
4.6	Behandeling van urine-incontinentie	50
4.7	Kwaliteitsindicatoren incontinentie	53
4.8	Conclusies	55
4.9	Aanbevelingen	56
4.10	Literatuur	56

5	ONDERVOEDING	59
5.1	Inleiding	59
5.2	Definities ondervoeding	60
5.3	Overzicht en kenmerken deelnemers ondervoeding 2005	61
5.4	Prevalentie ondervoeding	62
5.5	Behandeling en preventie van ondervoeding	67
5.6	Kwaliteitsindicatoren ondervoeding	70
5.7	Conclusies	73
5.8	Aanbevelingen	74
5.9	Literatuur	74
6	SMETTEN	77
6.1	Inleiding	77
6.2	Definities smetten	78
6.3	Overzicht en kenmerken deelnemers smetten 2005	79
6.4	Prevalentie smetten	79
6.5	Prevalentie smetten naar beïnvloedende factor	81
6.6	Conclusies	84
6.7	Aanbevelingen	85
6.8	Literatuur	86
BIJLAGEN		
Bijlage 1:	Vragenlijst 1: Profiel van de instelling	87
	Vragenlijst 2: Profiel van de afdeling	90
	Vragenlijst 3: Patiëntgebonden vragenlijst	92
Bijlage 2:	Reeds verschenen publicaties	97
Bijlage 3:	Wervingsfolder Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006	101
Bijlage 4:	Legenda tabellen	109

1

INLEIDING

Sinds 1998 wordt jaarlijks het voorkomen van decubitus bij een groot aantal instellingen gemeten. Uit deze metingen is gebleken dat decubitus veel voorkomt en dat het handelen (zowel preventief als curatief) van zorgverleners kan worden verbeterd. Sinds 2004 is de meting uitgebreid met een drietal andere zorgproblemen, namelijk incontinentie, ondervoeding en smetplekken.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de belangrijkste resultaten van de meting in 2005. In de volgende hoofdstukken zal eerst een beschrijving worden gegeven van de kenmerken van de deelnemers om vervolgens de resultaten van de zorgproblemen te bespreken. Allereerst zal in deze inleiding de opzet van de meting en de opbouw van het rapport worden uiteengezet.

1.1 Opzet meting

De meting is een beschrijvend onderzoek, waarbij instellingen, afdelingen en patiënten van de deelnemende instellingen op één dag (5 april 2005) met behulp van een gestandaardiseerde registratieformulieren zijn onderzocht op een aantal kwaliteitsindicatoren en de aanwezigheid, preventie en de behandeling van enkele zorgproblemen. Een uitzondering vormen de thuiszorginstellingen, waar om praktische reden gedurende vier dagen de meting is uitgevoerd. Het aantal patiënten dat hier werd geregistreerd, is vastgesteld door de projectgroep.

1.2 Populatie

Alle zorginstellingen, zowel intra- als extramuraal, zijn schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Om praktische reden hebben van de deelnemende instellingen, niet alle afdelingen/basiseenheden meegedaan.

Op de afdelingen die wel participeerden zijn alle patiënten gemeten, die toestemming gaven.

Het aantal instellingen dat deelgenomen heeft is gestegen van 193 in 2004 tot 257 in 2005, hetgeen een toename is van 33%. Het aantal onderzochte patiënten is met 30% toegenomen, namelijk van 29.341 naar 36.354.

1.3 Registratieformulier

Het schriftelijke registratieformulier omvat vragen op drie niveaus, namelijk (1) het profiel van de instelling (soort instelling en kwaliteitsindicatoren), (2) het profiel van de afdeling (soort afdeling en kwaliteitsindicatoren), en (3) een patiëntgebonden inventarisatie. De patiëntgebonden inventarisatie omvat vragen over (a) de demografische kenmerken en (b) het risico op, het voorkomen, de preventie en de behandeling van decubitus, ondervoeding, incontinentie en smetten.

1.4 Procedure en data analyse

Alle participerende instellingen hebben een coördinator die verantwoordelijk is voor de meting en voor de communicatie naar de projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen van de Universiteit Maastricht. De coördinator heeft de zorgverleners uit eigen instelling geschoold in het uitvoeren van de meting. Hij/zij is hierbij ondersteund door de projectgroep.

Op instellingsniveau is vragenlijst 1 door de coördinator ingevuld en op afdelingsniveau is vragenlijst 2 ingevuld door het afdelingshoofd.

Op patiëntniveau is bij elke patiënt een meting verricht door twee zorgverleners: één van de afdeling waar de patiënt is opgenomen en één van een andere afdeling. In die gevallen waar de zorgverleners het niet met elkaar eens waren, is de beoordeling van de onafhankelijke zorgverlener van de andere afdeling of de hoogste graad van decubitus doorslaggevend geweest. Na de meting zijn de data via internet ingevoerd en verzonden naar de projectgroep.

De gegevens zijn geanalyseerd door de projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen van de Universiteit Maastricht. Iedere instelling heeft tabellen met de eigen resultaten ontvangen evenals tabellen met de landelijke resultaten. Met de landelijke resultaten kunnen de eigen resultaten vergeleken worden.

In de voorliggende rapportage worden de landelijke resultaten van 2005 verder uitgewerkt en toegelicht. Er worden geen statistische toetsen gebruikt om te bepalen of eventuele verschillen significant zijn. Dit zal in een later stadium in andere gremia worden gedaan.

1.5 Opbouw

Het eerste hoofdstuk geeft de kenmerken van de instellingen, afdelingen en patiënten weer. Waar over patiënten wordt gesproken, kan men ook bewoner of cliënt lezen.

In de daarop volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de afzonderlijke zorgproblemen.

Elk hoofdstuk begint met een beschrijving van de prevalentie van het zorgprobleem in de verschillende zorginstellingen. Vervolgens wordt ingegaan op de preventie en behandelingen die uitgevoerd zijn binnen de instellingen. Tot slot zal stil worden gestaan bij contextuele factoren die van invloed kunnen zijn op de prevalentie. Zowel op instellings- als op afdelingsniveau zijn hiervoor een aantal kwaliteitsindicatoren gemeten. Indien mogelijk is steeds een vergelijking gemaakt met voorgaande jaren. Bij het zorgprobleem decubitus zijn de resultaten van 2002 met 2005 vergeleken. Vanaf 2004 zijn de zorgproblemen incontinentie en ondervoeding onderdeel van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. De resultaten van 2005 van deze zorgproblemen worden daarom vergeleken met 2004. Bij het zorgprobleem smetten is nog geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk. Elk hoofdstuk sluit af met conclusies en aanbevelingen.

Het aantal patiënten dat deelneemt vanuit revalidatiecentra en het psychiatrisch ziekenhuis is erg laag, waardoor geen algemene uitspraken kunnen worden gedaan over deze sectoren. In de volgende hoofdstukken zal de analyse van de resultaten dan ook gericht zijn op de categorieën instellingen met een grotere representatieve deelname.

Verder zal een onderverdeling gemaakt worden tussen acute zorginstellingen (academisch- en algemeen ziekenhuis), chronische zorginstellingen (verpleeghuis, verzorgingshuis en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking) en thuiszorginstellingen.

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

De gehanteerde registratieformulieren zijn in bijlage 1 opgenomen. Bijlage 2 en 3 bestaan respectievelijk uit het overzicht van de verschenen publicaties en de wervingsfolder van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006.

In de tabellen worden de verschillende soorten zorginstellingen met een afkorting aangegeven. In bijlage 4 worden deze afkortingen toegelicht.

2

KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de deelnemers beschreven. Eerst zal een beschrijving gegeven worden van het aantal deelnemers op instellings-, afdelings- en patiëntniveau, om vervolgens een beschrijving te geven van de kenmerken van de onderzochte patiënten.

2.1 Aantal deelnemers

In 1998 is de jaarlijkse prevalentie­meting gestart met 86 instellingen. Zoals tabel 2.1 laat zien, is sindsdien het aantal deelnemende instellingen sterk gegroeid.

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

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	4	3	5	6	6	5	6	5
AlgZ	38	37	34	36	52	43	54	61
Chronische zorg								
VP	19	18	14	20	43	47	71	92
VZ	18	13	8	17	34	32	15	64
RC	-	-	-	1	1	1	3	2
VG	-	-	-	1	-	1	3	5
LG	1	1	1	1	-	1	-	-
PZ	-	-	-	1	1	-	1	1
Thuiszorg								
TZ	6	6	8	15	16	15	3	27
Totaal	86	78	70	98	153	145	193	257

Uit tabel 2.1 blijkt dat slechts één psychiatrisch ziekenhuis en twee revalidatiecentra hebben meegedaan aan het onderzoek in 2005. Deze instellingen worden in de verdere rapportage niet meegenomen, omdat de gegevens door het beperkte aantal deelnemers niet gegeneraliseerd kunnen worden naar alle psychiatrische ziekenhuizen en/of revalidatiecentra. Daarnaast blijkt uit deze tabel dat ongeveer tweederde van alle academische- en algemene ziekenhuizen aan de meting hebben meegedaan. Voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen is dit percentage lager, maar nog steeds aanzienlijk. Aangezien niet alle afdelingen per instelling aan de meting hebben meegedaan, betekent dit dat de resultaten niet zonder meer als representatief voor deze instellingen kunnen worden beschouwd.

In tabel 2.2 is weergegeven hoeveel afdelingen per soort instelling hebben geparticipeerd.

Tabel 2.2 Soort afdeling per soort instelling in 2005

Soort afdeling	Acute zorg		Chronische zorg					Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	RC	VG	PZ	TZ
Snijddend	5	61						
Niet-snijddend	5	61						
Intensive Care	5	52						
MC/CCU	5	38						
Pediatrie	4	7						
Verzorgende afdeling/long stay/GAAZ	1	19						
PAAZ	1	1						
Psychogeriatric			75					
Somatische reactivering			43					
Somatische verblijfsafdeling			63					
Verzorgingsafdeling			3					
Meerzorgafdeling				11				
Verpleegafdeling				15				
Verplegen en verzorgen								26
Gezinszorg								0
Verplegen en verzorgen +gezinszorg								7
Dwarslaesie afdeling					1			
Amputatieafdeling					1			
Pijnafdeling					0			

LANDELIJKE PREVALENTIEMETING ZORGPROBLEMEN 2005

Vervolg Tabel 2.2 Soort afdeling per soort instelling in 2005

Soort afdeling	Acute zorg		Chronische zorg				Thuiszorg	
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	RC	VG	PZ	TZ
CVA afdeling					1			
Overwegend bed/rolstoel gebonden groep						5		
Overwegend mobiel						4		
Verblijfsafdeling							1	
Geriatrische afdeling							1	
Anders	3	25	24	49	2	3	0	0

Uit deze tabel blijkt dat bijvoorbeeld dat patiënten van de PAAZ, pediatrie en de verzorgende afdelingen relatief weinig gemeten zijn in ziekenhuizen. In de thuiszorg richt men zich vooral op de sector verplegen en verzorgen en niet op de gezinszorg.

In tabel 2.3 zijn het aantal instellingen, aantal patiënten en de non-response weergegeven.

Tabel 2.3 Verdeling van soort instelling en patiënten in 2005

Instelling	Aantal instellingen	Aantal patiënten (=response)	Non-response in %
Acute zorg			
AcZ	5	1.960	13,3
AlgZ	61	12.162	10,6
Chronische zorg			
VP	92	12.049	5,2
VZ	64	3.540	22,0
RC	2	55	6,9
VG	5	448	2,6
PZ	1	59	47,3
Thuiszorg			
TZ	27	6.052	13,4
Totaal	257	36.325	10,8

In totaal hebben 36.325 patiënten geparticipeerd aan de meting. Het grootste deel hiervan is opgenomen in een algemeen ziekenhuis, verpleeghuis of thuiszorg.

Niet alle patiënten die op de dag van de meting waren opgenomen, hebben met de meting meegedaan. Sommigen hebben geweigerd of waren op het moment van de meting niet aanwezig. Een percentage van 89,2% (N=36.325) van het totaal aantal patiënten op de participerende afdeling heeft deelgenomen. In totaal heeft 10,8 % niet meegedaan (=non-response). In het psychiatrisch ziekenhuis en de verzorgingshuizen is dit per-

tage beduidend hoger. In de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en de verpleeghuizen was de non-response het laagst.

Door de lage non-response en het grote aantal instellingen en patiënten geven de resultaten in de volgende hoofdstukken een goed beeld van de werkelijkheid. Daarbij moet echter wel rekening worden gehouden met het feit dat in de verschillende soorten instellingen niet alle afdelingen meegenomen zijn en instellingen vrijwillig hebben geparticipeerd aan de meting. Mogelijk is hierdoor een zogenaamde selectiebias ontstaan.

Wellicht dat bij de niet-deelnemende instellingen een ander resultaat te zien is dan bij instellingen die wel hebben deelgenomen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen.

2.2 Kenmerken van de deelnemers

In deze paragraaf worden de kenmerken geslacht, leeftijd en reden van opname van de patiënten per soort instelling besproken.

In tabel 2.4 zijn de gemiddelde leeftijd en percentage mannen en vrouwen per soort instelling weergegeven.

Tabel 2.4 Gemiddelde leeftijd en geslacht naar soort instelling in 2005

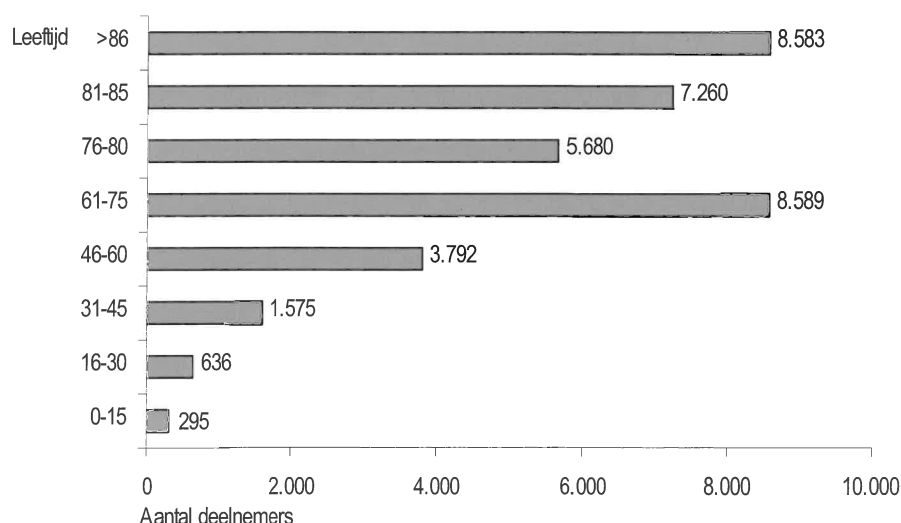
Instelling	Leeftijd (gem.)	Vrouw (%)	Man (%)
Acute zorg			
AcZ	53,6	47,8	52,2
AlgZ	67,0	53,2	46,8
Chronische zorg			
VP	80,9	70,6	29,4
VZ	85,4	76,0	24,0
RC	59,3	41,8	58,2
VG	54,6	48,9	51,1
PZ	71,6	66,1	33,9
Thuiszorg			
TZ	76,4	63,6	36,4
Totaal	74,1	62,6	37,4

De gemiddelde leeftijd van de onderzochte patiënten is 74,1 jaar. In de acute zorg is de gemiddelde leeftijd lager dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Vrouwen zijn bij de onderzochte deelnemers meer vertegenwoordigd dan mannen (62,6% versus 37,4%). Met name in de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben meer vrouwen dan mannen meegedaan aan de meting. In de acute zorg is er nauwelijks verschil tussen het aantal deelnemende mannen en vrouwen.

In figuur 2.1 is de verdeling naar leeftijd van alle deelnemers aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen weergegeven. Uit dit figuur blijkt dat de meeste deelnemers ouder dan 61 jaar zijn. De grootste groep deelnemers zit in de leeftijdscategorie 61 tot 75 jaar, gevolgd door de leeftijdscategorie ouder dan 86 jaar.

Figuur 2.1 Deelnemers Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005 verdeeld naar leeftijd



In tabel 2.5 is de belangrijkste reden van opname van de patiënten weergegeven voor de verschillende soorten instellingen. Bij de reden van opname waar minder dan 5% van de patiënten is ingedeeld geldt dat deze zijn toegevoegd aan de categorie anders.

Uit deze tabel blijkt dat in acute zorginstellingen de meeste patiënten opgenomen zijn met een ziekte van hart en vaatstelsel, een ziekte van ademhalingswegen en een ziekte van het spijsverteringskanaal of met één of meerdere tumoren.

In verpleeghuizen komt psychische stoornis (dementie) het meest vaak voor. In verzorgingshuizen ligt de nadruk op de ADL-afhankelijkheid en psychische stoornis, terwijl in de thuiszorg naast ADL-afhankelijkheid een breed scala aan redenen van opname worden genoemd.

Tabel 2.5 Belangrijkste reden van opname per soort instelling in 2005 (%)

Reden van opname	Acute zorg		Chronische zorg				Thuiszorg	
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	RC	VG	PZ	TZ
Infectieziekte	5,2	5,6	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7
Tumor	11,7	6,9	1,2	0,9	0,0	0,0	0,0	8,7
Diabetes Mellitus	0,3	1,0	0,6	1,3	0,0	0,0	0,0	9,1
Ziekte bloed of bloedbereidend orgaan	5,7	1,5	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	1,0
Psychische stoornis, dementie	1,3	1,0	53,8	19,8	0,0	0,0	100,0	6,8
Ziekte hart- en vaatstelsel	18,2	18,3	2,1	6,0	5,5	0,0	0,0	9,6
CVA/hemiparese	3,0	5,0	16,5	6,0	30,9	0,2	0,0	5,3
Ziekte ademhalingswegen	10,0	11,9	1,1	2,1	47,3	0,0	0,0	4,2
Ziekte van spijsverteringskanaal	9,5	13,4	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	3,2
Ziekte nier/urinelwegen, geslachtsorganen	5,7	6,3	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	4,2
Ziekte bewegingsstelsel of bindweefsel	5,0	9,5	3,5	7,2	1,8	0,0	0,0	9,1
Ongevallletsel(s)	6,9	4,8	4,6	1,0	5,5	0,0	0,0	3,6
ADL-afhankelijk	0,4	0,2	6,1	29,6	0,0	0,2	0,0	13,9
Anders	17,1	14,6	9,0	24,8	9,0	99,4	0,0	20,6

2.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de deelnemende instellingen, afdelingen, patiënten en van enkele kenmerken van deze patiënten. Aangezien slechts één psychiatrisch ziekenhuis en twee revalidatiecentra hebben geparticipeerd, kunnen over deze instellingen geen algemene uitspraken gedaan worden. Een groot deel van de Nederlandse ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen heeft in 2005 geparticipeerd met een relatief lage non-response op de gemeten afdelingen. In de volgende hoofdstukken moet bij deze instellingen echter enige voorzichtigheid betracht worden bij het generaliseren van deze resultaten naar alle soortgelijke instellingen en patiënten binnen Nederland. Niet alle afdelingen van de deelnemende instellingen hebben namelijk geparticipeerd in de meting. Tevens hebben alle instellingen vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek, waardoor een selectie van instellingen kan zijn ontstaan.

3

DECUBITUS

R.J.G. Halfens, M.A.P. Janssen, J.M.M. Meijers

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken met betrekking tot het zorgprobleem decubitus besproken. Decubitus is een veel voorkomend probleem binnen de gezondheidszorg. Niet alleen in Nederland, maar ook internationaal (Bours et al., 2002; Dassen et al., 2005). Over het algemeen komt decubitus in Nederland in dezelfde mate voor als in andere Europese landen. Een uitzondering hierop betreft Duitsland. Een vergelijking van de prevalentie in ziekenhuizen uit beide landen laat zien dat de prevalentie in Nederland beduidend hoger is (Tannen et al., 2004). Een vergelijking tussen de verpleeghuizen in beide landen laat zien dat de kans om in een Nederlands verpleeghuis decubitus te krijgen zelfs driemaal hoger is dan in Duitsland (Tannen et al., 2005). Het is daarom van groot belang om jaarlijks door een prevalentiemeting de prevalentie vast te stellen en na te gaan op welke punten er verbetering mogelijk is.

In dit hoofdstuk zal eerst het voorkomen van decubitus besproken worden, vervolgens komt het handelen bij decubitus, zowel preventief als curatief aan bod en tot slot wordt het beleid (de kwaliteitsindicatoren) ten aanzien van decubitus van de instellingen en de afdelingen behandeld.

3.2 Definities decubitus

De term 'decubitus' is afgeleid van het Latijnse 'decumbere', wat 'zich neerleggen' betekent. Het verschijnsel decubitus is zo oud als de mensheid. In de middeleeuwen werd al weefselversterf geconstateerd bij zieke mensen, vooral bij stervende patiënten. In 1777 introduceerde Wohlleben het woord decubitus. Hij sprak van gangraena per decubitum: weefselversterf door te gaan liggen.

In de Nederlandstalige literatuur worden naast 'decubitus' ook de termen 'doorliggen' en 'drukplek' gebruikt. In de Engelstalige literatuur worden meestal de termen 'pressure ulcers' en 'pressure sores' gehanteerd.

Ten onrechte verwijzen de meeste termen slechts beperkt naar de oorzaken van decubitus; namelijk naar druk en het effect van liggen. Decubitus ontstaat echter niet alleen bij bedlegerigheid; naast druk spelen ook schuif- en wrijfkrachten een rol bij het ontstaansproces (CBO, 2002).

Decubitus kan volgens de CBO richtlijn Decubitus (2002) omschreven worden als weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkrachten of een combinatie daarvan. Onder druk worden krachten verstaan die loodrecht op de huid worden uitgeoefend. Onder schuifkrachten worden krachten verstaan die evenwijdig aan de huid worden uitgeoefend (zoals op de huid van de stuit en billen bij het onderuitzakken in een bed). Als een kracht evenwijdig aan het weefsel wordt uitgeoefend en deze kracht groter is dan het kleefvermogen van de huid op de onderlaag, dan zal de huid schuren over de onderlaag. In dat geval spreken we van wrijfkrachten (zoals op de huid van de stuit en billen bij het verplaatsen van een patiënt van een brandcard naar een bed). Wonden ontstaan door wrijfkrachten (schaafwonden) worden in de Belgische richtlijnen (Defloor et al., 2004) niet als decubitus gezien, aangezien in deze gevallen geen weefselversterf optreedt ten gevolge van zuurstoftekort.

De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO onderscheiden 4 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 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).

Behalve de ernst van decubitus kan ook het risico op het ontwikkelen van decubitus worden vastgesteld. Sinds 1998 wordt in de landelijke prevalentietelling hiervoor de Bradenschaal gebruikt. Deze schaal bestaat uit zes items, waarvan vijf items met vier concreet omschreven antwoordmogelijkheden en één item met drie antwoordmogelijk-

heden. De zes items uit de Bradenschaal hebben betrekking op de zintuiglijke waarneming, de vochtigheid van de huid, de mate van activiteit, de mate van mobiliteit, de voedingstoestand en de mate van schuif- en wrijvingskrachten (Braden et al., 1994).

De totaalscore kan liggen tussen de 6 (zeer hoog risico) en 23 (geen risico). In de literatuur worden verschillende afkappunten genoemd om het risico te bepalen, namelijk van 16 tot 20. In dit onderzoek wordt een ruim afkappunt gehanteerd, namelijk het afkappunt van 20 (Halfens, et al. 2000). Dat betekent waarschijnlijk een oververtegenwoordiging van het feitelijk aantal risicopatiënten. Hiervoor is gekozen, omdat het beter is om een patiënt ten onrechte te beschouwen als risicopatiënt dan ten onrechte als iemand die geen risico heeft.

3.3 Overzicht en kenmerken deelnemers decubitus 2005

In tabel 3.1 zijn het aantal participerende instellingen en patiënten die hebben deelgenomen aan de meting van het zorgprobleem decubitus in 2005 weergegeven.

Tabel 3.1 Overzicht deelnemers zorgprobleem decubitus in 2005

	Instellingen	Deelnemers decubitus	Respons: decubitus	
Instelling	Aantal	Aantal	Aantal	%
Acute zorg				
AcZ	5	1.960	1.921	98,0
AlgZ	61	12.162	12.111	99,6
Chronische zorg				
VP	92	12.049	11.661	96,8
VZ	64	3.540	3.362	95,0
RC	2	55	55	100,0
VG	5	448	441	98,4
PZ	1	59	59	100,0
Thuiszorg				
TZ	27	6.052	5.675	93,8
Totaal	257	36.325	35.314	97,2

Zoals uit tabel 3.1 blijkt hebben dit jaar 257 instellingen aan de meting van het zorgprobleem decubitus deelgenomen, met in totaal 36.325 patiënten. In de laatste twee kolommen staan de aantallen en het percentage respons weergegeven van degenen waarvan daadwerkelijk gegevens beschikbaar zijn over het zorgprobleem decubitus.

Hieruit blijkt dat alle instellingen het zorgprobleem decubitus hebben gemeten. In de thuiszorg en de verzorgingshuizen zijn iets vaker geen gegevens van patiënten beschikbaar.

Alle instellingen hebben het zorgprobleem decubitus gemeten. Hierdoor verschilt de verdeling naar geslacht en leeftijd niet van de verdeling van de totale populatie, zoals in hoofdstuk 2 (zie tabel 2.4) is weergegeven.

3.4 Risico op en prevalentie van decubitus

In deze paragraaf wordt eerst een overzicht gegeven van het aantal patiënten dat risico heeft op decubitus en vervolgens het aantal patiënten dat daadwerkelijk decubitus heeft (prevalentie). Tot slot wordt gekeken naar de prevalentie van decubitus in relatie tot de reden van opname.

3.4.1 Risicopatiënten

In tabel 3.2 zijn de percentages weergegeven van de patiënten met een verhoogd risico.

Tabel 3.2 Patiënten met een verhoogd risico op decubitus door de jaren heen (%)

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	51,0	53,5	54,7	56,7	55,9	54,8	53,9	55,9
AlgZ	56,0	53,8	54,3	55,3	55,8	55,5	55,0	56,1
Chronische zorg								
VP	75,0	73,1	72,6	72,3	75,1	70,1	72,4	73,4
VZ	33,0	36,5	31,9	28,2	31,7	32,4	34,4	41,4
VG	-	-	-	65,0	-	67,8	76,5	72,5
Thuiszorg								
TZ	51,0	46,5	48,1	51,3	49,5	44,7	55,1	50,6

Wat opvalt in deze tabel is dat het percentage patiënten met een verhoogd risico vrijwel constant is door de jaren heen. Dit in tegenstelling tot de algemene verwachting dat het aantal risicopatiënten juist zou toenemen door de vergrijzing en de daardoor steeds complexere zorg. Alleen bij de verzorgingshuizen is een duidelijke toename te zien, maar ook pas sinds dit jaar. Afgewacht moet worden of dit doorzet of dat dit slechts een eenmalige stijging is geweest.

Verder blijkt uit de tabel dat in de acute zorg en in de thuiszorg ongeveer de helft van de patiënten een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van decubitus. Zoals verwacht ligt dit in verpleeghuizen beduidend hoger, namelijk bij driekwart van de patiënten.

3.4.2 Prevalentie van decubitus

De afgelopen jaren hebben we gezien dat de prevalentie van decubitus in Nederland per soort instelling redelijk stabiel is. In tabel 3.3 zijn deze gegevens vanaf de eerste meting in 1998 weergegeven.

Tabel 3.3 Prevalentie van decubitus in de periode 1998 tot en met 2005 (%)

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	13,2	14,4	15,8	18,4	16,5	14,7	14,8	15,6
AlgZ	23,3	20,3	20,9	22,3	22,3	22,2	18,7	17,0
Chronische zorg								
VP	32,4	28,3	32,1	33,4	33,0	28,8	30,5	25,4
VZ	15,4	11,6	13,6	14,6	16,2	13,3	16,1	13,3
VG	-	-	-	21,1	-	27,8	10,1	15,2
Thuiszorg								
TZ	21,3	17,7	17,7	20,5	18,5	16,7	14,2	12,2

Uit deze tabel blijkt dat er langzaam maar zeker een daling in de prevalentie valt te constateren voor de algemene ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de thuiszorg. Bij de academische ziekenhuizen zien we dit verschijnsel (nog) niet, terwijl bij de verzorgingshuizen de prevalentie nog te zeer schommelt om er uitspraken over te doen. Bij de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn op grond van het kleine en wisselend aantal instellingen geen uitspraken te doen.

Tabel 3.4 Prevalentie van decubitus zonder graad 1 in de periode 1998 tot en met 2005 (%)

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	7,6	8,4	8,2	9,9	9,3	7,6	8,0	8,8
AlgZ	11,8	10,2	10,1	11,0	10,7	10,9	9,0	8,1
Chronische zorg								
VP	14,9	14,1	13,0	12,6	13,8	12,5	11,5	10,3
VZ	5,3	5,2	6,4	4,3	5,0	5,2	4,7	4,2
VG	-	-	-	3,1	-	8,9	6,5	4,5
Thuiszorg								
TZ	11,2	9,7	9,2	10,9	9,2	7,5	5,9	5,3

In tabel 3.4 is de prevalentie zonder graad 1 weergegeven. Graad 1 is moeilijk vast te stellen. Daarnaast is er discussie of graad 1 wel decubitus is en of dat men dit meer als een indicatie voor een verhoogd risico moet zien (Defloor et al., 2004; Halfens et al., 2001). De prevalentie zonder graad 1 geeft zodoende een betere mogelijkheid tot vergelijken van de resultaten binnen de instellingen.

Uit tabel 3.4 komt een vergelijkbaar patroon als uit tabel 3.3. Binnen algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg daalt de prevalentie van decubitus. Dus ook zonder graad 1 daalt de prevalentie van decubitus.

De prevalentiecijfers, zoals weergegeven in tabel 3.3 en vooral in tabel 3.4 zijn algemene cijfers die een goed beeld geven van de prevalentie van decubitus in de Nederlandse gezondheidszorg. De afgelopen jaren worden deze cijfers echter steeds vaker als kwaliteits- of prestatie-indicator gebruikt. Hiervoor zijn deze gegevens minder goed bruikbaar. De prevalentie van decubitus is gebaseerd op alle patiënten met decubitus, los van de vraag of deze binnen de eigen instelling of elders ontstaan is. Om de kwaliteit van zorg op het gebied van decubitus te meten, wordt aanbevolen alleen de prevalentie van decubitus te meten die binnen de instelling is ontstaan, de zogenaamde nosocomiale prevalentie van decubitus.

Een tweede bron van vertekening in de cijfers uit tabel 3.4 is de onvergelijkbaarheid van de patiënten. Verwacht mag worden dat instellingen met veel risicopatiënten ook meer patiënten met decubitus hebben dan instellingen met minder risicopatiënten. Vandaar dat het beter is de prevalentie alleen over de risicopatiënten te berekenen. Daarmee creëert men, voor decubitus, redelijk vergelijkbare groepen en is een betere vergelijking tussen de instellingen mogelijk.

Tabel 3.5 Prevalentie nosocomiale decubitus zonder graad 1 bij de risicogroep (%)

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	11,4	10,1	10,7	13,2	11,3	9,7	10,3	11,9
AlgZ	14,8	13,0	12,7	13,8	12,5	13,0	9,7	8,1
Chronische zorg								
VP	13,8	14,1	11,5	13,0	13,4	11,9	10,8	8,5
VZ	8,5	8,7	7,8	7,4	8,8	8,7	6,0	5,3
VG	-	-	-	4,0	-	11,5	7,5	3,8
Thuiszorg								
TZ	5,2	4,4	7,9	8,3	7,8	7,8	4,6	4,8

In tabel 3.5 is de prevalentie voor de nosocomiale decubitus zonder graad 1 binnen de groep risicopatiënten weergegeven. Ook hier zien we weer hetzelfde patroon: de preva-

lentie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg daalt. Uit deze tabel blijkt ook dat de prevalentie bij verzorgingshuizen daalt. Opmerkelijk is dat deze daling in de genoemde instellingen vooral sinds 2004 is ingezet. Onduidelijk is nog waardoor dit veroorzaakt is. Mogelijk is de rol van de inspectie en het meten van prestatie-indicatoren hierop van invloed geweest. Ook de implementatie van de Salode richtlijnen door de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen NVVA (NVVA, 2003) kan voor de verpleeghuizen van belang zijn geweest. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen wat precies de oorzaak van deze daling is.

3.4.3 Reden van opname

In tabel 3.6 is de prevalentie van decubitus naar de belangrijkste reden van opname weergegeven. Indien minder dan 50 personen wegens de betreffende reden is opgenomen, is geen prevalentie weergegeven, omdat de betrouwbaarheid dan gering is.

Tabel 3.6 Prevalentie decubitus naar opname reden (%)

Reden van opname	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Infectieziekte	18,8	26,2	-	-	-	-
Tumor	11,1	16,5	35,8	-	-	19,8
Diabetes Mellitus	-	25,2	32,8	-	-	5,7
Ziekte van bloed of bloedbe- reidend orgaan	9,0	10,8	-	-	-	15,4
Psychische stoornis/ dementie	-	14,3	20,1	8,7	-	7,0
Ziekte hart- en vaatstelsel	19,2	17,5	36,8	13,8	-	11,7
CVA/ hemiparese	18,6	15,9	29,7	16,1	-	15,5
Ziekte ademhalingswegen	23,9	20,0	33,0	9,5	-	12,7
Ziekte van spijsverteringsor- gaan	12,1	15,8	27,1	-	-	8,5
Ziekte nier/urine- wegen/ geslachtsorganen	12,5	12,2	-	-	-	9,2
Ziekte bewegingsstelsel of bindweefsel	8,2	16,4	33,8	12,7	-	13,3
Ongevallletsel(s)	21,8	23,5	33,5	-	-	10,8
ADL-afhankelijk	-	-	34,6	19,0	-	11,8

Uit deze tabel blijkt dat in academische ziekenhuizen decubitus meer voorkomt bij patiënten die opgenomen zijn met ongevalltsetsels en ziekte van de ademhalingswegen. In algemene ziekenhuizen geldt dit vooral patiënten met een infectieziekte, ongevalltsetsels

en Diabetes Mellitus. Opmerkelijk is dat in verpleeghuizen decubitus vaker voorkomt bij patiënten die opgenomen zijn met een reden waarvan in de tabel het percentage decubitus is weergegeven. Een uitzondering vormen de patiënten met de reden van opname psychische stoornis/dementie. Zij hebben relatief minder vaak decubitus. In verzorgingshuizen hebben vooral de bewoners decubitus, die opgenomen zijn met een CVA/hemiparese of omdat ze ADL afhankelijk zijn, terwijl in de thuiszorg patiënten met een tumor vaker decubitus hebben.

3.5 Decubituswonden

In deze paragraaf wordt het aantal en enkele kenmerken van decubituswonden besproken. Patiënten kunnen meerdere decubituswonden hebben.

3.5.1 Gemiddeld aantal wonden per graad

In tabel 3.7 zijn voor patiënten met decubitus het gemiddeld aantal wonden per graad weergegeven en het gemiddeld totaal aantal wonden.

Tabel 3.7 Gemiddeld aantal wonden per patiënt met decubitus verdeeld naar graad (%)

Instelling	Graad 1	Graad 2	Graad 3	Graad 4	Gemiddeld aantal wonden per patiënt
Acute zorg					
AcZ	0,88	0,58	0,24	0,07	1,76
AlgZ	0,85	0,45	0,14	0,04	1,49
Chronische zorg					
VP	0,99	0,31	0,16	0,06	1,52
VZ	1,15	0,28	0,12	0,02	1,55
VG	1,03	0,24	0,10	0,07	1,45
Thuiszorg					
TZ	0,90	0,35	0,22	0,06	1,50

Uit de laatste kolom blijkt dat het gemiddeld aantal wonden berekend over patiënten met decubitus nagenoeg gelijk is tussen de instellingen. Alleen patiënten in het academisch ziekenhuis hebben meer wonden. Bekijken we deze cijfers per graad dan valt op dat het grotere aantal wonden in academische ziekenhuizen niet zozeer veroorzaakt wordt door graad 1, maar juist door een hoger aantal wonden van graad 2 en 3. Met andere woorden patiënten in academische ziekenhuizen hebben meer en ernstigere wonden dan in algemene ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

3.5.2 Anatomische locatie van decubituswonden

In tabel 3.8 is de plaats van de wond weergegeven voor alle wonden.

Tabel 3.8 Anatomische locatie wonden (%)

Locatie	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Stuit	29,6	46,5	31,9	31,3	14,4	38,5
Hiel	29,6	33,2	33,5	23,9	21,6	27,3
Enkel	4,0	5,0	9,4	11,9	9,3	10,2
Elleboog	8,1	6,4	2,6	5,3	1,0	3,7
Zitbeen	1,9	3,1	6,1	4,3	9,3	7,8
Heupbeen	1,9	1,7	4,1	3,3	5,2	4,2
Oor	8,3	2,4	1,9	4,0	1,0	3,3
Hoofd	4,3	0,6	0,1	0,1	0,0	0,5
Schouderblad	0,6	0,2	1,2	0,9	5,2	1,2
Overig	12,3	3,1	11,2	16,8	33,0	6,3

Door afronding is in tabel 3.8 de som van het aantal wonden per soort instelling niet exact 100%. Uit deze tabel blijkt dat de meeste wonden op de stuit en de hiel worden aangetroffen. Opmerkelijk is het relatief hoge percentage 'overige', in het bijzonder bij zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Blijkbaar dekken de genoemde categorieën niet alle locaties van decubitus.

3.5.3 Duur van decubituswonden

In tabel 3.9 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. Ervan uitgaande dat de prevalentie meting een momentopname is die willekeurig is gekozen, mag verwacht worden dat de gemiddelde duur ongeveer tweemaal zo lang is als in tabel 3.9 is aangegeven.

Tabel 3.9 Duur van de wonden (%)

Duur	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
< 2 weken	55,5	58,5	28,7	18,7	22,7	14,6
Tussen 2 weken en 3 maanden	35,3	30,6	38,4	24,6	25,8	38,5
Tussen 3 en 6 maanden	1,5	2,9	12,8	13,2	3,1	16,0
Tussen 6 maanden en 1 jaar	0,6	0,5	6,7	10,9	7,2	9,8
> 1 jaar	1,1	1,0	8,1	17,1	40,2	17,1

Uit de tabel blijkt dat de meeste wonden korter dan drie maanden bestaan. Echter een aanzienlijk percentage wonden bestaat al langer dan een half jaar, met name in de verzorgingshuizen, thuiszorg en bij zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij de laatste zien we zelfs een relatief hoog percentage wonden die al langer dan 1 jaar bestaan.

Bij de interpretatie van de tabel moet rekening worden gehouden met het verschil tussen acute- en chronische zorg. In de acute zorg bestaan de meeste wonden korter dan twee weken, hetgeen vooral veroorzaakt wordt doordat patiënten slechts kortdurend zijn opgenomen.

3.6 Preventieve maatregelen bij decubitus

In deze paragraaf wordt ingegaan op de preventieve handelingen die bij de patiënten verricht zijn. Een onderscheid wordt hierbij gemaakt tussen het gebruik van anti-decubitusmatrassen, kussens en andere preventieve maatregelen. Hierbij wordt alleen gekeken naar de groep patiënten met een verhoogd risico op decubitus. In tabel 3.10 is het gebruik van matrassen weergegeven voor 2002 en 2005.

Tabel 3.10 Anti-decubitusmatrassen bij risicopatiënten naar soort instelling voor 2002 en 2005 (%)

Instelling	Airfluidized bed		Low-air-loss bed		Alternerende luchtmatras		Luchtmatras		Schuimmatras	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Acute zorg										
AcZ	0,9	4,4	12,3	6,9	8,2	17,6	3,1	5,1	27,2	43,0
AlgZ	0,5	0,4	4,4	4,2	8,2	7,4	3,8	4,7	40,9	65,5
Chronische zorg										
VP	0,2	0,6	1,3	0,9	9,2	12,1	14,0	8,2	46,0	57,2
VZ	0,0	0,1	9,8	0,6	0,0	6,4	17,1	5,9	7,3	34,7
VG	-	0,3	-	1,3	-	2,5	-	2,5	-	0,0
Thuiszorg										
TZ	0,8	0,7	1,7	1,1	3,5	5,2	3,6	4,0	12,8	25,0

Uit deze tabel blijkt dat voor vrijwel alle instellingen geldt dat het schuimmatras het meest gebruikt wordt als anti-decubitusmatras. Bij een aantal patiënten wordt ook een alternerende matras ingezet. In zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, de thuiszorg en de verzorgingshuizen wordt het minst gebruik gemaakt van anti-decubitusmatrassen.

De vergelijking met 2002 laat zien dat de inzet van schuimmatrassen aanzienlijk is verhoogd. Opmerkelijk is dat in academische ziekenhuizen een verschuiving heeft plaats-

gevonden van low-air-loss-matrassen naar alternerende matrassen. In de chronische zorg zien we een duidelijke afname van het gebruik van het luchtmatras.

Tabel 3.11 Anti-decubituskussens bij risicopatiënten naar soort instelling voor 2002 en 2005 (%)

Instelling	Gelkussen		Luchtkussen		Noppenkussen		Schuimkussen	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Acute zorg								
AcZ	1,5	1,4	0,9	2,7	0,3	0,4	1,8	3,5
AlgZ	1,6	1,2	1,2	1,1	1,0	0,6	3,1	7,2
Chronische zorg								
VP	8,2	7,5	5,9	7,6	7,7	8,1	20,4	25,3
VZ	7,3	6,9	0,0	2,4	2,4	3,2	2,4	19,6
VG	-	4,7	-	0,3	-	0,9	-	58,2
Thuiszorg								
TZ	10,5	8,9	3,1	2,7	3,8	3,0	9,1	12,8

Uit tabel 3.11 blijkt dat het schuimkussen het meest ingezet wordt bij de preventie van decubitus, met name in de chronische zorg. In deze sector wordt ook over het algemeen meer gebruik gemaakt van anti-decubituskussens. In de acute sector wordt het minst gebruik gemaakt van kussens.

De vergelijking tussen 2002 en 2005 met betrekking tot de inzet van kussens laat nauwelijks verschillen zien. Wel is een lichte stijging te zien in de inzet van schuimkussens.

In tabel 3.12 zijn de andere preventieve maatregelen weergegeven. Aangezien niet alle maatregelen ook in 2002 zijn gemeten, worden in deze tabel alleen de gegevens van 2005 gepresenteerd.

Tabel 3.12 Preventieve maatregelen bij risicopatiënten in 2005 (%)

Maatregel	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Wisselgigging	27,0	22,9	20,7	6,9	17,4	8,2
Voorkomen tekorten vocht en voeding	40,8	32,3	33,5	19,4	30,7	23,7
Voorlichting en instructie	18,8	25,6	13,8	13,7	2,2	40,2
Hielen vrijleggen	13,5	14,8	16,4	7,9	6,3	10,5
Hielbeschermers	6,5	3,7	4,4	2,6	1,6	2,9
Elleboogbeschermers	0,4	0,1	0,6	0,2	0,6	0,3
Crème bescherming huid	10,9	7,0	28,7	26,4	33,9	35,7
Massage t.b.v. doorbloeding	0,6	1,3	1,8	1,2	10,4	5,8
Schapenvacht	0,4	0,4	2,1	2,8	0,6	3,9

Uit deze tabel blijkt dat wisselligging slechts in beperkte mate wordt toegepast bij risico-patiënten. In de acute zorg en verpleeghuizen wordt wisselligging weliswaar vaker toegepast dan in de andere instellingen, maar relatief nog altijd weinig. Meer aandacht besteedt men aan het voorkomen van tekorten op het gebied van vocht en voeding. Voorlichting en instructie geven aan de patiënt en/of mantelzorger vindt ook relatief weinig plaats. De hielen worden weinig vrij gelegd en men gebruikt weinig hielbeschermers en elleboogbeschermers.

In 2005 is voor het eerst gekeken of men niet-zinnige maatregelen toepast (massage, schapenvacht). Uit tabel 3.12 blijkt dat dit weinig gebeurt, met uitzondering van de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en de thuiszorg. Massage ten behoeve van een goede doorbloeding wordt in deze instellingen nog gebruikt, terwijl in de thuiszorg het gebruik van een schapenvacht nog steeds voorkomt. In de chronische zorg en de thuiszorg wordt de huid van de patiënt vaker ingewreven met een beschermende crème.

3.7 Behandeling van decubitus

De volgende tabellen zijn gericht op de behandeling van decubituswonden. In de tabellen 3.13 tot en met 3.16 worden de wondbedekkingen per graad weergegeven.

Uit tabel 3.13 blijkt dat de meeste graad 1 wonden niet of droog bedekt worden. Soms wordt ook gebruik gemaakt van een schuimverband, hydrocolloïd of anti-bacteriële zalfgazen of zalven. Onduidelijk is waarom in een heel enkel geval een vacuümpomp gebruikt is bij een graad 1, en zelfs een huidtransplantatie. Mogelijk dat deze gebruikt zijn bij een oorspronkelijk ernstigere wond, die na het gebruik van een vacuümpomp of na een huidtransplantatie nu wordt beoordeeld als een graad 1.

In tabel 3.14 zijn de wondbedekkingen voor graad 2 weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat graad 2 vrijwel op gelijke wijze wordt behandeld als graad 1.

Graad 3 wonden worden beduidend anders bedekt dan graad 1 en 2 wonden, zoals uit tabel 3.15 blijkt. Opvallend is dat het niet bedekken van graad 3 wonden veel voorkomt binnen de academische ziekenhuizen. Als bedekking wordt het schuimverband het meest gebruikt en in mindere mate het hydrocolloïd. In de chronische zorg en de thuiszorg wordt meer gebruik gemaakt van de antibacteriële zalfgazen of zalven.

De gegevens over de wondbedekkingen bij graad 4 staan in tabel 3.16. Gezien het klein aantal wonden per soort instelling is het lastig om duidelijke conclusies uit deze tabel te trekken. Duidelijk is wel dat een vacuümpomp bij deze wonden vaker in de acute zorg gebruikt wordt dan in de chronische zorg.

Tabel 3.13 Wondbedekking graad 1 naar soort instelling (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Totaal aantal wonden (N)	267	1.770	2.957	509	69	610
Droog	5,5	7,5	8,7	7,7	5,9	11,7
Antibacteriële zalfgazen en zalven	2,0	1,6	3,0	3,1	4,4	5,6
Antibacteriële verbanden (zilververband)	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,2
Alginaat	0,8	0,1	0,5	0,2	0,0	0,7
Folie	2,0	2,0	0,6	4,0	0,0	3,1
Hydrocolloïd	7,1	4,2	2,0	1,1	0,0	6,8
Hydrogel	0,0	0,1	0,2	0,0	2,9	0,5
Schuimverband	7,1	5,9	1,6	3,3	1,5	8,2
Vette gazen	0,0	0,2	0,5	0,9	0,0	1,9
Vacuümpomp	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Huidtransplantatie	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,0
Overig	5,5	8,4	11,2	23,8	8,8	18,7
Geen	69,8	69,8	71,3	55,3	76,5	41,1

Tabel 3.14 Wondbedekking graad 2 naar soort instelling (%)

Wondbedekking	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Totaal aantal wonden (N)	172	930	929	123	16	231
Droog	14,5	7,7	15,7	10,7	12,5	9,3
Antibacteriële zalfgazen en zalven	3,0	2,2	12,1	6,3	25,0	9,7
Antibacteriële verbanden (zilververband)	0,6	0,4	1,0	2,7	0,0	0,9
Alginaat	0,6	0,9	1,2	1,8	0,0	2,7
Folie	2,4	2,3	1,9	8,0	0,0	5,3
Hydrocolloïd	7,2	14,6	9,9	5,4	12,5	18,1
Hydrogel	0,0	1,1	2,3	0,0	0,0	2,2
Schuimverband	9,6	17,7	4,6	10,7	12,5	19,5
Vette gazen	0,0	2,3	5,8	8,9	0,0	1,8
Vacuümpomp	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Huidtransplantatie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Overig	12,7	15,4	17,6	25,0	0,0	18,1
Geen	49,4	35,4	27,9	20,5	37,5	11,1

percentage is gedaald, hetgeen verklaard moeten worden uit een toename van het aantal instellingen dat nog niet aan het betreffende criterium voldoet.

Tabel 3.18 Vergelijking kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau van 2002 en 2005 (%)

Instelling	Decubitus-commissie		Preventie-protocol		Behandel-protocol		Bijscholing		Controle werken protocol	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Acute zorg										
AcZ	75	100	100	100	100	100	100	60	50	60
AlgZ	79	92	76	95	71	92	55	80	48	70
Chronische zorg										
VP	84	92	84	79	84	75	42	62	49	53
VZ	39	58	39	67	61	53	33	61	44	42
Thuiszorg										
TZ	50	44	33	70	50	67	0	63	38	26

Uit tabel 3.18 blijkt dat de instellingen over het algemeen de afgelopen jaren meer aan de kwaliteitscriteria zijn gaan voldoen. Dit geldt met name voor de algemene ziekenhuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. Zoals uit de tabel blijkt is er echter nauwelijks een toename van de controle op het werken volgens de richtlijnen.

3.8.2 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 3.19 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven.

Tabel 3.19 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau in 2005 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Gespecialiseerde decubitus verpleegkundige	83	80	54	57	26	62
Monodisciplinair	71	75	82	77	77	71
Multidisciplinair	50	53	95	68	75	46
Controle werken volgens protocol/richtlijn	69	66	67	54	44	48
Risico vastleggen	44	61	55	33	42	37
Handelingen vastleggen	85	86	91	82	54	82
Levertermijn	98	95	90	86	93	90
Informatiebrochure	12	18	12	7	4	20

Hieruit blijkt dat gespecialiseerde verpleegkundigen met name in de acute zorg op afdelingsniveau aanwezig zijn. Daarnaast blijkt dat in de chronische zorg en thuiszorg men vaker controleert of volgens het protocol wordt gewerkt dan in andere soorten instellingen.

gen. Het risico op decubitus wordt slechts in de helft van de gevallen vastgelegd. Positief is dat in vrijwel alle gevallen de handelingen worden vastgelegd. Uiteraard moet men rekening houden met het feit dat het hier gaat om wat zorgverleners zelf zeggen over hun afdeling. Uit andere studies blijkt dat de verpleegkundige handelingen, ook wat betreft decubitus, vaak niet goed worden vastgelegd (Gunningberg & Ehrenberg, 2004).

3.9 Conclusies

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de prevalentie van decubitus daalt, behalve in de academische ziekenhuizen. De daling geldt voor zowel de totale prevalentie, als de prevalentie zonder graad 1, als ook voor de nosocomiale prevalentie zonder graad 1. Dit wordt niet veroorzaakt doordat het percentage risicopatiënten lager zou zijn. Het percentage risicopatiënten is door de jaren heen namelijk een stabiel gegeven. Van de verwachting dat het percentage risicopatiënten zou toenemen in de loop der jaren zijn nog geen signalen te ontdekken.

Het gemiddeld aantal wonden per patiënt met decubitus ligt rond de 1,5 en is nagenoeg gelijk tussen de verschillende soorten instellingen. De meeste wonden treft men aan op de stuit en de hiel en ze bestaan op het moment van meten korter dan drie maanden. In de chronische zorg en de thuiszorg treft men relatief veel wonden aan die langer dan zes maanden bestaan.

Het meest ingezette anti-decubitusmatras is het schuimmatras. Met name in algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt deze ingezet. De afgelopen jaren is de inzet van anti-decubitusmatrassen en met name het schuimmatras aanzienlijk toegenomen. Anti-decubituskussens worden minder vaak ingezet.

Naast de inzet van anti-decubitusmatrassen en kussens worden slechts in beperkte mate het voorkomen van een tekort aan vocht en voeding, wisselgigging en het vrijleggen van de hielen toegepast als preventieve maatregelen. Hoewel de niet-zinnige preventieve maatregelen als massage ten behoeve van de doorbloeding en de schapenvacht slechts weinig worden gebruikt, blijken er nog steeds zorgverleners die deze maatregelen toepassen, in het bijzonder in de thuiszorg.

Voor de behandeling van decubitus wordt bij alle graden het meest het schuimverband gebruikt. Bij graad 4 zien we in de acute zorg ook het gebruik van de vacuümpomp bij één op de tien patiënten. Huidtransplantatie vindt zelden plaats.

Uit de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau blijkt dat de meeste instellingen een decubituscommissie, een preventie- en een behandelprotocol en een beleidsplan hebben; in de acute zorg echter vaker dan in de chronische zorg en thuiszorg. Hoewel men meer is gaan controleren of men daadwerkelijk werkt volgens de protocollen, vindt dit met name in de chronische zorg en thuiszorg nog relatief weinig plaats. Op afdelingsniveau blijken er in de acute zorg verpleegkundigen aanwezig te zijn die gespecialiseerd zijn in decubitus, hetgeen in mindere mate het geval is in de chronische zorg en de thuiszorg.

3.10 Aanbevelingen

De prevalentie van decubitus lijkt te dalen. De afgelopen jaren is door diverse instanties veel energie gestoken in het verminderen van de incidentie en prevalentie van decubitus. Een aantal zaken die nog kunnen worden verbeterd, zijn:

1. er wordt nog te weinig vastgesteld welke patiënten een verhoogd risico op decubitus hebben. Door de EPUAP wordt aanbevolen het risico vast te stellen door middel van een risico-instrument en de klinische blik tezamen.
2. steeds vaker wordt standaard gebruik gemaakt van een anti-decubitusmatras. Echter bij de inzet van een anti-decubitusmatras mag niet worden vergeten ook andere preventieve maatregelen toe te passen, in het bijzonder wisselgigging.
3. het aantal protocollen is toegenomen. Een protocol zonder controle heeft echter weinig effect. Aanbevolen wordt nauwgezet te controleren of men werkt volgens het protocol.

3.11 Literatuur

- Bours GJJW, T Defloor, S Wansink, M Clark (2002). Summary report on pressure ulcer prevalence: data collected in Belgium, Italy, Portugal, Sweden and the United Kingdom over the 14th and 15th of November 2001. Oxford: EPUAP.
- Braden BJ, N Bergstrom (1994). Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in a nursing home. *Research in Nursing & Health*, 17(6): 459-70.
- CBO (2002). Richtlijn decubitus. Utrecht: CBO.
- Dassen T, et al. (2005). Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Prevalence. Berlin: Charité, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Defloor T, A Herremans, M Grypdonck et al. (2004). Herziening Belgische richtlijnen voor decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- EPUAP (1998). Pressure ulcer prevention guidelines. Oxford: EPUAP.
- Gunningberg L, A Ehrenberg (2004). Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(6): 328-35.
- Halfens RJG, GJJW Bours, W van Ast (2001). 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*, 10(6): 748-57.
- Halfens RJG, T van Achterberg, et al. (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.

- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (2003). Tripartiete multidisciplinaire richtlijn: samenwerking en logistiek rond decubitus. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen.
- Tannen A, T Dassen, GJJW Bours, RJG Halfens (2004). A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6): 607-12.
- Tannen A, RJG Halfens, T Dassen (2005). Prevention of Pressure Ulcers: comparison of the Netherlands and Germany. 8Th EPUAP Open Meeting, Aberdeen.

4

INCONTINENTIE

M.A.P. Janssen, J.M.M. Meijers, R.J.G. Halfens

4.1 Inleiding

Incontinentie is een groot probleem in de gezondheidszorg. Naar schatting zijn 600.000 tot 725.000 volwassenen in Nederland incontinent van urine (Gezondheidsraad, 2001; College voor zorgverzekeringen, 2003). Uit onderzoek blijkt dat een aantal factoren van invloed zijn op incontinentie. Zo stijgt het aantal personen met incontinentie als de leeftijd toeneemt. Doordat de komende jaren een dubbele vergrijzing zal plaatsvinden, is de verwachting dat de prevalentie van incontinentie verder zal toenemen (Getliffe & Dolman, 2003; Laycock & Haslam, 2004; Holroyd-Leduc & Straus, 2004).

Behalve leeftijd blijkt ook geslacht van invloed op het voorkomen van incontinentie. De prevalentie van incontinentie is hoger bij vrouwen dan bij mannen (Getliffe & Dolman, 2003; Laycock & Haslam, 2004).

Daarnaast komt incontinentie vaker voor bij mensen die zijn opgenomen in gezondheidszorginstellingen in vergelijking met mensen die onafhankelijk thuis wonen (Gezondheidsraad, 2001; Laycock & Haslam, 2004).

Incontinentie wordt niet gezien als een levensbedreigend zorgprobleem en daarom heeft het vaak niet de eerste prioriteit in de zorgverlening (Getliffe & Dolman, 2003; Brown et al., 1999). Veel mensen zien incontinentie als iets dat hoort bij het ouder worden (Laycock & Haslam, 2004; Merck Manual, 2000). Daarnaast is incontinentie nog steeds een onderwerp waarover men moeilijk met anderen praat. Om deze redenen worden vaak geen zorgverleners geconsulteerd en probeert men er zelf uit te komen. Dit kan echter psychische (o.a. gevoel van vernedering, woede, schuldgevoelens, frustratie en schaamte) en sociale gevolgen (o.a. isolatie, opgeven van werk en sociale contacten) hebben. Daarnaast kan incontinentie ook lichamelijke gevolgen hebben, zoals incontinentieletsels en urineweginfecties (Laycock & Haslam, 2004).

Het is daarom belangrijk om aandacht te besteden aan de prevalentie en behandeling van incontinentie. Door betere zorg te verlenen aan mensen die incontinent zijn, zal de kwaliteit van leven verbeteren en zullen mogelijk de gezondheidskosten verlagen (Holroyd & Staus, 2004; Smith & Louis Moy, 2004).

In dit hoofdstuk worden eerst verschillende definities van incontinentie besproken. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de deelnemers aan de meting van het zorgprobleem incontinentie en wordt de prevalentie van urine-, ontlastings-, dubbele incontinentie en incontinentieletsels binnen de verschillende soorten instellingen in Nederland besproken. Daarna wordt ingegaan op de soorten diagnosestelling van urine-incontinentie, door wie de diagnose wordt gesteld en welke maatregelen worden getroffen bij de behandeling van urine-incontinentie. Ook wordt ingegaan op de mate waarin de instellingen voldoen aan de kwaliteitsindicatoren voor incontinentie.

Een vergelijking zal worden gemaakt tussen de prevalentie van incontinentie in 2004 en 2005. Ook wordt gekeken naar geslacht en leeftijd in relatie tot incontinentie en maatregelen die worden ondernomen.

4.2 Definities incontinentie

Deze paragraaf beschrijft in het kort hoe incontinentie, incontinentieletsels en diagnoses voor urine-incontinentie in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) zijn gedefinieerd.

4.2.1 Incontinentie

In dit hoofdstuk wordt een onderscheid gemaakt tussen urine-incontinentie, ontlastingsincontinentie en dubbele incontinentie. De volgende definities worden hiervoor gehanteerd:

Urine-incontinentie: 3 tot 4 maal per maand incontinent van urine, een paar keer per week incontinent van urine, of elke dag incontinent van urine.

Ontlastingsincontinentie: 3 tot 4 maal per maand incontinent, een paar keer per week incontinent van ontlasting, of elke dag incontinent van ontlasting.

Dubbele incontinentie: personen die zowel urine- als ontlastingsincontinent zijn.

4.2.2 Incontinentieletsels

Incontinentie en met name langdurig huidcontact met urine, gaat gepaard met frequent optredend huidletsel. Het etsende en vochtige effect van urine kan de huid verweken. Er ontstaat roodheid en de oppervlakkige huidlagen gaan stuk. Ter hoogte van de bilnaad vindt men bij urine-incontinentie vaak een spleetvormig letsel met witte, verweekte randen. Andere kenmerken van incontinentieletsels zijn de purperen kleur, oedeemateus/gezwellenheid en de vochtigheid van de huid (Defloor, 1999). Deze letsels zijn pijnlijk en hebben invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt. De preventie en behandeling van incontinentieletsels is daarom van belang.

4.2.3 Diagnosestelling urine-incontinentie

In de meting wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van urine-incontinentie: stressincontinentie, urge- of aandrangincontinentie, gemengde incontinentie (met name stressincontinentie) en gemengde incontinentie (met name aandrangincontinentie) en tot slot functionele incontinentie. De volgende definities worden voor deze soorten incontinentie gehanteerd:

Stressincontinentie: onvrijwillig urineverlies wanneer men lacht, niest, hoest, bukt, de neus snuit, zwaar tilt of haastig beweegt, zoals bij sporten. De buikdruk overschrijdt dan de urethrale druk; het urineverlies houdt op als de drukverhoging voorbij is. De rest van het mictiepatroon is normaal.

Urge- of aandrangincontinentie: gaat samen met een (voortdurende) hevige drang tot plassen met geen of een heel korte waarschuwing. Op het ogenblik dat men behoefte heeft om te plassen moet men daar ook aan toegeven, omdat men niet in staat is om de urine enige tijd op te houden. Mensen met urge-incontinentie hebben dan ook bijzondere haast om op het toilet te komen.

Gemengde incontinentie: een mengvorm van stress- en aandrangincontinentie, waarbij één van de twee vormen meer naar voren treedt.

Functionele incontinentie: verlies van urine waarbij de oorzaak niet urologisch is. Oorzaken zijn vaak te vinden in onder andere verminderde mobiliteit, medicijn-gebruik (nawerking van een narcose), cognitieve stoornissen of desoriëntatie door verandering van omgeving.

In deze meting is bij patiënten die urine-incontinent zijn, aangegeven of deze volgens één van bovenstaande diagnoses zijn gediagnosticeerd. De diagnose moet gesteld zijn door een huisarts, een uroloog of een incontinentieverpleegkundige.

4.3 Overzicht en kenmerken deelnemers incontinentie 2005

Vanaf 2004 wordt het zorgprobleem incontinentie gemeten in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. In 2004 deden 193 zorginstellingen mee aan de prevalentietelling. Van 23.225 patiënten werden gegevens over het voorkomen van incontinentie ontvangen. Tabel 4.1 laat zien hoeveel instellingen en personen in 2005 hebben meegedaan aan de meting voor het zorgprobleem incontinentie.

Tabel 4.1 Overzicht deelnemers zorgprobleem incontinentie in 2005

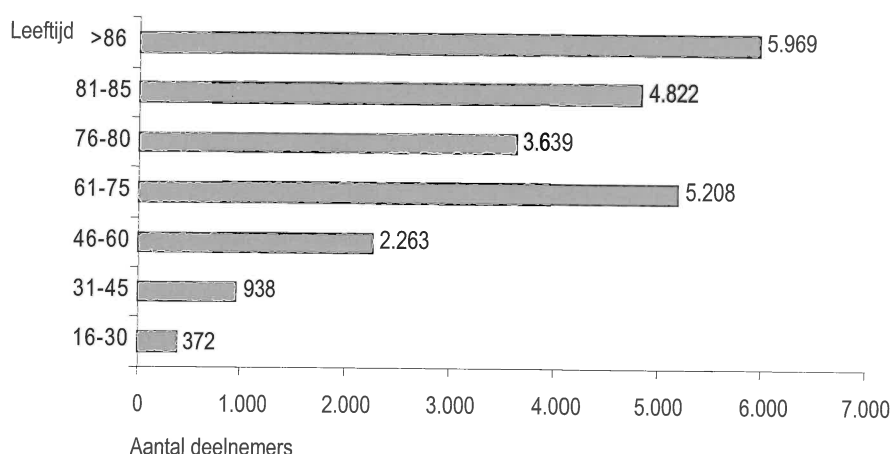
Instelling	Instellingen	Deelnemers incontinentie	Respons incontinentie	
	Aantal	Aantal	Aantal	%
Acute zorg				
AcZ	3	1.076	1.002	91,3
AlgZ	35	6.875	6.875	100,0
Chronische zorg				
VP	74	9.310	9.191	98,7
VZ	50	2.494	2.368	94,9
RC	2	55	55	100,0
VG	5	448	448	100,0
PZ	1	59	59	100,0
Thuiszorg				
TZ	19	3.617	3.349	92,6
Totaal	189	23.934	23.347	97,5

In 2005 zijn gegevens betreffende incontinentie beschikbaar van 189 instellingen met een totaal van 23.347 patiënten. Uit tabel 4.1 blijkt dat niet alle instellingen die hebben deelgenomen aan de totale Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, ook hebben deelgenomen aan het onderdeel incontinentie (zie hoofdstuk 2, tabel 2.3). Vooral in de acute zorg en de thuiszorg heeft men minder vaak geparticipeerd in de meting van incontinentie. Desondanks zijn het aantal deelnemende instellingen per sector en respons van de deelnemers voldoende om uitspraken over te doen met uitzondering van de revalidatiecentra en het psychiatrisch ziekenhuis.

De verdeling tussen mannen en vrouwen die deelnamen aan het zorgprobleem incontinentie was respectievelijk 36,4% en 63,6%. Dit komt vrijwel overeen met de verdeling

van het totaal aantal deelnemers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (37,4% mannen en 62,6% vrouwen). In figuur 4.1 is de verdeling naar leeftijd van de deelnemers van het zorgprobleem incontinentie weergegeven.

Figuur 4.1 Deelnemers zorgprobleem incontinentie 2005 verdeeld naar leeftijd



De groep 0 tot 15-jarigen is niet weergegeven in figuur 4.1, omdat deze groep erg klein is en 0 tot 4-jarigen vaak niet continent zijn. Uit figuur 4.1 blijkt dat de meeste deelnemers ouder zijn dan 61 jaar. Dit komt overeen met de totale groep deelnemers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Daarnaast bevat de leeftijdscategorie ouder dan 86 jaar de grootste groep deelnemers van het zorgprobleem incontinentie. Dit in tegenstelling tot alle deelnemers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, waar de grootste groep patiënten in de leeftijdscategorie 61-75 jaar valt.

4.4 Prevalentie incontinentie en incontinentieletsels

In deze paragraaf wordt de prevalentie van urine-, ontlastings- en dubbele incontinentie besproken. Vervolgens wordt gekeken naar de prevalentie van incontinentie in relatie tot geslacht, leeftijd en reden van opname. Tot slot wordt ingegaan op het voorkomen van incontinentieletsels.

4.4.1 Prevalentie incontinentie

In tabel 4.2 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van urine-incontinentie, ontlastingsincontinentie en dubbele incontinentie in 2004 en 2005.

Tabel 4.2 Prevalenties urine-, ontlastings- en dubbele incontinentie in 2004 en 2005 (%)

Instelling	Urine-incontinentie		Ontlastingsincontinentie		Dubbele incontinentie	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Acute zorg						
AcZ	15,1	13,6	14,7	16,3	8,4	7,9
AlgZ	18,7	18,0	12,5	11,9	6,9	6,4
Chronische zorg						
VP	77,9	74,9	55,9	53,7	53,5	50,0
VZ	55,8	59,1	15,4	21,3	13,5	19,9
VG	77,8	79,4	69,3	64,9	66,7	63,4
Thuiszorg						
TZ	48,4	46,5	15,6	15,5	12,0	11,8

Uit deze tabel blijkt dat de prevalentiecijfers in 2004 en 2005 vrijwel gelijk zijn gebleven. In de acute zorg komt urine-incontinentie beduidend minder voor dan in de chronische zorg en de thuiszorg. In verpleeghuizen zijn meer dan zeven op de tien bewoners incontinent van urine en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking is dit zelfs vier op de vijf bewoners. In verzorgingshuizen komt urine-incontinentie voor bij drie op de vijf personen, terwijl dit in de thuiszorg bij ongeveer de helft van de cliënten het geval is.

De chronische zorg scoort ook hoger wat betreft ontlastingsincontinentie en dubbele incontinentie dan de acute zorg en de thuiszorg. In de chronische zorg is wel een duidelijk verschil tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen te zien. In de verzorgingshuizen zijn beduidend minder bewoners incontinent van ontlasting. Tussen de prevalentie van ontlastings- en dubbele incontinentie binnen de chronische zorg is maar een klein verschil. Hieruit kan men concluderen dat als men ontlastingsincontinent is en verblijft in het verpleeghuis, verzorgingshuis of een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking, men meestal ook incontinent van urine is.

Tabel 4.2 laat tevens zien dat urine-incontinentie vaker voorkomt dan ontlastingsincontinentie. Binnen het academisch ziekenhuis is in 2005 de prevalentie van ontlastingsincontinentie echter hoger dan de prevalentie van urine-incontinentie.

4.4.2 Geslacht

In tabel 4.3 is in de prevalentie van incontinentie een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. De percentages in deze tabel zijn berekend over alle mannen en vrouwen die hebben meegedaan aan het zorgprobleem incontinentie.

Tabel 4.3 Incontinentie naar geslacht (%)

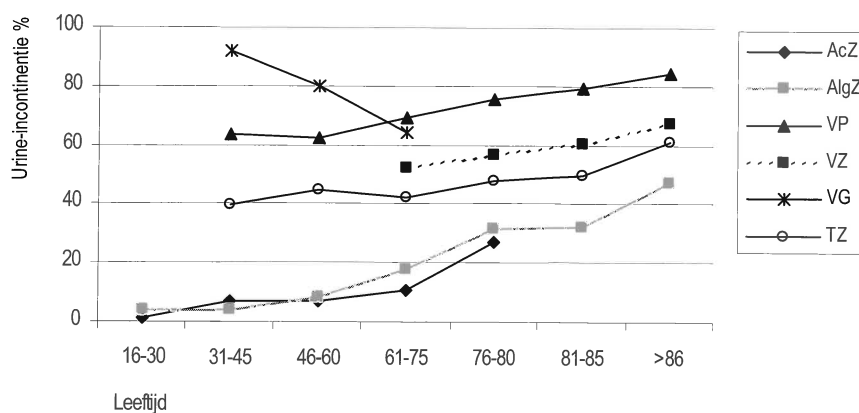
Instelling	Urine-incontinentie		Ontlastingsincontinentie		Dubbele incontinentie	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Acute zorg						
AcZ	11,4	15,7	17,9	14,7	7,7	8,8
AlgZ	14,3	21,2	11,6	12,1	6,4	6,6
Chronische zorg						
VP	69,5	77,2	50,4	55,1	46,1	53,0
VZ	46,0	63,3	20,2	21,6	19,6	20,3
VG	75,4	83,6	63,4	66,5	61,9	66,1
Thuiszorg						
TZ	39,0	50,7	16,7	14,9	12,6	12,4

Voor alle instellingen geldt dat de prevalentie van urine-incontinentie hoger is bij vrouwen dan bij mannen. Van alle deelnemende mannen in de thuiszorg is 39% incontinent van urine en van de deelnemende vrouwen in de thuiszorg is dit 50,7%. Bij ontlastingsincontinentie en dubbele incontinentie is geen duidelijk verschil te zien tussen mannen en vrouwen.

4.4.3 Leeftijd

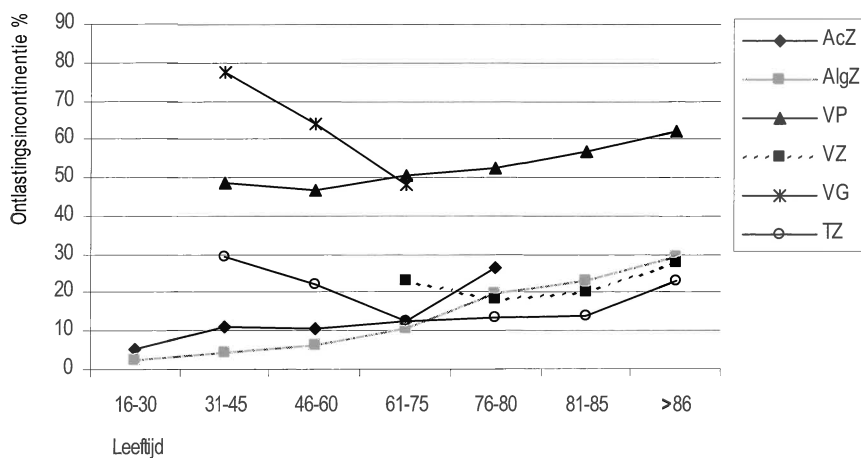
In figuren 4.2 en 4.3 wordt het percentage personen die incontinent van urine of ontlasting zijn per leeftijdscategorie weergegeven. De gegevens zijn alleen gepresenteerd indien minimaal 50 personen in de leeftijdsgroep is gemeten.

Figuur 4.2 Urine-incontinentie naar leeftijd (%)



Figuur 4.2 laat zien dat naarmate de leeftijd toeneemt men vaker incontinent is. Een uitzondering vormen de bewoners van de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Zij zijn op de leeftijd van 31 tot en met 45 jaar het meest vaak incontinent, waarna een daling is te zien. Mogelijk heeft dit te maken met selectieve uitval. In de groep 31-45 jaar zullen meer mensen met een complexere zorgvraag zitten die ook vaak incontinent van urine zijn. Daarnaast zullen personen met een complexere zorgvraag eerder op jonge leeftijd overlijden dan de personen met een minder complexe zorgvraag, waardoor mogelijk de daling van de prevalentie is te verklaren.

Figuur 4.3 Ontlastingsincontinentie verdeeld naar leeftijd (%)



Figuur 4.3 laat een zelfde patroon zien als figuur 4.2; naarmate men ouder wordt is men vaker incontinent van ontlasting. De percentages zijn echter minder hoog dan in figuur 4.2 en nemen ook niet zo sterk toe. Opmerkelijk is dat in de thuiszorg in de leeftijdscategorie 31 tot 45 jaar het hoogste percentage incontinentie cliënten (29%) gemeten is, waarna een daling te zien is en uiteindelijk weer een lichte stijging. Wellicht geldt hier dat het om een relatief ernstig zieke groep gaat in de leeftijdscategorie 31 – 45 jaar in vergelijking tot cliënten in de andere leeftijdscategorieën. Bij mensen met een verstandelijke beperking zien we een zelfde patroon als in figuur 4.2.

4.4.4 Reden van opname

In tabel 4.4 wordt gekeken hoe hoog het percentage urine-incontinentie is in relatie tot de belangrijkste reden van opname. Zo is 22,7% van de mensen die binnen het academisch ziekenhuis zijn opgenomen met een infectieziekte, incontinent van urine.

De weergegeven percentages zijn alleen berekend indien meer dan 50 personen zijn gemeten met dezelfde reden van opname. Als er geen percentages vermeld staan is de groep te klein om uitspraken te doen.

Tabel 4.4 Belangrijkste reden van opname in relatie tot urine-incontinentie (%)

Reden van opname	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Infectieziekte	22,7	21,6	-	-	-	-
Tumor	4,9	10,2	58,9	-	-	37,4
Diabetes Mellitus	-	22,8	62,3	-	-	53,5
Ziekte van bloed of bloedbereidend orgaan	18,1	19,4	-	-	-	-
Psychische stoornis/ dementie	-	47,5	81,3	73,8	-	53,3
Ziekte hart- en vaatstelsel	13,1	14,8	64,3	49,7	-	48,1
CVA/ hemiparese	-	42,3	73,6	72,7	-	57,2
Ziekte ademhalingswegen	18,5	20,5	49,5	-	-	32,4
Ziekte van spijsverterings- orgaan	9,3	13,9	-	-	-	31,7
Ziekte nier/ urinewegen/ geslachtsorganen	-	13,9	-	-	-	42,5
Ziekte bewegingsstelsel of bindweefsel	9,5	11,3	61,1	56,7	-	43,0
Ongevalletsel(s)	25,9	19,6	57,2	-	-	40,0
ADL-afhankelijk	-	-	77,5	58,6	-	54,7
Anders	7,5	19,8	51,2	46,0	80,0	36,9

Uit tabel 4.4 blijkt dat er grote diversiteit is tussen de verschillende instellingen. Zo zijn patiënten met een tumor in de acute zorg beduidend minder vaak incontinent dan in de chronische- en thuiszorg.

In het algemeen ziekenhuis zien we vooral een hoge prevalentie van incontinentie bij mensen die zijn opgenomen met een psychische stoornis of dementie en personen die een cva hebben doorgemaakt. Dit vinden we ook terug binnen de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg. Bij deze drie soorten instellingen zijn ook de personen die ADL-afhankelijk zijn vaak incontinent.

4.4.5 Prevalentie incontinentieletsels

In tabel 4.5 is de prevalentie weergegeven van incontinentieletsels. Daarbij is een onderverdeling aangebracht tussen urine-, ontlastings- en dubbele incontinentie.

Tabel 4.5 Prevalentie incontinentieletsels (%)

Instelling	Urine-incontinentie	Ontlastingsincontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AcZ	4,1	2,4	1,4
AlgZ	3,3	2,3	1,2
Chronische zorg			
VP	9,2	7,3	7,0
VZ	6,1	3,5	3,2
VG	9,8	8,7	8,3
Thuiszorg			
TZ	4,6	2,1	1,7

Uit deze tabel blijkt dat incontinentieletsels vaker voorkomen in de chronische zorg dan in de acute zorg en de thuiszorg. Vooral in verpleeghuizen en zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking komen letsels meer voor. Verder komen letsels door urine-incontinentie vaker voor dan letsels door ontlastings- en dubbele incontinentie.

Een mogelijke verklaring voor de verschillen in prevalentiecijfers tussen de instellingen is, dat incontinentie vaker voorkomt binnen de chronische zorg. Verder komt urine-incontinentie vaker voor dan ontlastings- en dubbele incontinentie, hetgeen de hogere prevalentie kan verklaren. Om deze reden zijn in tabel 4.6 de percentages weergegeven van incontinentieletsels bij personen die daadwerkelijk incontinent zijn.

Tabel 4.6 Incontinentieletsels bij incontinenten personen (%)

Instelling	Urine-incontinentie	Ontlastingsincontinentie	Dubbele incontinentie
Acute zorg			
AcZ	14,7	21,1	18,4
AlgZ	10,9	19,6	19,1
Chronische zorg			
VP	11,7	13,8	14,0
VZ	9,3	16,2	16,2
VG	11,9	13,5	13,1
Thuiszorg			
TZ	8,1	14,1	14,0

Deze tabel laat een heel ander patroon zien. Personen die ontlastings- of dubbel incontinent zijn blijken meer kans te hebben om een letsel te krijgen dan personen die alleen urine-incontinent zijn. De prevalentie van letsels veroorzaakt door urine-incontinentie is weliswaar hoger, maar dit wordt veroorzaakt doordat meer personen incontinent van urine zijn. Relatief gezien komen letsels bij urine-incontinentie beduidend minder vaak voor dan bij beide andere vormen van incontinentie.

Tevens blijkt uit tabel 4.6 dat incontinentieletsels bij incontinenten personen in de acute zorg iets vaker voorkomen in vergelijking tot de chronische zorg en thuiszorginstellingen. Met andere woorden, in de acute zorg heeft men eerder kans op een letsel bij incontinentie dan in de chronische- en thuiszorg.

Tabel 4.7 geeft de locaties van incontinentieletsels weer. In 2005 zijn in totaal 1.555 incontinentieletsels aangetroffen. Het aantal letsels binnen de verschillende soorten instellingen is berekend over het aantal deelnemende personen (zie tabel 4.1). Zo zijn in het academisch ziekenhuis 45 letsels aangetroffen bij 1.002 deelnemende personen. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat personen meerdere incontinentieletsels kunnen hebben.

Tabel 4.7 Overzicht locatie incontinentieletsels (%)

Instelling	Locatie				Totaal aantal letsels
	Op stuit: links/rechts van bilnaad	Op stuit: bilnaad	Stoma	Anders	
Acute zorg					
AcZ	35,5	60,0	2,2	2,2	45
AlgZ	37,3	48,2	3,5	11,0	255
Chronische zorg					
VP	38,5	36,4	2,6	23,1	924
VZ	30,0	52,7	2,7	14,7	150
VG	20,4	36,7	4,1	38,8	49
Thuiszorg					
TZ	19,2	38,9	21,6	20,4	167

Tabel 4.7 laat zien dat de meeste incontinentieletsels zich bevinden op de stuit, met name in de bilnaad. Ook links of rechts van de bilnaad komen vaak letsels voor.

4.5 Soorten urine-incontinentie

In deze paragraaf wordt gekeken of een diagnose gesteld is bij personen die incontinent van urine zijn. Eerst worden de resultaten weergegeven over de diagnosestelling van urine-incontinentie binnen de verschillende instellingen. Daarna wordt gekeken of er verschil in de diagnosestelling in relatie tot geslacht is. Tot slot wordt gekeken door wie de diagnose is gesteld.

In tabel 4.8 staat het voorkomen van de verschillende diagnoses voor urine-incontinentie (inc.) beschreven. De kolom totaal (N) geeft het aantal urine-incontinente personen weer.

Tabel 4.8 Diagnosestelling bij urine-incontinentie (%)

Instelling	Stress inc.	Aandrang inc.	Gemengde inc. (stress)	Gemengde inc. (aandrang)	Functionele inc.	Geen diagnose	Totaal (N)
Acute zorg							
AcZ	7,3	2,4	3,2	2,4	21,8	62,9	124
AlgZ	5,7	6,7	2,2	2,4	12,9	70,1	1.142
Chronische zorg							
VP	0,4	2,0	0,8	1,6	23,5	71,6	6.623
VZ	2,0	5,6	1,4	4,8	11,9	74,4	1.331
VG	0,9	1,7	0,0	0,3	35,6	61,5	351
Thuiszorg							
TZ	6,1	15,7	4,2	4,7	21,0	48,2	1.439

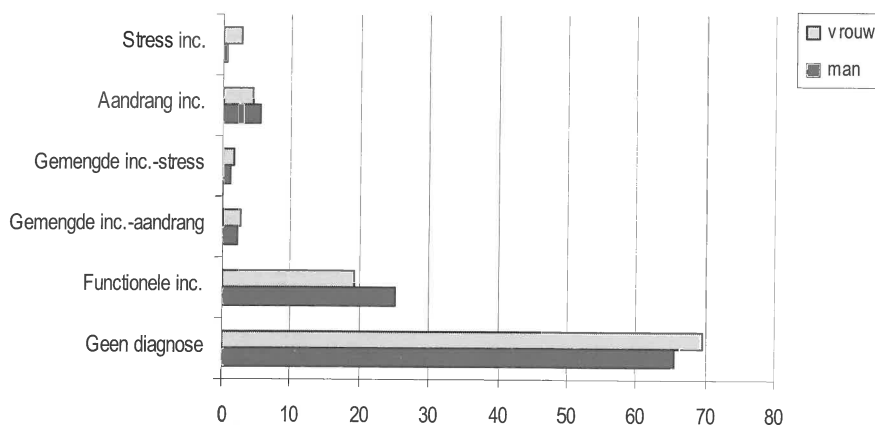
Opvallend in deze tabel is dat in de meeste gevallen geen diagnose is gesteld. Van de 3 sectoren wordt in de thuiszorg vaker een diagnose gesteld, namelijk bij de helft van de cliënten. Dat vaak geen diagnose wordt gesteld is opvallend, omdat pas na een correcte diagnosestelling een adequaat behandeltraject kan worden ingesteld om de incontinentieproblematiek te verminderen.

Van de gestelde diagnoses blijkt functionele incontinentie de meest voorkomende diagnose te zijn. In de thuiszorg wordt ten opzichte van de andere soorten instellingen ook vaak de diagnose aandrangincontinentie gesteld.

De diagnose stressincontinentie wordt binnen de acute zorg en de thuiszorg meer gesteld in vergelijking tot de chronische zorg.

Naast de verschillen in diagnosestelling tussen de soorten instellingen is tevens gekeken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen. In figuur 4.4 zijn de diagnoses naar geslacht weergegeven.

Figuur 4.4 Verdeling soort urine-incontinentie naar geslacht



Zoals eerder uit tabel 4.8 bleek, is in de meeste gevallen geen diagnose gesteld. Dit percentage ligt zowel bij mannen als vrouwen zeer hoog (65,6% bij mannen, 69,6% bij vrouwen). Bij mannen worden de diagnoses functionele incontinentie en aandrangincontinentie vaker gesteld dan bij vrouwen. Bij vrouwen wordt vaker geen diagnose gesteld. De diagnoses stressincontinentie, gemengde incontinentie (met name stress) en gemengde incontinentie (met name aandrang) worden bij vrouwen vaker gesteld.

Tabel 4.9 laat zien door wie de diagnoses zijn gesteld. De laatste kolom geeft het aantal personen weer waarbij een diagnose voor urine-incontinentie is gesteld.

Tabel 4.9 Door wie is de diagnose gesteld (%)

Instelling	Huisarts	Uroloog	Inc. verplgk.	Totaal (N)
Acute zorg				
AcZ	66,7	25,0	8,3	24
AlgZ	43,1	35,6	21,3	216
Chronische zorg				
VP	63,3	7,9	28,8	1.462
VZ	66,2	12,5	21,2	311
VG	83,0	1,0	16,0	100
Thuiszorg				
TZ	56,8	35,8	10,4	684

In de meeste gevallen wordt de diagnose door de huisarts gesteld. Dit geldt voor alle sectoren. Binnen de acute zorg en de thuiszorg worden na de huisarts de meeste diagnoses gesteld door de uroloog. Dit in tegenstelling tot de chronische zorg, waar na de huisarts de meeste diagnoses door een incontinentieverpleegkundige worden gesteld.

4.6 Behandeling van urine-incontinentie

In deze paragraaf wordt beschreven welke maatregelen instellingen nemen ter behandeling van urine-incontinentie.

In tabel 4.10 is voor elke maatregel weergegeven welk percentage van het totaal aantal urine-incontinente patiënten de betreffende maatregel is toegepast. Voor de behandeling van urine-incontinentie kunnen meerdere maatregelen worden toegepast. Daarom kan het percentage meer dan 100% zijn.

Tabel 4.10 Ondernomen maatregelen bij urine-incontinentie (%)

Maatregel	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
Absorberend verband	29,8	43,8	79,8	67,1	73,9	51,7
Wegwerp onderbroeken/pants	19,3	23,3	14,7	33,0	25,0	28,4
Onderleggers disposable/wasbaar	5,0	6,7	17,4	11,6	27,5	12,1
Naar toilet op gezette tijden	18,0	14,5	43,6	28,8	21,6	29,2
Aanpassingen omgeving	2,5	1,0	1,8	1,5	0,3	7,6
Aangepaste/gemakkelijke kleding	4,3	3,4	3,3	2,6	12,9	12,2
Speciale huidverzorging	9,3	3,3	6,9	5,2	17,4	10,8
Catheters	12,4	26,4	9,4	6,5	4,2	17,6
Medicatie	1,9	1,9	2,6	4,7	2,0	9,2
Blaastraining/bekkenbodemp- ontspanningsspieroefening	1,2	1,7	0,5	0,6	0,3	3,0
Anders	17,4	3,9	3,0	4,6	2,5	6,4
Totale aantal (N)	161	1.283	6.903	1.403	356	1.594

Uit tabel 4.10 blijkt dat het gebruik van absorberend verband het meeste wordt toegepast, vooral in de chronische zorg. Zo krijgt 79,8% van de urine-incontinente bewoners van het verpleeghuis een absorberend verband.

Wat verder opvalt, is dat in de acute zorg en de thuiszorg vaker een catheter wordt gebruikt dan in de chronische zorginstellingen.

Maatregelen die weinig worden toegepast zijn: blaastraining, bekkenbodemp- of ontspanningsspieroefeningen, medicatie, de omgeving aanpassen en aangepaste kleding. Een uitzondering hierop vormen de thuiszorginstellingen, die een breed scala aan maatregelen toepassen.

In tabel 4.11 wordt gekeken of er verschil is tussen maatregelen in relatie tot soorten urine-incontinentie. Ook hier geldt dat meerdere maatregelen mogelijk zijn, waardoor het totale percentage hoger dan 100% is.

Tabel 4.11 Ondernomen maatregelen naar soort diagnose (%)

Maatregelen	Stressinc.	Aandrang inc.	Gemengde inc. (stress)	Gemengde inc. (aandrang)	Functionele inc.	Geen diagnose
Absorberend verband	76,8	64,6	69,2	64,5	71,7	72,4
Wegwerponderbroek	10,5	23,8	25,2	27,1	18,3	20,6
Onderlegger	4,5	9,8	8,8	14,7	22,6	14,0
Toilet	21,8	37,9	47,8	43,2	37,8	36,2
Omgeving	0,9	4,8	2,5	4,4	2,2	2,3
Kleding	7,3	7,9	7,5	7,7	5,2	4,4
Huidverzorging	3,6	6,3	8,8	6,6	9,8	7,0
Catheter	5,5	9,8	8,8	11,7	15,0	9,7
Medicatie	4,5	12,1	13,8	14,3	3,6	2,6
Training/oefening	7,7	3,7	3,1	2,2	0,7	0,7
Anders	4,5	5,5	5,0	5,1	4,6	3,6
Totaal (N)	220	520	159	273	2.323	7.585

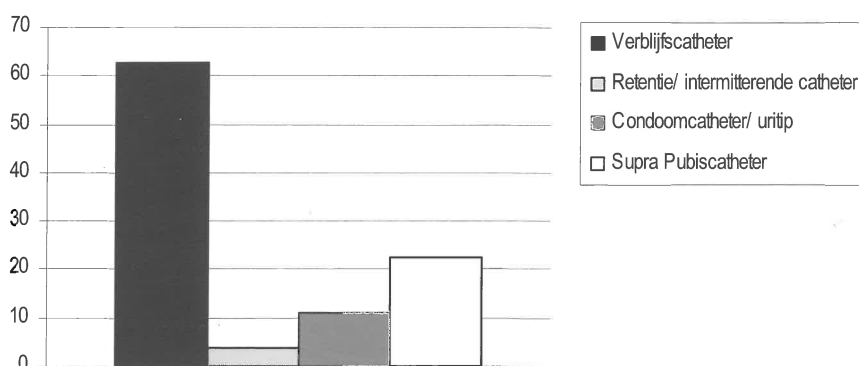
Zoals al uit tabel 4.10 bleek is het gebruik van het absorberend verband de meest toegepaste maatregel. Tabel 4.11 laat zien dat dit voor alle vormen van incontinentie geldt. Per diagnose zien we onderlinge verschillen. Zo worden bij stressincontinentie minder vaak wegwerponderbroeken en onderleggers gebruikt, terwijl wel vaker blaasttraining, bekkenbodemp- of ontspanningsspieroefeningen zijn toegepast.

Wat betreft aandrang-, gemengde- (stress) en gemengde (aandrang) incontinentie zien we een vergelijkbaar patroon in het gebruik van maatregelen.

De functionele incontinentie onderscheidt zich van de andere diagnoses doordat vaker een onderlegger en een catheter gebruikt worden. Indien geen diagnose is gesteld blijken toch min of meer dezelfde maatregelen te worden gehanteerd als wanneer wel een diagnose wordt gesteld.

In de meting wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten catheters. In figuur 4.5 wordt het totale gebruik van de verschillende soorten catheters weergegeven. Hieruit blijkt dat de verblijfcatheter de meest gebruikte catheter is, terwijl de retentie of intermitterende catheter het minst wordt gebruikt.

Figuur 4.5 Totaal gebruik van soorten catheters



Tabel 4.12 geeft aan of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft soort catheter. De percentages zijn berekend over de totale groep incontinenten mannen en vrouwen die een catheter hebben. De condoomcatheter/uritip wordt alleen gebruikt bij mannen, daarom is geen kolom voor vrouwen opgenomen.

Tabel 4.12 Soorten catheters naar geslacht (%)

Instelling	Verblifscatheter		Retentie/ intermitterende catheter		Condoom catheter/ uritip	Suprapubis catheter	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Man	Vrouw
Acute zorg							
AcZ	42,9	83,3	7,1	16,7	50,0	0,0	0,0
AlgZ	71,1	92,8	5,7	4,4	14,5	8,8	2,8
Chronische zorg							
VP	38,5	83,8	1,6	1,2	21,5	38,5	14,4
VZ	50,0	72,3	2,3	0,0	13,6	34,1	27,7
VG	18,2	75,0	9,1	25,0	27,3	45,5	0,0
Thuiszorg							
TZ	40,1	48,2	4,2	13,2	26,3	29,3	37,7

Uit tabel 4.12 blijkt dat voor vrouwen voornamelijk een verblifscatheter wordt gebruikt. Alleen in de thuiszorg gebruikt men bij vrouwen ook vaak een Suprapubis catheter. Bij mannen is een meer gedifferentieerd beeld te zien. In academische ziekenhuizen gebruikt men vooral een verblifscatheter of een condoomcatheter of uritip voor mannen, terwijl men in de algemene ziekenhuizen vooral een verblifscatheter gebruikt. In de chronische sector gebruikt men vaak een Suprapubis catheter voor mannen.

4.7 Kwaliteitsindicatoren incontinentie

Het volgende deel gaat in op de kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren geven een beeld over het incontinentiebeleid binnen de instellingen en afdelingen.

Een vergelijking wordt gemaakt tussen de scores in 2004 en 2005 naar soort instelling. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat in 2005 meer instellingen hebben geparticipeerd. Hierdoor is het mogelijk dat de percentages van de kwaliteitsindicatoren enigszins gedaald zijn, omdat nieuwe instellingen (nog) niet voldoen aan de indicatoren.

Eerst zullen de resultaten op instellingsniveau worden weergegeven en daarna op afdelingsniveau.

4.7.1 Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

Tabel 4.13 laat de resultaten van de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau zien. In 2005 werd gevraagd of er controle is op het werken volgens een incontinentieprotocol of richtlijn. Hier is in 2004 niet naar gevraagd. Dit geldt ook voor de indicatoren 'beheersprotocol voor incontinentiemateriaal' en 'incontinentie-verpleegkundige binnen de instelling'. Het percentage geeft weer in welke mate aan de criteria is voldaan.

Tabel 4.13 Verdeling kwaliteitsindicatoren instellingsniveau per soort instelling 2004 – 2005 (%)

Instellingen	Kwaliteitsindicatoren										
	Protocol		Controle werk vlg. protocol	Verantw. protocol up-to-date houden	Beheers- protocol		Inc. verplk.	Bijscholing		Informatie- brochure	
	2004	2005	2005	2004	2005	2005	2005	2004	2005	2004	2005
Acute zorg											
AcZ	0	33	0	50	33	67	33	0	33	25	33
AlgZ	7	9	9	26	17	31	69	14	34	38	29
Chronische zorg											
VP	20	30	27	27	34	78	30	47	50	23	11
VZ	8	16	16	8	16	50	28	16	46	15	16
VG	33	60	60	33	60	60	40	0	20	0	20
Thuiszorg											
TZ	23	26	0	38	5	11	37	38	26	0	16

Voor een goed incontinentiebeleid is het gebruik van een protocol of richtlijn belangrijk. Uit tabel 4.13 blijkt dat een protocol slechts in beperkte mate aanwezig is. Wel is een lichte verbetering te zien tussen 2004 en 2005. Een positieve uitzondering vormen de vijf zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, waarvan drie in 2005

een protocol hebben. Binnen de academische ziekenhuizen en de thuiszorg wordt niet gecontroleerd of gewerkt wordt volgens een incontinentieprotocol, terwijl ongeveer 30% van de instellingen aangeeft over een protocol of richtlijn voor de behandeling van incontinentie te beschikken. Binnen de chronische zorg lijkt het dat instellingen die een protocol of richtlijn hebben, ook controleren of er wordt gewerkt volgens het protocol.

Er is echter in beperkte mate een verantwoordelijke binnen de instelling aanwezig die het protocol of de richtlijn up-to-date houdt. Binnen de acute zorg en de thuiszorg wordt in 2005 minder vaak een protocol of richtlijn up-to-date gehouden door een verantwoordelijke dan in 2004, terwijl in de chronische zorg in 2005 dit juist vaker voorkomt.

Op de vraag of er een beheersprotocol voor het incontinentiemateriaal aanwezig is, wordt binnen de instellingen redelijk gescoord. Bij de chronische zorg heeft meer dan de helft van de instellingen een beheersprotocol. De thuiszorg (11%) scoort hier aanzienlijk lager dan de overige instellingen.

In 2005 werd gevraagd of een incontinentieverpleegkundige aanwezig is binnen de instelling. In totaal gaven 24 van de 35 (69%) algemene ziekenhuizen aan over een incontinentieverpleegkundige te beschikken.

In 2005 hebben de instellingen voor acute- en chronische zorg meer bijscholingen georganiseerd omtrent incontinentie dan in 2004. In de thuiszorg is echter een lichte daling te zien. Eén op de drie instellingen binnen de acute zorg beschikt over een informatiebrochure voor patiënten en/of familie. De chronische zorg en de thuiszorg scoren beduidend lager.

4.7.2 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 4.14 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de criteria is voldaan.

Uit tabel 4.14 blijkt dat vooral de chronische zorg relatief hoog scoort op de aanwezigheid van de gevraagde kwaliteitsindicatoren. De instellingen beschikken vooral vaker over een persoon die zich bezig houdt met incontinentie en er wordt meer gecontroleerd of volgens een protocol wordt gewerkt. Ongeveer de helft van de thuiszorgorganisaties beschikt over een persoon die gespecialiseerd is op het terrein van incontinentie. De thuiszorg controleert beduidend minder of volgens het protocol wordt gewerkt.

Zowel binnen de acute- als de chronische zorg is het geïndiceerde incontinentiemateriaal voldoende tot goed beschikbaar op de afdeling. De thuiszorg scoort hier lager.

In 2005 werd ook gevraagd of elke patiënt die incontinent is een informatiebrochure ontvangt. Uit tabel 4.14 blijkt dat dit nauwelijks gebeurt, ondanks dat uit tabel 4.13 bleek dat ongeveer één op de drie instellingen binnen de acute zorg een brochure heeft. Blijkbaar is men niet bekend met deze brochure of men vergeet deze uit te reiken op de afdeling.

Tabel 4.14 Verdeling kwaliteitsindicatoren afdelingsniveau naar soort instelling 2004 – 2005 (%)

Instelling	Kwaliteitsindicatoren							
	Gespecialiseerd persoon op afdeling		Controle werken vlgs. protocol		Materiaal beschikbaar		Informatiebrochure	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Acute zorg								
AcZ	18	23	7	28	79	92	-	1
AlgZ	14	18	6	13	81	89	-	2
Chronische zorg								
VP	71	72	44	49	98	94	-	2
VZ	32	63	22	37	77	74	-	3
VG	50	56	23	42	100	98	-	5
Thuiszorg								
TZ	54	56	16	15	28	50	-	4

4.8 Conclusies

De prevalentie van urine-incontinentie varieert tussen de soorten instellingen van 13,6% tot 79,4%. Urine-incontinentie komt vooral veel voor in chronische- en thuiszorginstellingen. De prevalentie van ontlastingsincontinentie ligt lager, maar varieert sterk (11,9% tot 64,9%). Ontlastingsincontinentie komt voornamelijk voor in chronische zorginstellingen. Urine-incontinentie komt meer voor bij vrouwen, terwijl er weinig verschil is tussen mannen en vrouwen wat betreft ontlastings- en dubbele incontinentie. Zowel urine- als ontlastingsincontinentie nemen toe naarmate de leeftijd stijgt.

De prevalentie van incontinentieletsels bij urine-incontinentie varieert tussen de 3,3% en 9,8%, waarbij de prevalentie het hoogste is in de chronische zorg. Letsels bij ontlastingsincontinentie en dubbele incontinentie liggen lager, namelijk tussen de 2,1% en 8,7% (ontlastingsincontinentie) en 1,2% en 8,3% (dubbele incontinentie).

Van de personen die incontinent zijn van urine, hebben tussen de 8,1% en 14,7% incontinentieletsels. Hierbij hebben patiënten in het academisch ziekenhuis relatief de meeste letsels. De percentages van letsels bij mensen die ontlastingsincontinent zijn liggen hoger dan bij urine-incontinentie: 13,8% tot 21,1%. Hierbij zijn de hoogste percentages gevonden in de acute sector.

In de acute- en chronische zorg is bij meer dan 61% van de incontinentie personen geen diagnose gesteld. Voor thuiszorginstellingen geldt dit voor de helft van de cliënten. De meest gestelde diagnose is functionele incontinentie. Meestal wordt de diagnose gesteld door de huisarts.

Het absorberend verband wordt het meest gebruikt bij personen die incontinent zijn van urine, terwijl blaastaining en bekkenbodemp- of ontspanningsspieroefeningen het minst worden toegepast.

Het toepassen van maatregelen hangt af van de diagnose. Zo wordt bij stressincontinentie vaker blaastaining en bekkenbodemp- of ontspanningsspieroefeningen toegepast, terwijl bij functionele incontinentie vaker een onderlegger of een catheter wordt gehanteerd. De toegepaste maatregelen bij aandrangincontinentie en gemengde incontinentie zijn vergelijkbaar.

Het blijkt dat nog geen duidelijk beleid voor de behandeling van incontinentie aanwezig is. Instellingen hebben in beperkte mate een behandelingsprotocol voor incontinentie en indien een protocol of richtlijn aanwezig is dan wordt weinig gecontroleerd of daadwerkelijk gewerkt wordt volgens dit protocol of richtlijn. Daarnaast ontvangen patiënten vaak geen informatiebrochure terwijl deze wel in sommige instellingen aanwezig is. Afdelingen geven echter wel aan voldoende over het geïndiceerde incontinentiemateriaal te beschikken.

4.9 Aanbevelingen

Incontinentie heeft een grote invloed op het dagelijks functioneren van de incontinente persoon. Om op een voor hem/haar goede manier met het probleem om te gaan, is het daarom van belang optimale zorg te verlenen. Naar aanleiding van de resultaten uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan:

1. urine-incontinentie moet vaker worden gediagnosticeerd, zodat adequate maatregelen kunnen worden ingezet.
2. meer gebruik maken van een protocol of richtlijn voor de behandeling van incontinentie.
3. meer controleren of gewerkt wordt volgens een incontinentieprotocol of richtlijn.
4. aantrekken van een incontinentieverpleegkundige binnen de instelling of in ieder geval ervoor zorgen dat een gespecialiseerd persoon met betrekking tot incontinentie op de afdeling aanwezig is.
5. meer bijscholingen organiseren met betrekking tot incontinentie.
6. meer gebruik maken van een informatiebrochure.

4.10 Literatuur

- Brown JS, D Grady, JG Ouslander, AR Herzog, RE Varner, SF Posner (1999). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal woman. *Obstetrics & Gynecology*, 94(1): 66-70.

- College voor Zorgverzekeringen (2003). Urine-incontinentie bij volwassenen. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen. Publicatienummer 03/147.
- Defloor T. (1999). Decubitus, de stand van zaken 1: urine veroorzaakt geen decubitus. *Nursing*, (3):53-5.
- Getliffe K, M Dolman (2003). Promoting continence; a clinical and research resource. 2nd ed. Baillière Tindall.
- Gezondheidsraad (2001). Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2001/12.
- Holroyd-Leduc JM, SE Straus (2004). Management of urinary incontinence in woman: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 291(8): 986-95.
- Laycock J, J Haslam (2004). Therapeutic management of incontinence and pelvic pain: pelvic organ disorders. 3rd ed. London: Springer-Verlag.
- Merck Manual (2000). Medisch handboek. 1st ed. Houten/Diegen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smith AL, M Louis Moy (2004). Modern management of woman with stress urinary incontinence. *Ostomy Wound Management*, 50(12): 32-9.

5

ONDERVOEDING

J.M.M. Meijers, M.A.P. Janssen, J.M.G.A. Schols, M.A.E. van Bokhorst -
de van der Schueren, R.J.G. Halfens

5.1 Inleiding

Bij ondervoeding wordt vooral gedacht aan ontwikkelingslanden. Ondervoeding komt echter ook voor in westerse landen waar gezondheidszorgorganisaties goed ontwikkeld zijn (Naber & Binsbergen, 2000). Niet alleen in ziekenhuizen, maar ook in bijvoorbeeld de thuissituatie en in verzorgings- en verpleeghuizen zijn veel mensen ondervoed (Statton et al., 2003). Vaak is ondervoeding gerelateerd aan (chronische) ziekte. Voor de zieke patiënt geldt dat er sprake is van een verhoogde voedingsbehoefte. Niet zelden worden lichaamseiwitten in verhoogde mate afgebroken, zelfs als er voldoende voedsel wordt opgenomen. Ondervoeding ontstaat hierbij dus niet primair door onvoldoende voedselopname, maar ook door ziekte (Verheul-Koot et al., 1999).

Een slechte voedingstoestand kan het genezingsproces van ziekten vertragen. Voor ziekenhuispatiënten is beschreven dat ondervoeding kan leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden (Flodin et al., 2000; Tucker, 1996). In de thuissituatie kan ondervoeding leiden tot een verhoogde kans op ziekenhuisopname, verhoogde mortaliteit, frequenter bezoek aan de huisarts, verhoogd medicijngebruik, vertraagd herstel, verhoogde kans op behoefte aan thuishulp of opname in een verzorgings- of verpleeghuis (Martyn et al., 1998; Payette et al., 2002). Voldoende en gevarieerde voeding of een juiste voedingstherapie kunnen het genezingsproces van ziekten ondersteunen en complicaties voorkomen (Cederholm et al., 1995; Naber et al., 1997).

Om inzicht te krijgen in de omvang van het zorgprobleem ondervoeding is in 2001 door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) een nationale screening naar ondervoeding verricht. Uit deze prevalentietesting bleek dat ongeveer 25% van de patiënten in zieken-, verzorgingshuizen, thuiszorg en bij huisartsen matig tot ernstig ondervoed was

(Kruizenga et al. 2003). De prevalentie van ondervoeding is ook in meerdere Europese studies onderzocht. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een Engels onderzoek begin jaren negentig dat 40% van de opgenomen patiënten ondervoed was bij opname in het ziekenhuis. Na een week verblijf in het ziekenhuis was het percentage gestegen naar 75% (Mc Whirter & Pennington, 1994). Verder spreekt een Duits onderzoek in 2003 van een prevalentie van 24% ondervoeding in ziekenhuizen (Pirlich et al., 2003).

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen op het gebied van ondervoeding weergegeven.

Eerst zal algemene informatie over ondervoeding worden gegeven, vervolgens worden de prevalentie en bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan ondervoeding beschreven. Daarna zal de preventie en behandeling worden toegelicht. Tot slot wordt het beleid ten aanzien van ondervoeding aan de hand van gemeten kwaliteitsindicatoren beschreven. In enkele tabellen zijn de resultaten van 2004 weergegeven om een vergelijking te geven met 2005.

5.2 Definities ondervoeding

Ondervoeding wordt op verschillende manieren gemeten, met verschillende criteria. De criteria voor de meting van ondervoeding binnen de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen zijn opgesteld door middel van 1) literatuuronderzoek, 2) een combinatie van de schaal Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) ontwikkeld door VU Medisch Centrum (Kruizenga et al., 2005) en de schaal Screeningsinstrument Risico op Ondervoeding bij Ziekenhuispatiënten (SROZ) ontwikkeld door Universitair Medisch Centrum St. Radboud (Bökkerink & Coenen, 2002) en 3) opvattingen van experts inzake ondervoeding binnen Nederland.

In deze meting wordt de volgende definities gehanteerd:

Ondervoeding; een patiënt voldoet aan één van de volgende drie criteria:

1. een BMI (Body Mass Index) kleiner dan 18,5;
2. een BMI tussen de 18,5 en 20 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.

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

1. een BMI tussen de 18,5 en 20;
2. drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan een week minder gegeten hebben dan normaal.

In 2004 werd een andere definitie van ondervoeding toegepast dan in 2005. In het kader van de uniformiteit en vergelijkbaarheid is in dit hoofdstuk de definitie van ondervoeding uit 2005 ook toegepast op de gegevens van 2004. Ook is voor 2004 het risico opnieuw berekend conform de omschrijving van 2005 om een vergelijking te kunnen maken.

Bij de afkappunten van de BMI is geen verschil gemaakt tussen kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen. De gehanteerde afkappunten worden in het algemeen gebruikt voor een populatie tussen de 18 en 70 jaar oud. De uitkomsten voor jongeren en patiënten ouder dan 85 jaar moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

5.3 Overzicht en kenmerken deelnemers ondervoeding 2005

In tabel 5.1 zijn het aantal participerende instellingen en patiënten die hebben deelgenomen aan de meting van ondervoeding in 2005 weergegeven.

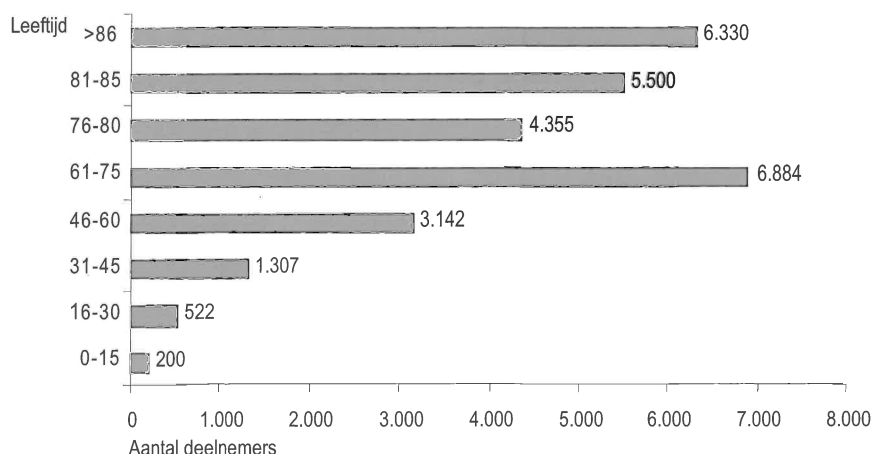
Tabel 5.1 Overzicht deelnemers zorgprobleem ondervoeding in 2005

Instelling	Instellingen	Deelnemers ondervoeding	Respons ondervoeding	
	Aantal	Aantal	Aantal	%
Acute zorg				
AcZ	5	1.458	1.423	97,6
AlgZ	52	10.615	10.583	99,7
Chronische zorg				
VP	71	9.109	8.781	96,4
VZ	49	2.493	2.321	93,1
RC	2	55	55	100,0
VG	5	448	434	96,9
PZ	1	59	59	100,0
Thuiszorg				
TZ	23	4.653	4.555	97,9
Totaal	208	28.890	28.211	97,6

Vanaf 2004 is het zorgprobleem ondervoeding gemeten in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. In 2004 deden 193 zorginstellingen mee aan de totale prevalentie-meting. Van 25.633 patiënten werden gegevens over het voorkomen van ondervoeding ontvangen. In 2005 zijn gegevens beschikbaar van 28.211 patiënten uit 208 instellingen (respons van 97,6%). Het blijkt dat niet alle instellingen en patiënten, die deelgenomen hebben aan de totale Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (hoofdstuk 2, tabel 2.3), ook hebben geparticipeerd in de meting van ondervoeding. Met name in de chronische zorg heeft men minder vaak de voedingsvragen ingevuld. Desondanks is het aantal deelnemende instellingen in deze sector voldoende om conclusies uit te trekken.

Bij de meting van het zorgprobleem ondervoeding blijkt dat beduidend meer vrouwen (61,7%) dan mannen (38,2%) hebben meegedaan, hetgeen vergelijkbaar is met de verdeling van de totale deelname van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (respectievelijk 62,6% vrouwen en 37,4% mannen).

Figuur 5.1 Aantal deelnemers zorgprobleem ondervoeding 2005 verdeeld naar leeftijd



Wanneer we naar de verdeling van leeftijd van de deelnemers van het zorgprobleem ondervoeding kijken, zien we dat de grootste groep deelnemers tussen de 61-75 jaar is en de daarop volgende grootste groep ouder dan 86 jaar. De kleinste groep is 0-15 jaar.

5.4 Prevalentie ondervoeding

In deze paragraaf worden de prevalentie van ondervoeding en risico op ondervoeding besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de prevalentie en de factoren die gerelateerd zijn aan ondervoeding: geslacht, leeftijd en ziekte.

5.4.1 Prevalentie ondervoeding

In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van ondervoeding en het risico op ondervoeding in zowel 2004 als 2005.

Tabel 5.2 Prevalentie ondervoeding en risico op ondervoeding 2004 en 2005 (%)

Instelling	Risico op ondervoeding		Ondervoeding	
	2004	2005	2004	2005
Acute zorg				
AcZ	35,8	44,1	24,3	28,8
AlgZ	37,5	38,6	25,2	24,3
Chronische zorg				
VP	24,0	22,4	20,6	17,3
VZ	16,0	16,5	14,2	12,9
VG	20,6	21,4	16,9	14,7
Thuiszorg				
TZ	27,4	24,8	22,8	20,3

Uit de resultaten van 2005 blijkt dat ondervoeding het meeste voorkomt in de acute zorg, namelijk bij één op de vier patiënten. In de thuiszorg is de prevalentie lager, namelijk één op de vijf cliënten, terwijl deze in de chronische zorg nog iets lager is, namelijk één op de zes bewoners.

In vergelijking met 2004 is het prevalentiecijfer ondervoeding licht gedaald in 2005, behalve bij academische ziekenhuizen. Aangezien dit slechts de tweede meting is, is het zeer voorbarig om hier conclusies uit te trekken. In grote lijn kan geconcludeerd worden dat de gevonden resultaten in 2004 overeenkomen met die van 2005. De prevalentie van het risico op ondervoeding is voor academische ziekenhuizen ook iets hoger dan in 2004. Voor de andere instellingen komen de gegevens in grote lijn overeen met de gegevens uit 2004.

Bij de interpretatie van de prevalentiecijfers in tabel 5.2 dient rekening te worden gehouden met enkele beperkingen. Het gewicht is namelijk maar bij ongeveer 50% van de patiënten daadwerkelijk bepaald. Bovendien heeft deze prevalentiemeting op veel verschillende locaties plaatsgevonden waardoor geen sprake is geweest van gebruik van een zelfde weegschaal. Ondanks de moeilijkheden bij het berekenen van de BMI is de groep deelnemers echter wel representatief genoeg wat betreft omvang om een beeld te schetsen van de huidige situatie. Het cijfer kan echter wel een onderwaardering zijn van de werkelijkheid, aangezien degenen waarvan de BMI niet berekend kon worden op

deze indicator voor ondervoeding niet scoorden, terwijl zij mogelijk wel ondervoed waren.

5.4.2 Individuele criteria prevalentie ondervoeding

In tabel 5.3 wordt een overzicht gegeven van de individuele criteria die gebruikt zijn om ondervoeding vast te stellen.

Aangezien patiënten op basis van meerdere criteria ondervoed kunnen worden genoemd, is het totale percentage van de criteria een oververtegenwoordiging van het prevalentiecijfer dat genoemd is in tabel 5.2.

Tabel 5.3 Weergave individuele parameters ondervoeding (%)

Parameters	Acute zorg		Chronische zorg			Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	VG	TZ
BMI < 18,5	6,3	2,2	3,10	1,7	7,60	3,90
BMI 18,5 - 20 en 3 dagen niet of nauwelijks gegeten	0,7	0,6	0,03	0,3	0,00	0,08
BMI tussen de 18,5 en 20 en meer dan 1 week minder gegeten dan normaal	1,1	1,0	0,10	0,4	0,46	0,50
Onbedoeld > 6 kg in de afgelopen 6 maanden afvallen	14,2	11,5	7,90	6,1	3,50	12,00
Onbedoeld > 3 kg in de afgelopen maand afvallen	15,6	14,3	6,80	4,8	3,50	5,20

Uit deze tabel blijkt dat 'onbedoeld afvallen' het meest voorkomende criterium is, met name binnen de acute zorg. In de acute zorg komt dit meer dan tweemaal zo vaak voor dan in de chronische zorg en thuiszorg. Waarschijnlijk kan dit worden verklaard door het acute karakter van het onderliggend lijden (ernstig ziek, verminderde eetlust bij acute ziekte) en door de noodzaak om nuchter te zijn voor een operatie of onderzoek.

Een BMI van 18,5 tot 20 in combinatie met minder/nauwelijks eten wordt relatief weinig gescoord. Argument hiervoor zou kunnen zijn dat lengte en gewicht relatief weinig worden gemeten (ongeveer 50%) en dus de BMI moeilijk te bepalen is. Anderzijds wordt bijvoorbeeld in acute zorginstellingen maar bij één op de drie patiënten de voedingsintake geregistreerd en is het dus moeilijk te bepalen of de patiënt minder/nauwelijks heeft gegeten. Dit registratieprobleem werd al vaker genoemd in ander onderzoek (Rasmussen et al., 1999).

5.4.3 Geslacht

In tabel 5.4 wordt de relatie tussen geslacht en ondervoeding weergegeven. Van de totale groep mannen en vrouwen is berekend hoeveel ondervoed zijn of een risico op ondervoeding hebben.

Tabel 5.4 Ondervoeding en risico op ondervoeding naar geslacht (%)

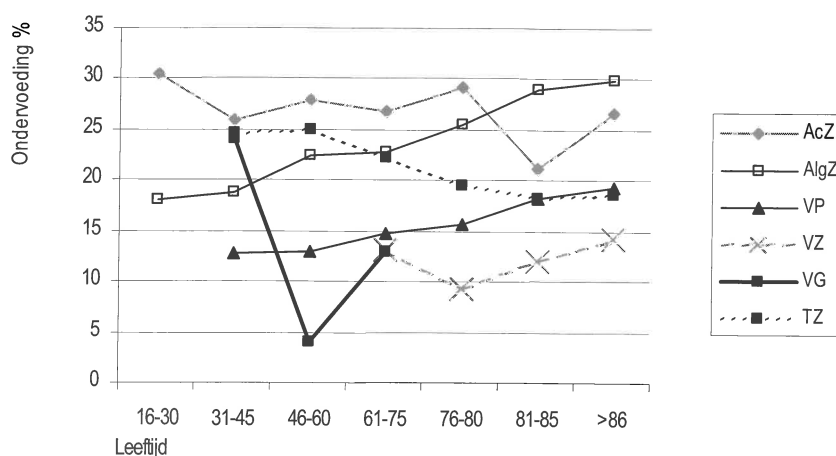
Instelling	Ondervoeding		Risico op ondervoeding	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Acute zorg				
AcZ	32,1	25,3	46,9	44,6
AlgZ	24,8	23,8	38,9	39,0
Chronische zorg				
VP	16,2	17,7	21,0	23,7
VZ	10,2	13,8	13,8	18,0
VG	18,1	10,9	24,2	18,5
Thuiszorg				
TZ	20,6	20,1	24,2	26,4

In tabel 5.4 is te zien dat over het algemeen weinig verschillen zijn in ondervoeding tussen mannen en vrouwen. Wel blijken mannen in academische ziekenhuizen en zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking iets vaker ondervoed, terwijl in verzorgingshuizen vrouwen iets vaker ondervoed zijn. Wat betreft het risico op ondervoeding blijken mannen in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking hoger te scoren, terwijl vrouwen in verzorgingshuizen juist een hoger risico hebben.

5.4.4 Leeftijd

In figuur 5.2 wordt een overzicht gegeven van het percentage ondervoeding per leeftijdscategorie. Om een representatief beeld te krijgen, zijn in deze figuur alleen de cijfers gepresenteerd van leeftijdsgroepen met een aantal van meer dan 50 personen.

Figuur 5.2 Ondervoeding verdeeld naar leeftijd (%)



Uit figuur 5.2 blijkt dat in algemene zieken-, verzorgings- en verpleeghuizen het voorkomen van ondervoeding stijgt naarmate men ouder wordt. Dit resultaat is conform eerder onderzoek (Kruizenga et al., 2003). Bij de thuiszorg is echter een afname te zien. Mogelijk heeft dit te maken met selectieve uitval. Op het moment dat sprake is van ziekte of ondervoeding wordt de cliënt opgenomen in een zorginstelling. De tendens bij de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking is wisselend.

Verder blijkt dat in de leeftijdscategorie 86 jaar en ouder ondervoeding binnen acute zorginstellingen vaker voorkomt in vergelijking met andere instellingen. Waarschijnlijk speelt de factor ziekte hierbij een belangrijke rol.

5.4.5 Reden van opname

In tabel 5.5 is de belangrijkste reden van opname weergegeven en daarbij het risico op ondervoeding. De cijfers zijn weergegeven in percentages. Door inzicht te krijgen in welke ziektebeelden een hoger risico op ondervoeding hebben, kunnen interventies preventief worden ingezet. Hierdoor kan de kans op ondervoeding worden vermindert.

Om een representatief beeld te krijgen zijn in deze tabel alleen de cijfers gepresenteerd over aandoeningen die bij meer dan 50 personen de belangrijkste reden voor opname is geweest. Waar de groep kleiner is dan 50, is in de tabel niets ingevuld.

Tabel 5.5 Belangrijkste reden opname in relatie tot risico op ondervoeding (%)

Reden van opname	Acute zorg		Chronische zorg		Thuiszorg
	AcZ	AlgZ	VP	VZ	TZ
Infectieziekte	72,7	64,0	-	-	-
Tumor	75,0	65,0	71,4	-	71,1
Diabetes Mellitus	-	38,8	-	-	20,8
Ziekte van bloed of bloedbereidende orgaan	85,9	62,3	-	-	-
Psychische stoornis, dementie	-	58,3	61,0	50,3	43,3
Ziekte van hart- en vaatstelsel	40,4	37,4	50,7	-	33,2
CVA/hemiparese	-	41,8	45,3	-	22,5
Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	55,4	54,0	-	-	37,5
Ziekte van spijsverteringskanaal	70,9	71,0	-	-	46,4
Ziekte van nier / urinewegen, geslachtsorganen	45,2	38,3	-	-	31,8
Ziekte van bewegingsstelsel	41,4	23,0	59,5	-	36,4
Ongevalletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	40,0	41,6	47,1	-	30,3
ADL-afhankelijk	-	-	62,3	41,6	32,1

Uit tabel 5.5 blijkt dat het risico op ondervoeding over het algemeen het meeste voorkomt bij patiënten met een tumor als belangrijkste reden van opname. Dit resultaat werd

al eerder bevestigd in ander onderzoek (Edwards 1998; Kruizenga et al., 2003). Dat mensen met een tumor vaker een risico op ondervoeding hebben, komt volgens de literatuur voort uit enerzijds metabole veranderingen als gevolg van de tumor en anderzijds uit mechanische belemmering van de voedselinname of behandelingen zoals radiotherapie of chemotherapie waarbij hevige misselijkheid, braken en veranderingen in de smaak een verminderde eetlust kunnen veroorzaken (Edwards 1998; Verheul-Koot et al., 1999).

Verder blijkt een psychische stoornis (dementie) als tweede het meest vaak voor te komen bij alle soorten instellingen in relatie tot risico op ondervoeding. Dit resultaat werd ook eerder gevonden in ander onderzoek (Vetta et al., 1999; Suominen et al., 2005).

In acute zorginstellingen blijkt het risico op ondervoeding ook vaak voor te komen bij patiënten met infecties, ziekten van bloed of bloedbereidende organen en ziekten van het spijsverteringskanaal. In chronische zorginstellingen ziet men een verhoogd risico op ondervoeding met name bij bewoners die ADL-afhankelijk zijn.

5.5 Behandeling en preventie van ondervoeding

In deze paragraaf worden de maatregelen, die zijn genomen voor de behandeling van ondervoeding en preventie van risico op ondervoeding besproken. Daarnaast wordt gekeken naar mogelijke verschillen tussen leeftijdscategorieën.

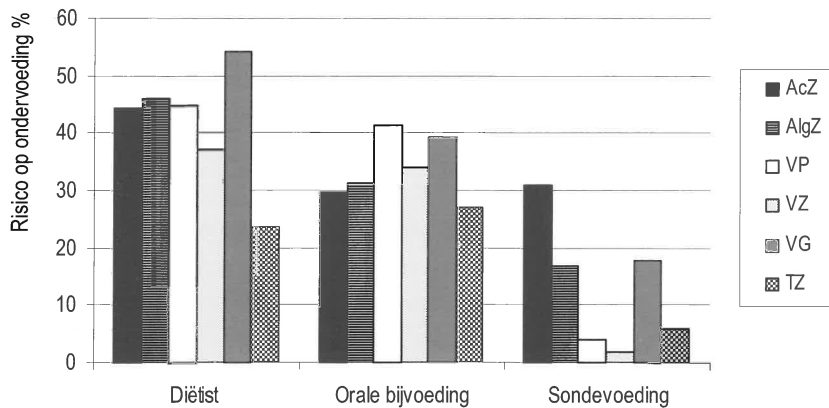
Tenslotte wordt een koppeling gemaakt tussen een kwaliteitsindicator op instellingsniveau en de maatregel 'diëtist inschakelen bij ondervoeding' op patiëntniveau.

5.5.1 Preventieve maatregelen risico op ondervoeding

Per soort instelling is gekeken welke preventieve maatregelen zijn genomen bij patiënten die een risico op ondervoeding hebben. Slechts bij 53% van de patiënten met een risico op ondervoeding is daadwerkelijk een maatregel genomen. In figuur 5.3 is het percentage patiënten met risico op ondervoeding en de toegepaste maatregel weergegeven.

Uit figuur 5.3 blijkt dat het inschakelen van een diëtist bij patiënten met een risico op ondervoeding het meeste plaatsvindt in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. In de acute zorg, verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg wordt een diëtist bij minder dan 50% van de mensen met risico op ondervoeding geconsulteerd. Orale bijvoeding vindt in alle soorten instellingen in min of meer dezelfde mate plaats, terwijl sondevoeding vooral in de acute zorg en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt gegeven.

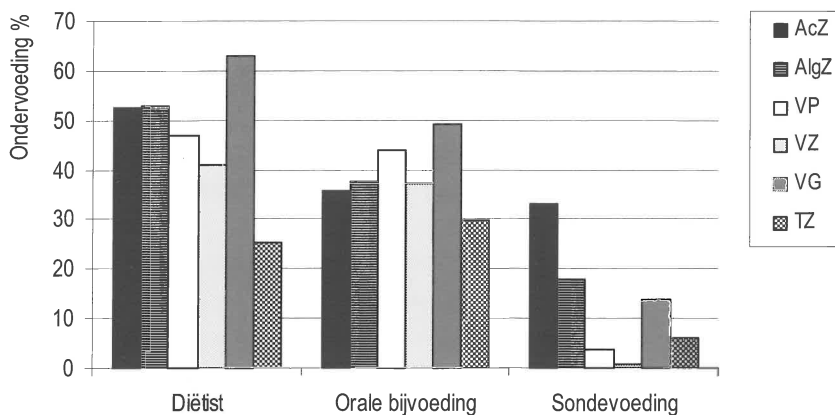
Figuur 5.3 Preventieve maatregelen bij risico op ondervoeding 2005 (%)



5.5.2 Behandelingsmaatregelen bij ondervoeding

Per soort instelling is gekeken welke behandelingsmaatregelen zijn genomen bij patiënten die ondervoed zijn. Slechts bij 57% van de patiënten die ondervoed zijn, is daadwerkelijk een maatregel genomen. In figuur 5.4 is het percentage van het aantal patiënten die ondervoed zijn en de toegepaste maatregel weergegeven.

Figuur 5.4 Behandelingsmaatregelen bij ondervoeding 2005 (%)

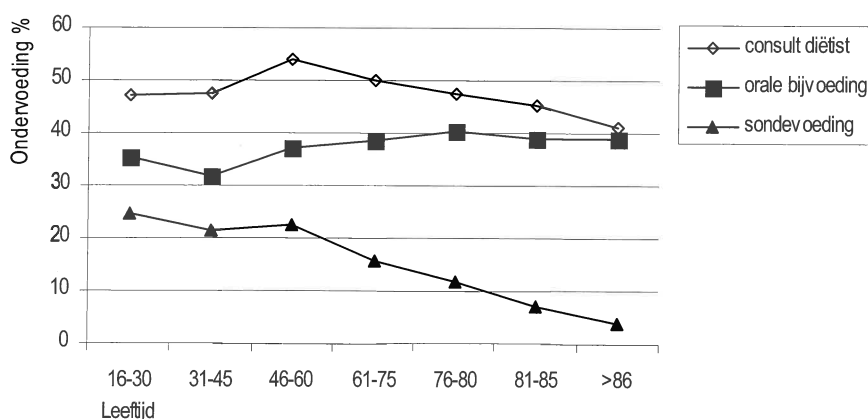


Uit figuur 5.4 blijkt dat het inschakelen van een diëtist bij ondervoeding het meest plaatsvindt in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. In de acute zorg wordt een diëtist vaker geconsulteerd (één op de twee patiënten) dan in chronische zorginstellingen en de thuiszorg. Orale bijvoeding bij ondervoeding vindt in alle soorten instellingen in min of meer dezelfde mate plaats, terwijl sondevoeding vooral in de acute zorg en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt gegeven.

5.5.3 Leeftijd en maatregelen voor ondervoeding

In figuur 5.5 is per leeftijdscategorie in percentages weergegeven welke maatregelen genomen zijn bij ondervoede patiënten.

Figuur 5.5 Maatregel voor ondervoeding naar leeftijd (%)



In figuur 5.5 zien we dat hoe ouder de patiënt is, hoe minder vaak sondevoeding wordt gegeven bij ondervoeding. Ook het consulteren van een diëtist neemt af naarmate de patiënt ouder wordt. Orale bijvoeding bij ondervoeding vindt in alle leeftijdscategorieën in min of meer dezelfde mate plaats.

5.5.4 Vergelijking ondervoedingsmaatregel en kwaliteitsindicator

Tabel 5.6 geeft een overzicht van de kwaliteitsindicator 'diëtist aangesteld op instellingsniveau' in vergelijking tot de preventieve maatregel 'diëtist inschakelen bij risico op ondervoeding' en de behandelingsmaatregel 'diëtist inschakelen bij ondervoeding op patiëntniveau'.

Tabel 5.6 Vergelijking maatregel op patiëntniveau en kwaliteitsindicator op instellingsniveau (%)

Instelling	Instellingsniveau	Patiëntniveau	Patiëntniveau
	Diëtist aangesteld	Preventiemaatregel diëtist inschakelen bij risico ondervoeding	Behandelingsmaatregel diëtist inschakelen bij ondervoeding
Acute zorg			
Acz	100,0	44,2	53,0
AlgZ	100,0	46,5	50,6
Chronische zorg			
VP	86,1	46,8	49,4
VZ	66,4	37,8	43,3
VG	100,0	50,7	57,5
Thuiszorg			
TZ	96,5	23,2	26,1

Uit tabel 5.6 blijkt dat in alle acute zorginstellingen diëtisten zijn aangesteld en dat deze in minder dan 50% van de gevallen bij risico op ondervoeding of ondervoeding worden ingezet. Ook bij chronische zorginstellingen wordt de diëtist minder vaak ingezet dan mogelijk is. Bij thuiszorginstellingen zien we dat in bijna alle gevallen een diëtist aanwezig is. Deze wordt echter het minst ingezet bij (risico op) ondervoeding.

5.6 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In deze paragraaf worden per soort instelling de kwaliteitsindicatoren op het gebied van ondervoeding besproken, zowel op instellings- als afdelingsniveau. De kwaliteitsindicatoren geven een beeld van het beleid ten aanzien van de preventie en behandeling van ondervoeding.

Eerst zullen de resultaten op instellingsniveau worden weergegeven en daarna op afdelingsniveau. Naast de scores op deze indicatoren zal een vergelijking worden gemaakt tussen de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau en de daadwerkelijk uitgevoerde interventies op patiëntniveau.

5.6.1 Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

In tabel 5.7 zijn voor 2004 en 2005 enkele kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de criteria is voldaan.

Tabel 5.7 Verdeling kwaliteitsindicatoren instellingsniveau per soort instelling 2004-2005 (%)

Instelling	Kwaliteitsindicatoren									
	Protocol (preventie en behandeling)		Criteria vastleggen ondervoeding		Diëtist		Bijscholing		Informatie- brochure	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Acute zorg										
AcZ	20	20	60	40	100	100	40	60	60	0
AlgZ	40	40	68	63	100	100	54	62	74	38
Chronische zorg										
VP	43	44	47	49	91	86	49	38	28	7
VZ	46	20	11	27	64	69	28	27	26	12
VG	33	60	100	60	100	100	33	0	33	0
Thuiszorg										
TZ	46	22	69	52	85	91	38	30	33	17

Uit de gegevens van deze tabel blijkt dat in 2005 slechts in beperkte mate een protocol voor de preventie en behandeling van ondervoeding aanwezig is in de instellingen. Met name in academische ziekenhuizen heeft slechts één op de vijf instellingen een protocol. Overigens blijkt men in 2005 minder vaak criteria vast te leggen voor ondervoeding. In alle acute zorginstellingen zijn diëtisten aangesteld en wordt het meest vaak bijscholing gegeven. Een brochure over ondervoeding blijkt in de zorginstellingen nog weinig aanwezig.

Wanneer we de cijfers van 2004 en 2005 vergelijken, moeten we rekening houden met het feit dat meer instellingen zijn gaan participeren. Hierdoor is het mogelijk dat het percentage van de kwaliteitsindicator gedaald is, omdat nieuwe instellingen (nog) niet voldoen aan de indicator. Een voorbeeld hiervan is het hebben van een protocol voor de preventie en/of behandeling van ondervoeding bij de thuiszorg.

Over het algemeen zijn geen grote verschuivingen tussen beide jaren te zien. Wel lijkt een toename van bijscholing in de acute zorg plaats te vinden. Van de andere verschuivingen is onduidelijk of deze worden veroorzaakt door een toename van het aantal instellingen of door een werkelijke verbetering of verslechtering.

5.6.2 Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 5.8 zijn de kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de indicator is voldaan.

Tabel 5.8 Kwaliteitsindicatoren afdelingsniveau per soort instelling 2004-2005 (%)

Instelling	Kwaliteitsindicatoren													
	Specialist				Standaard				Logboek				Activiteiten	
	ondervoeding		wegen bij opname		Regelmatig wegen		vastleggen risico		vastleggen bij risico		Extra voeding		Standaard dieet	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Acute zorg														
AcZ	24	38	58	61	55	51	31	34	60	73	82	91	40	54
AlgZ	21	29	44	45	47	49	28	36	49	64	85	84	33	48
Chronische zorg														
VP	31	27	73	76	77	82	35	45	69	80	90	87	46	41
VZ	5	10	29	35	38	40	13	19	51	51	44	58	32	30
VG	9	26	55	82	95	96	45	47	77	72	91	89	41	65
Thuiszorg														
TZ	26	8	3	2	6	10	26	19	50	64	9	28	7	3

Uit de gegevens van 2005 blijkt dat maar weinig afdelingen een specialist of aandachtsvelder ondervoeding hebben. In de acute zorg treffen we deze nog het meest aan en in de thuiszorg het minst. Standaard wegen bij opname vindt in acute zorginstellingen weinig plaats, maar nog minder in de thuiszorg. In verpleeghuizen en zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt juist meer aandacht hieraan besteed. Bewoners worden over het algemeen regelmatig gewogen in verpleeghuizen en zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, in tegenstelling tot cliënten in de thuiszorg die nagenoeg niet worden gewogen. In de acute zorg wordt op ongeveer de helft van de afdelingen regelmatig gewogen. Het vastleggen van het risico op ondervoeding bij patiënten wordt in weinig instellingen gedaan, terwijl het vastleggen van activiteiten die ondernomen moeten worden bij een risico op ondervoeding wel vaker worden uitgevoerd. Verder zien we dat geïndiceerde extra voeding vooral in acute instellingen, verpleeghuizen en zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking voorkomt. Tenslotte wordt een standaard dieet bij dreigende ondervoeding weinig verstrekt en bij de thuiszorg zelfs nagenoeg niet.

Wanneer de resultaten van 2004 en 2005 met elkaar worden vergeleken, blijkt uit tabel 5.8 dat over het geheel een lichte verbetering is opgetreden in 2005 ten opzichte van 2004. Positieve uitzonderingen zijn een toename van 'een specialist voeding' in de acute zorg en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, het 'regelmatig wegen' van de bewoners in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en verpleeghuizen, de toename van het 'vastleggen van activiteiten die onder-

nomen zijn bij patiënten met een risico op ondervoeding' bij acute zorginstellingen, thuiszorg en verpleeghuizen en het 'standaard verstrekken van een eiwit- en energieverrijkt dieet' bij patiënten met (dreigende) ondervoeding in de acute zorg en in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

5.6.3 Vertaling van beleid naar werkvloer

In tabel 5.9 wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsindicator 'regelmatig wegen' op afdelingsniveau en het uiteindelijke percentage gemeten gewicht tijdens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen op patiëntniveau.

Tabel 5.9 Vertaling van beleid naar werkvloer (%)

Instelling	Afdelingsniveau Regelmatig wegen	Patiënt niveau Gewicht daadwerkelijk gemeten
Acute zorg		
AcZ	51,0	71,8
AlgZ	49,0	68,7
Chronische zorg		
VP	82,0	25,1
VZ	40,0	22,2
VG	96,0	48,8
Thuiszorg		
TZ	10,0	65,2

Uit de tabel blijkt dat er grote discrepanties bestaan tussen het regelmatig wegen van patiënten van de instellingen op afdelingsniveau en het aantal gewogen patiënten in het kader van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Zo is, in het kader van deze prevalentie-meting, in acute zorginstellingen en in de thuiszorg meer gewogen dan gebruikelijk, terwijl dat in de chronische zorg juist minder was.

5.7 Conclusies

Uit dit hoofdstuk blijkt dat één op de vier patiënten in de acute zorg ondervoed is. In de thuiszorg betreft dit één op de vijf cliënten en in de chronische zorg één op de zes bewoners. In vergelijking met 2004 is het percentage ondervoede patiënten iets gedaald, met uitzondering van patiënten in de academische ziekenhuizen, die iets vaker ondervoed zijn in 2005. In academische ziekenhuizen zijn in 2005 ook relatief meer patiënten met een risico op ondervoeding. In de andere instellingen is tussen 2004 en 2005 nauwelijks verschil in het percentage personen met een risico op ondervoeding.

Veel personen zijn als ondervoed geclassificeerd doordat zij onbedoeld zijn afgevallen in de afgelopen periode en in mindere mate doordat zij een lage BMI hadden. In algemene

ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen is een duidelijke toename van ondervoeding te zien naarmate men ouder is. Tussen mannen en vrouwen zijn over het algemeen geen verschillen te zien.

Risico op ondervoeding lijkt bij alle soorten instellingen het meeste voor te komen bij patiënten met een tumor. Daarnaast lijkt in alle soorten instellingen een psychische stoornis (dementie) een relatie te hebben met het risico op ondervoeding.

In alle instellingen wordt slechts bij ongeveer 50% van de patiënten met een risico op ondervoeding een diëtist geconsulteerd. In de acute zorg wordt een diëtist vaker geconsulteerd bij ondervoeding dan in chronische zorginstellingen en de thuiszorg. Orale bijvoeding wordt verstrekt aan ongeveer twee op de vijf ondervoede personen. Sondevoeding wordt voornamelijk in de acute zorg en verpleeghuizen gegeven.

Uit de kwaliteitsindicatoren blijkt dat er geen structureel en uniform beleid is met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding binnen Nederlandse zorginstellingen. Zo blijkt op instellingsniveau slechts één op de vijf academische ziekenhuizen een protocol te hebben voor de preventie en behandeling van ondervoeding, terwijl op afdelingsniveau slechts één op de twee patiënten in de acute zorg standaard wordt gewogen bij opname en vervolgens regelmatig tijdens de opname.

5.8 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten van de prevalentiemeting ondervoeding kan worden aanbevolen dat:

1. instellingen meer aandacht moeten besteden aan het standaard meten van gewicht en lengte bij opname en het regelmatig wegen van het gewicht tijdens de opname van de patiënt,
2. maatregelen met betrekking tot ondervoeding dienen vaker te worden ingezet; diëtisten moeten bijvoorbeeld vaker worden ingezet bij een aanwezig risico op ondervoeding en ondervoeding,
3. tot slot dient een structureel en uniform beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding in Nederlandse zorginstellingen te komen. Zo moeten bijvoorbeeld protocollen betreffende de preventie en behandeling worden gebruikt en dient er meer aandacht te worden gevestigd op de registratie van de voedingsintake.

5.9 Literatuur

- Böklerink S, C Coenen (2002). Beoordeling van het SROZ door diëtetiek binnen het onderzoek: vaststellen van de validiteit en betrouwbaarheid van het Screeningsin-

strument Risico op Ondervoeding bij Ziekenhuispatiënten (SROZ). Nijmegen: Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

- Cederholm T, C Jägrén, K Hellström (1995). Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *American Journal of Medicine*, 98(1): 67-74.
- Edwards SL (1998). Malnutrition in hospital patients: where does it come from? *British Journal of Nursing*, 7(16): 954-74.
- Flodin L, S Svensson, T Cederholm (2000). Body Mass Index as a predictor of 1 year mortality in geriatric patients. *Clinical Nutrition*, 19(2): 121-5.
- Kruijenga HM, JC Seidell, HCW de Vet, NJ Wierdsma, MAE van Bokhorst-de van der Schueren, (2005). Development and validation of a hospital screeningtool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clinical Nutrition*, 24(1): 75-82.
- Kruijenga HM, NJ Wierdsma, MAE van Bokhorst-de van der Schueren, HJ Hollander, CF Jonkers-Schuitema, E van der Heijden, et al. (2003). Screening van de voedingstoestand in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 58(1): 5-11.
- Martyn CN, PD Winter, SJ Coles, J Edington (1998). Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic disease living in the community. *Clinical Nutrition*, 17(3): 119-23.
- McWhirter JP, CR Pennington (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal*, 308(6934): 945-48.
- Naber THJ, JJ van Binsbergen (2000). De neerwaartse spiraal van ondervoeding. *Medisch Contact*, 55(22): 813-16.
- Naber THJ, T Schermer, A Bree, K Nusteling, L Eggink, JW Kruimel et al. (1997). Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(5): 1232-9.
- Payette H, V Boutier, C Coulombe, K Gray-Donald (2002). Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: A prospective randomised community trial. *Journal of the American Dietetic association*, 102(8): 1088-95.
- Pirlich M, T Schütz, M Kemps, N Luhman, GR Burmester, G Baumann et al. (2003). Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. *digestive diseases*, 21(3): 245-51.
- Rasmussen HH, J Kondrup, K Ladefoged, M Staun (1999). Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire based investigation among doctors and nurses. *Clinical Nutrition*, 18(3): 153-8.
- Stratton RG, CJ Green, M Elia (2003). Disease-related malnutrition: an evidenced-based approach to treatment. CABI Publishing.
- Suominen M, S Muurinen, P Routasalo, H Sioni, I Suur-Uski, A Peiponen et al. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59: 578-83.

- Tucker HN (1996). Cost containment through nutritional intervention. *Nutrition Reviews*, 54(4, pt.1): 111-21.
- Verheul-Koot MA, JJM Vlasblom-Verwimp, EMA Smeets-van der Lubbe, EC van der Vlis-Vester (1999). *Nutricia Vademecum. Deel 2: Voeding en ziekte*. Maarssen: Elsevier.
- Vetta F, S Ronzoni, G Taglier, MR Bollea (1999). The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clinical Nutrition*, 18(5): 259-67.

6

SMETTEN

P. Mistiaen, M. Poortvliet

6.1 Inleiding

Smetten of intertrigo is een ontstekingsachtige ziekte van de huidplooien, onder meer in de liezen en onder de borsten (Arndt & Bowers, 2002; van Beelen, 2001). Smetten worden getypeerd door een licht erytheem aan beide zijden van de huidplooi, wat kan verergeren tot oppervlakkige beschadigingen, ontstekingsvocht en korstvorming. De patiënt kan klagen over jeuk, een brandend gevoel of pijn (Van Duijn & Mulder, 1988).

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. Hoe vaak ze echter met dit probleem worden geconfronteerd is onduidelijk. Over de exacte prevalentie en incidentie is nog weinig bekend. Een enigszins gedateerde Engelse studie naar smetten (McMahon, 1991) bij 1.116 vrouwelijke patiënten geeft een indicatie: 5,8 % van alle vrouwelijke patiënten in intramurale instellingen van één 'health district' vertoonden een huiddefect onder de borsten. In een Nederlandse studie uit 2003 verricht onder 2.700 patiënten uit Nederlandse intramurale zorginstellingen, werd gevonden dat 12,3% van de patiënten één of meerdere smetplekken vertoonde in de lies- of borstplooien (Mistiaen et al., 2003).

Personen met een mindere persoonlijke hygiëne, personen met obesitas, personen die overmatig zweten en Diabetes Mellitus patiënten zouden een groter risico lopen op het ontstaan van smetten (Bray, 1996; van Beelen, 2001; Van Duijn & Mulder, 1988; Feuilhade & Jouffroy, 1979). Deze auteurs geven hier echter geen empirische onderbouwing van.

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 bijvoorbeeld wassen, föhnen, zinkolie, talkpoeder of scheurlinnen. Een systematische review (Poot et al.,

2004) identificeerde maar liefst 25 verschillende middelen die zijn onderzocht bij smetten, maar er bleek nauwelijks bewijs te zijn over de werkzaamheid van deze middelen. Smetten zijn klaarblijkelijk een verpleegprobleem waar nog weinig over bekend is. Naast kwalitatief onderzoek naar de ziektelast van smetten, is het vaststellen van de omvang van het probleem een eerste stap.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen op het gebied van smetten weergegeven.

In het eerste deel van dit hoofdstuk zal algemene informatie over smetten worden gegeven. Daarna volgt in het tweede deel een beschrijving van de prevalentie van smetten. In het derde deel zullen beïnvloedende factoren bij de prevalentie van smetten worden beschreven.

6.2 Definities smetten

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 van negatieve invloed zijn op het verdere verloop waardoor verweking van de huid optreedt (Selden, 2004). De huid verliest zijn natuurlijke afweer en 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, zoals in de eerdere prevalentieonderzoeken van smetten zijn gehanteerd (McMahon, 1991; Mistiaen et al., 2003).

In deze meting wordt de volgende definitie gehanteerd:

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

In de meting van 2003 werden alleen de locaties waar smetten het meest zouden voorkomen gemeten: de huidplooien van de liezen en onder de borsten. Tijdens de meting van 2005 zijn ook de buikplooien, de oksel, de bilnaad en andere locaties meegenomen. Van elke locatie kon men aangeven of er wel of niet sprake was van smetten.

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

6.3 Overzicht en kenmerken deelnemers smetten 2005

In tabel 6.1 zijn het aantal instellingen en aantal patiënten weergegeven die hebben deelgenomen aan het onderdeel smetten. Hierbij zijn alleen sectoren opgenomen waar bij tenminste 100 patiënten naar smetten is gekeken. Daarnaast zijn alleen die instellingen in de analyses opgenomen, waar tenminste 20 patiënten beoordeeld zijn op de aanwezigheid van smetplekken. Verder zijn alleen de afdelingen waar tenminste 90% van de patiënten beoordeeld is op smetplekken meegenomen. Tot slot zijn alleen patiënten die 18 jaar of ouder waren geanalyseerd. Op deze manier konden onbetrouwbare uitschieters worden vermeden.

Tabel 6.1 Deelnemende instellingen en aantal patiënten bij prevalentiemeting smetten 2005

Instelling	Aantal instellingen	Aantal deelnemers smetten (= response)
Acute zorg		
AcZ	4	808
AlgZ	40	5.287
Chronische zorg		
VP	59	6.857
VZ	22	1.280
VG	4	376
Thuiszorg		
TZ	11	2.261
Totaal	140	16.869

In totaal voldeden 140 instellingen aan de genoemde inclusiecriteria met in totaal 16.869 patiënten.

Bij de meting van het zorgprobleem smetten blijkt dat er beduidend meer vrouwen (62,8%) dan mannen (37,2%) hebben meegedaan, hetgeen vergelijkbaar is met de verdeling van de totale deelname van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (respectievelijk 62,6% vrouwen en 37,4% mannen). De gemiddelde leeftijd in de groep bedraagt 75,1 jaar en varieert tussen de 18 en 105 jaar. Driekwart van de populatie is 68 jaar of ouder, 50% is 79 jaar of ouder en 25% is 85 jaar of ouder.

6.4 Prevalentie smetten

In deze paragraaf worden de prevalenties van smetten besproken. Eerst zal worden gekeken naar de prevalentie van smetten in de verschillende instellingen. Vervolgens zal besproken worden wat de prevalentie smetten is naar locatie en geslacht.

6.4.1 Prevalentie smetten

In tabel 6.2 is de prevalentie van smetten naar soort instelling weergegeven.

Tabel 6.2 Prevalentie smetten in instellingen (%)

Instelling	Prevalentie
Acute zorg	
AcZ	9,0
AlgZ	5,9
Chronische zorg	
VP	15,6
VZ	19,1
VG	14,6
Thuiszorg	
TZ	15,8
Totaal	12,5

Uit deze tabel blijkt dat in de totale populatie bij 12.5% patiënten 1 of meer smetplekken zijn geconstateerd over het algemeen komen smetplekken meer voor in de chronische- dan in acute zorg, in het bijzonder in verzorgingshuizen. In het algemeen ziekenhuis komen smetplekken het minst voor.

6.4.2 Prevalenties smetten naar locatie en geslacht

In tabel 6.3 staat de prevalentie naar locatie weergegeven en uitgesplitst naar geslacht.

Tabel 6.3 Prevalentie smetten per locatie naar geslacht (%)

Locatie	Geslacht		Totaal
	Man (N=6.270)	Vrouw (N=10.599)	
Borst	0,3	6,9	4,5
Lies	5,5	6,1	5,9
Oksel	0,7	1,0	0,9
Bilnaad	2,2	3,6	3,1
Buikplooï	0,7	1,9	1,5
Elders	1,5	1,3	1,4
Totaal	8,8	14,8	12,5

Uit de tabel blijkt dat smetplekken over het algemeen het meest vaak voorkomen bij vrouwen en dan met name onder de borst en in de lies. Bij mannen komen smetplekken het minst vaak voor in de lies. Smetplekken in de oksels komen het minst vaak voor bij

alle patiënten, terwijl bij mannen nauwelijks smetplekken op de borst voorkomen. De meeste patiënten (58%) hebben meerdere smetplekken.

6.5 Prevalentie smetten naar beïnvloedende factor

In deze paragraaf zal de prevalentie van smetten in relatie tot de beïnvloedende factoren leeftijd, BMI, voedingstoestand, incontinentie, activiteit/mobiliteit, diagnosegroep en de cubitus risicoscore nader worden toegelicht.

6.5.1 Leeftijd

Zoals te zien in tabel 6.4 komen smetplekken vaker voor naarmate de leeftijd toeneemt, zowel bij mannen als vrouwen. Vrouwen hebben echter in alle leeftijdsgroepen vaker smetplekken.

Tabel 6.4 Prevalentie smetten naar leeftijdsgroep per geslacht

Leeftijdsgroep	Man		Vrouw	
	Aantal	Prevalentie (%)	Aantal	Prevalentie(%)
20-64 jaar	2.448	5,6	2.621	8,1
65-79 jaar	3.342	8,5	4.085	14,5
80 jaar en ouder	3.090	11,4	7.982	16,9

6.5.2 Body Mass Index

In tabel 6.5 is de prevalentie van smetten weergegeven naar Body Mass Index.

Tabel 6.5 Prevalentie smetten per BMI-klasse

BMI	Aantal	%	Prevalentie smetten (%)
Ondergewicht	460	6,2	7,8
Normaal	3.330	44,5	6,7
Overgewicht	2.440	32,6	10,5
Obees	1.249	16,7	21,1

De BMI kon berekend worden voor 7.479 personen (44,3%) van de populatie. Obesitas kwam relatief vaker voor bij vrouwen (19%) dan bij mannen (13,5%). In tabel 6.5 is te zien dat er een duidelijke positieve relatie is tussen prevalentie van smetten en een hogere Body Mass Index.

6.5.3 Voedingstoestand

In tabel 6.6 is de prevalentie van smetplekken weergegeven naar voedingstoestand.

Tabel 6.6 Prevalentie smetten naar voedingstoestand

Voedingstoestand	Aantal	Prevalentie smetten (%)
Zeer slechte voedingstoestand	508	11,0
Waarschijnlijk ontoereikende voedingstoestand	1.957	12,2
Toereikende voedingstoestand	7.533	13,1
Uitstekende voedingstoestand	6.698	12,0

Uit deze tabel blijkt dat smetten even vaak voorkomen bij patiënten met een ernstig voedingstekort als bij patiënten die een betere voedingstoestand hebben. Met andere woorden: er lijkt geen relatie te bestaan tussen voedingstoestand en smetplekken.

6.5.4 Incontinentie

In Tabel 6.7 is de prevalentie van smetten naar de mate van incontinentie weergegeven.

Tabel 6.7 Prevalentie smetten naar mate van urine-incontinentie

Mate van urine-incontinentie	Aantal	Prevalentie smetten lies (%)	Prevalentie smetten op alle locaties (%)
Elke dag incontinent	6.460	8,3	18,0
Paar keer per week incontinent	931	8,1	16,8
Drie of viermaal per maand incontinent	486	7,4	16,7
Nooit incontinent	7.489	3,8	7,7

Uit tabel 6.7 is af te lezen, dat patiënten die in enige mate of totaal incontinent zijn, vaker smetten hebben dan niet incontinent patiënten, zowel wat betreft smetten in de liesplooien als smetten op alle locaties.

6.5.5 Activiteit/Mobiliteit

In de tabellen 6.8 en 6.9 is de prevalentie van smetten naar respectievelijk de mate van activiteit en mobiliteit weergegeven.

Tabel 6.8 Prevalentie smetten naar mate van activiteit

Mate van activiteit	Aantal	Prevalentie smetten op alle locaties (%)
Bedlegerig	1.623	15,3
Aan de stoel gebonden	4.477	17,8
Loopt af en toe	3.799	11,2
Loopt regelmatig	6.797	9,1

Tabel 6.9 Prevalentie smetten naar mate van mobiliteit

Mate van mobiliteit	Aantal	Prevalentie smetten op alle locaties (%)
Volledig immobiel	1.918	19,6
Zeer beperkt	3.305	16,4
Licht beperkt	4.571	12,4
Geen beperkingen	6.902	8,8

Zoals af te lezen valt uit beide tabellen komen smetten vaker voor bij patiënten die weinig actief zijn (bedlegerig of stoelgebonden) en/of patiënten die volledig immobiel zijn.

6.5.6 Diagnosegroep

In tabel 6.10 zijn de prevalentiecijfers weergegeven per diagnosegroep, voor zover er meer dan 100 patiënten waren in de betreffende categorie, en uitgesplitst naar acute- en chronische zorg. Voor de thuiszorg is dit niet weergegeven omdat er teveel diagnosegroepen onder de 100 patiënten waren.

Tabel 6.10 Prevalentie per diagnosegroep naar soort instellingen

Reden van opname	Acute zorg		Chronische zorg	
	Aantal	% smetten	Aantal	% smetten
Infectieziekte	234	11,1	<100	-
Tumor	319	8,2	203	13,3
Diabetes Mellitus	750	11,5	1.022	20,1
Ziekte van bloed of bloedbereidend orgaan	114	5,3	151	20,5
Psychische stoornis, dementie	291	11,7	499	18,8
Ziekte van hart- en vaatstelsel	820	9,1	1.452	17,7
CVA/hemiparese	190	11,1	611	20,5
Ziekte van ademhalingswegen	583	7,5	547	17,9
Ziekte van spijsverteringskanaal,	346	6,6	465	16,8
Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen	375	9,1	506	18,8
Ziekte van bewegingsstelsel of bindweefsel	308	8,8	918	20,6
Ongevalletsel(s)	<100	-	207	19,8
ADL-afhankelijk	964	11,2	5.387	16,9

In de acute zorg zijn hoge prevalentiecijfers (boven 10%) te vinden bij de patiënten met infectieziekten, Diabetes Mellitus, psychische stoornis, CVA of ADL-afhankelijkheid. In de chronische zorginstellingen zijn hoge prevalenties (boven 20%) bij patiënten met Diabetes Mellitus, bloedziekten, CVA of ziekte van het bewegingsstelsel.

6.5.7 Decubitus risicoscore

In tabel 6.11 is de prevalentie van smetten weergegeven naar het wel of niet risico hebben op decubitus.

Tabel 6.11 Prevalentie smetten per decubitus risicoscore

Bradenschaal-score	Aantal	%	Prevalentie smetten op alle locaties (%)
Geen decubitusrisicopatiënt (Braden >20)	6.498	39	8,2
Wel decubitusrisicopatiënt (Braden ≤20)	10.198	61	15,2

Uit deze tabel blijkt dat smetten 1,8 keer zo vaak voorkomen bij patiënten met Braden-risicoscore van 20 of lager. Dit wil zeggen dat de patiënten die volgens de Bradenschaal een verhoogd risico hebben op decubitus, ook vaker smetten hebben.

Het blijkt dat de aanwezigheid van smetten vaak voorkomt in combinatie met de aanwezigheid van decubitus en andersom: van de patiënten die een decubitusletsel hebben, heeft 19,5% ook smetten, en van de patiënten met smetten vertoont 29,1% ook decubitus.

6.6 Conclusies

Smetten komen bij 12,5% van de onderzochte patiënten voor. Smetten blijken met name voor te komen bij vrouwen, patiënten met een hoge Body Mass Index, patiënten met urine-incontinentie, ADL-afhankelijke patiënten en patiënten die reeds decubitus hebben. Dit onderzoek onderbouwt hiermee de vaak geventileerde meningen in literatuur omtrent de typische patiënt met smetten, behalve wat betreft Diabetes Mellitus. Weliswaar komen smetten vaker voor bij patiënten met Diabetes Mellitus, maar in de multivariate analyse is deze factor niet langer significant, mogelijk omdat er een grote samenhang is tussen Diabetes Mellitus en een hoge Body Mass Index.

Hoe verhouden deze prevalentiecijfers zich tot ander onderzoek? Zoals in de inleiding beschreven bestaan er twee onderzoeken (McMahon, 1991; Mistiaen et al., 2003) waarmee te vergelijken valt. De onderzoeken zijn in die zin vergelijkbaar omdat ze over meerdere typen instellingen gaan, een zelfde operationalisatie en methode hebben gebruikt en allebei zijn uitgevoerd in de maand april in West-Europa. McMahon (1991) onderzocht 1.116 vrouwen opgenomen in een intramurale instelling binnen één district in Engeland op de aanwezigheid van een huidletsel onder de borsten, zoals ook in dit onderzoek gedefinieerd en hij vond een prevalentie van 5,8%. Mistiaen et al. (2003) vonden voor de subpopulatie van volwassen vrouwen een prevalentie van 7,8% voor letsel onder één of twee borsten. In dit onderzoek werd een prevalentie van 6,2% gevonden

voor vrouwen met letsel onder één of twee borsten. En wat betreft de prevalentie in de combinatie met smetten onder de borst- en/of in de liesplooien bij de hele populatie lag het cijfer van Mistiaen et al. (2003) op 12,3% en nu op 9,1%. Dit verschil heeft mogelijk te maken met het feit dat in de studie uit 2003 vooral instellingen participeerden die relatief vaak met smetten te maken hadden. In 2005 hebben meer instellingen geparticipeerd, waaronder ook instellingen die minder met smetten te maken hadden.

Uit deze studie blijkt dat smetten een omvangrijk probleem is met een totale prevalentie van 12,5% voor alle locaties en uitschieters tot boven de 40% in chronische zorginstellingen.

Decubitus en smetten komen vaak samen voor, hoewel de pathofysiologische ontstaansmechanismen toch anders zijn. Interessant is te onderzoeken wat de aanwezigheid van beide huidletsels samen kan verklaren. Misschien zijn urine-incontinentie, ADL-afhankelijkheid of kwaliteit van zorg de gemeenschappelijke oorzaak?

In deze prevalentiemeting is het duidelijk geworden dat het hier om een redelijk omvangrijk probleem gaat. In vervolgonderzoek zou kunnen worden nagegaan hoe effectief preventieve en therapeutische maatregelen zijn. En natuurlijk is het ook van belang onderzoek uit te voeren naar de ziektelast van smetten, wat voor klachten hebben patiënten en hoe erg zijn die?

Gegevens uit al die onderzoeken kunnen dan input vormen voor optimalisatie van de landelijke verpleegkundige richtlijn omtrent smetten¹.

6.7 Aanbevelingen

Dit onderzoek is van belang, omdat de prevalentie van smetten, net als decubitus, zou kunnen dienen als indicator van verpleegkundige kwaliteit. In een onderzoek van Wagner et al. (2001) werden smetten als derde mogelijke kwaliteitsindicator genoemd voor verpleeghuizen bij het domein infecties.

Naar aanleiding van de resultaten van de prevalentiemeting smetten wordt aanbevolen om:

1. speciaal aandacht te besteden aan de risicogroepen zoals in deze meting zijn gesignaleerd: vrouwen, patiënten met een hoge Body Mass Index, patiënten met urine-incontinentie, ADL-afhankelijke patiënten, en patiënten die reeds decubitus hebben.
2. de richtlijn over het voorkomen en behandelen van smetten (LEVV et al., 2004) toe te passen ten einde de prevalentie van smetten te verminderen.

¹ Een richtlijn over het voorkomen en behandelen van smetten is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie Verpleegkundigen en Verzorgenden in samenwerking met het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging en het NIVEL (LEVV et al., 2004)

6.8 Literatuur

- Arndt K, K Bowers (2002). Manual of dermatologic therapeutics. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bazex J (1992). Intertrigo. Orientation diagnostique. *Reveu Pratique*, 42(13):1689-92.
- Beelen A van (2001). Preventie en behandeling van intertrigo: ontsmetten. *Verpleegkunde Nieuws*, 15(3): 18-21.
- Bray GA (1996). Health hazards of obesity. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, 25(4): 907-19.
- Duijn HJ van, J Mulder (1988). Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; smetten onder de borsten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132(40):1842-3.
- Feuilhade DC, L Jouffroy (1979). Intertrigo: diagnostic et traitement. *Concours Medical*, 101(34): 5127-44.
- 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 inpatients. *Nursing Times*, 87(39): 48-51.
- Mistiaen P, E Poot, S Hickox et al. (2004). Prevention and treatment of intertrigo in the large skin folds of adults with non-prescription topical applications and remedies: a systematic literature review. *Dermatology Nursing*, 16(1): 43-57.
- Mistiaen P, C Wagner, G Bours, R Halfens (2003). Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: NIVEL.
- Poot E, P Mistiaen, S Hickox (2003). Behandeling van smetten: goed of fout? *Verpleegkunde Nieuws*, 17(10): 26-7.
- Selden S (2004) Intertrigo. *eMedicine Journal*, 5.
- Wagner C, L Wiersma, M Ribbe, G van der Wal (2001). Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. *Kwaliteit in Beeld*, 11(5):18-20.
- Watkins J, (2004). Dermatology differential diagnosis: Intertrigo. *Practice Nursing*, 15(3):136-9.

Bijlage 1

Registratieformulieren Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005

1. Profiel van de instelling
2. Profiel van de afdeling
3. Patiëntgebonden inventarisatie

Universiteit Maastricht
Vakgroep Verplegingswetenschap

Profiel van de instelling

Instellingscode

Soort instelling

- | | |
|--|--|
| ☐ Academisch ziekenhuis | ☐ Instelling voor lichamelijk gehandicapten |
| ☐ Algemeen ziekenhuis | ☐ Psychiatrisch ziekenhuis |
| ☐ Verpleeghuis | ☐ Thuiszorg |
| ☐ Revalidatiecentrum | ☐ Verzorgingshuis |
| ☐ Instelling voor verstandelijk gehandicapten | ☐ Anders |

Kwaliteitsindicatoren

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot <i>Decubitus</i> in | ☐ | ☐ |
| U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot <i>Voeding</i> in | ☐ | ☐ |
| U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot <i>Incontinentie</i> in | ☐ | ☐ |
| U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot <i>Smetten</i> in | ☐ | ☐ |

Wanneer u 'ja' aankruist dient u alle vragen met betrekking tot dit zorgprobleem in te vullen.

Decubitus

	ja	nee
1 Er is een decubituscommissie binnen de instelling.	☐	☐
2 Er bestaat een geacordeerd protocol/richtlijn voor <i>preventie</i> van decubitus binnen de instelling.	☐	☐
3 Er bestaat een geacordeerd protocol/richtlijn voor de <i>behandeling</i> van decubitus binnen de instelling.	☐	☐
4 Er bestaat binnen de instelling een beleidsplan met betrekking tot decubitus?	☐	☐
5 Er is binnen de instelling een verantwoordelijke, die het preventieprotocol en/of behandelprotocol up-to-date houdt en onder de aandacht brengt.	☐	☐
6 Er wordt binnen de instelling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn decubitus gewerkt wordt.	☐	☐
7 Binnen de instelling worden patiënten/bewoners met decubitus graad 2 en hoger gemeld bij een centraal contactpersoon (bijvoorbeeld een decubitusverpleegkundige).	☐	☐
8 Binnen de instelling vindt centrale registratie plaats van het aantal patiënten/bewoners met decubitus.	☐	☐
9 Er is een beheersprotocol voor het decubitus preventiemateriaal op instellings- of afdelingsniveau.	☐	☐
10 In de laatste twee jaar is een bijscholing en/of themabijeenkomst georganiseerd over de preventie en behandeling van decubitus binnen de instelling.	☐	☐
11 Er is binnen de instelling een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over de preventie van decubitus?	☐	☐

Voeding

	ja	nee
12 Er bestaat een geacordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en/of behandeling van ondervoeding binnen de instelling.	☐	☐
13 Binnen de instelling wordt gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn ondervoeding gewerkt wordt.	☐	☐
14 Er is een adviescommissie voor ondervoeding op instellings- of afdelingsniveau.	☐	☐
15 Er is binnen de instelling een verantwoordelijke die het ondervoedingsprotocol up-to-date houdt en onder de aandacht brengt.	☐	☐
16 Binnen de instelling zijn criteria vastgelegd voor het bepalen van ondervoeding.	☐	☐
17 Binnen de instelling zijn diëtisten aangesteld.	☐	☐
18 In de laatste twee jaar is een bijscholing en/of themabijeenkomst georganiseerd over de preventie en behandeling van ondervoeding binnen de instelling.	☐	☐
19 Er is binnen de instelling een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over ondervoeding beschikbaar?	☐	☐

Vervolg kwaliteitsindicatoren	ja	nee
Incontinentie		
20 Er bestaat een geaccordeerd protocol/richtlijn voor de behandeling van incontinentie binnen de instelling.	☐	☐
21 Er bestaat binnen de instelling een beleidsplan met betrekking tot incontinentie.	☐	☐
22 Er wordt binnen de instelling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn incontinentie gewerkt wordt.	☐	☐
23 Er is binnen de instelling een verantwoordelijke die het incontinentieprotocol up-to-date houdt en onder de aandacht brengt.	☐	☐
24 Er is een incontinentieverpleegkundige binnen de instelling.	☐	☐
25 In de laatste twee jaar is een bijscholing en/of themabijeenkomst georganiseerd over de behandeling van incontinentie binnen de instelling.	☐	☐
26 Er is een beheersprotocol voor het incontinentiemateriaal op instellings- of afdelingsniveau.	☐	☐
27 Er is binnen de instelling een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over incontinentie beschikbaar?	☐	☐
Smetten		
28 Er bestaat een geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en/of voor de behandeling van smetten binnen de instelling.	☐	☐
29 De richtlijn (of een afgeleide daarvan) de "Landelijke richtlijn V&V: Smetten (intertrigo) preventie en behandeling" (2004) van de NVDVV-LEV-V-NIVEL wordt gehanteerd.	☐	☐
30 Er bestaat binnen de instelling een beleidsplan met betrekking tot smetten.	☐	☐
31 Er wordt binnen de instelling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn smetten gewerkt wordt.	☐	☐
32 Er is binnen de instelling een verantwoordelijke, die het preventieprotocol en/of behandelprotocol up-to-date houdt en onder de aandacht brengt.	☐	☐
33 In de laatste twee jaar is een bijscholing en/of themabijeenkomst georganiseerd over de preventie en/of over de behandeling van smetten binnen de instelling.	☐	☐
34 Er is binnen de instelling een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over de preventie van smetten?	☐	☐

Controleer of alle vragen zijn ingevuld in verband met het verwerken van de gegevens.

Universiteit Maastricht
Vakgroep Verplegingswetenschap

Profiel van de afdeling

Afdeling/basiseenheid/team

Instellingscode

Afdelingscode

Soort afdeling

a Ziekenhuis

- ☐ Snijdend
☐ Niet-snijdend
☐ IC
☐ MC/CCU
☐ Pediatrie
☐ Verzorgende afdeling/ long-stay/GAAZ
☐ PAAZ
☐ Anders

b Verpleeghuis

- ☐ Psychogeriatric
☐ Somatisch reactivering
☐ Somatisch verblijfsafdeling
☐ Verzorgingsafdeling
☐ Anders

c Revalidatiecentrum

- ☐ Dwarslaesie afdeling
☐ Amputatie afdeling
☐ Pijnafdeling
☐ CVA-afdeling
☐ Anders

d Instelling voor verstandelijk gehandicapten

- ☐ Overwegend bed/rolstoel gebonden groep
☐ Overwegend mobiele groep
☐ Anders

e Instelling voor lichamelijk gehandicapten

☐ _____

f Psychiatrisch ziekenhuis

- ☐ Verblijfsafdeling
☐ Geriatrische afdeling
☐ Anders

g Thuiszorg

- ☐ Verplegen en verzorgen
☐ Gezinszorg
☐ Verplegen en verzorgen inclusief gezinszorg
☐ Anders

h Verzorgingshuis

- ☐ Meerzorgafdeling
☐ Verpleeghuisafdeling
☐ Anders

- 1 Hoeveel patiënten/bewoners liggen er momenteel op de afdeling?
 2 Hoeveel patiënten/bewoners hebben geweigerd met het onderzoek mee te doen?
 3 Hoeveel patiënten/bewoners waren niet bereikbaar voor het onderzoek?
 4 Hoeveel patiënten/bewoners hebben deelgenomen aan het onderzoek?
 5 Wordt bij de meting op deze afdeling gebruik gemaakt van een glaasje

om graad 1 decubitus vast te stellen?

☐ Ja ☐ Nee

Kwaliteitsindicatoren

U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot *Decubitus* in
 U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot *Voeding* in
 U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot *Incontinentie* in
 U vult de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot *Smetten* in

ja	nee
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Wanneer u 'ja' aankruist dient u alle vragen met betrekking tot dit zorgprobleem in te vullen.

Decubitus		ja	nee
1	Er is tenminste één persoon (b.v. een decubitus- of wondverpleegkundige) op de afdeling/basiseenheid/team die zich gespecialiseerd heeft op het terrein van decubitus.	☐	☐
2	Risico en/of decubituspatiënten worden op de afdeling/basiseenheid/team besproken in het monodisciplinaire overleg.	☐	☐
3	Risico en/of decubituspatiënten worden op de afdeling/basiseenheid/team besproken in het multidisciplinaire overleg.	☐	☐
4	Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn gewerkt wordt.	☐	☐
5	In het verpleegdossier/logboek wordt voor elke patiënt/bewoner het risico op decubitus vastgelegd.	☐	☐
6	In het verpleegdossier/logboek staat vermeld welke handelingen ten aanzien van de preventie en/of behandeling van decubitus plaats moeten vinden bij risicopatiënten/-bewoners.	☐	☐
7	Het geïndiceerde anti-decubitusmateriaal wordt binnen 24-uur geleverd bij de patiënt/bewoner.	☐	☐
8	Elke patiënt/bewoner met verhoogd risico op decubitus ontvangt een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over de preventie van decubitus.	☐	☐
Voeding			
9	Er is tenminste een persoon op de afdeling/basiseenheid/team die zich gespecialiseerd heeft op het terrein van ondervoeding.	☐	☐
10	Risico en/of ondervoede patiënten/bewoners worden op de afdeling/basiseenheid/team besproken in het monodisciplinaire overleg.	☐	☐
11	Risico en/of ondervoede patiënten/bewoners worden op de afdeling/basiseenheid/team besproken in het multidisciplinaire overleg.	☐	☐
12	Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn ondervoeding gewerkt wordt.	☐	☐
13	Bij opname wordt elke patiënt/bewoner standaard gewogen.	☐	☐
14	Bij opname wordt van elke patiënt/bewoner standaard de lengte gemeten.	☐	☐
15	Alle patiënten/bewoners worden regelmatig gewogen.	☐	☐
16	In het verpleegdossier/logboek wordt voor elke patiënt/ bewoner het risico op ondervoeding vastgelegd.	☐	☐
17	In het verpleegdossier/zorgplan/logboek wordt vermeld welke activiteiten ondernomen moeten worden bij patiënten/bewoners met een risico op ondervoeding.	☐	☐
18	Geïndiceerde extra voeding is altijd beschikbaar voor de afdeling.	☐	☐
19	Op de afdeling wordt standaard een eiwit- en energieverrijkt dieet verstrekt bij (dreigende) ondervoeding.	☐	☐
20	Elke patiënt/bewoner met (het risico op) ondervoeding ontvangt een informatiebrochure voor patiënten en/of familie over ondervoeding.	☐	☐
Incontinentie			
21	Er is tenminste een persoon op de afdeling/basiseenheid/team die zich gespecialiseerd heeft op het terrein van incontinentie.	☐	☐
22	Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn incontinentie gewerkt wordt.	☐	☐
23	In het verpleegdossier/logboek staat vermeld welke handelingen ten aanzien van de behandeling van incontinentie plaats moeten vinden bij patiënten met incontinentie.	☐	☐
24	Het geïndiceerde incontinentiemateriaal is standaard beschikbaar op de afdeling.	☐	☐
25	Elke patiënt/bewoner met incontinentie ontvangt een informatiebrochure voor patiënten/ bewoners en/of familie over incontinentie.	☐	☐
Smetten			
26	Er is tenminste een persoon op de afdeling/basiseenheid/team die zich gespecialiseerd heeft op het terrein van smetten.	☐	☐
27	Er wordt op de afdeling gecontroleerd of er volgens het protocol/richtlijn smetten gewerkt wordt.	☐	☐
28	In het verpleegdossier/logboek staat vermeld welke handelingen ten aanzien van de preventie en/of behandeling van smetten plaats moeten vinden bij patiënten met smetten.	☐	☐
29	Het geïndiceerde materiaal voor smetten is standaard beschikbaar op de afdeling.	☐	☐
30	Elke patiënt/bewoner met smetten ontvangt een informatiebrochure voor patiënten/bewoners en/of familie over smetten.	☐	☐

Controleer of alle vragen zijn ingevuld in verband met het verwerken van de gegevens.

Universiteit Maastricht
Vakgroep Verplegingswetenschap

Patiëntgebonden inventarisatie

	Instellingscode	Afdelingscode																																																		
1 Afdeling/basiseenheid/team																																																				
2 Code patiënt/bewoner																																																				
3 Geboortejahr																																																				
4 Geslacht	man ☐ vrouw ☐																																																			
5 Opnamedatum/datum in zorg	dag maand jaar																																																			
6 Heeft de patiënt/bewoner de afgelopen 2 weken een operatie ondergaan ☐ ja ☐ Nee																																																				
7 Zo ja, duur operatie , in uren/minuten																																																				
8 Belangrijkste reden voor opname of in zorg in kolom A (slechts 1 noemen) Eventuele bijkomende ziektebeelden in kolom B (meerdere antwoorden mogelijk)																																																				
<table border="0"> <tr><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Infectieziekte</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Tumor</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Endocriene-voedings- of stofwisselingsziekte</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Diabetes Mellitus</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van bloed of bloedbereidend orgaan</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Psychische stoornis, dementie</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van zenuwstelsel, exclusief CVA</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van oor/oog</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Dwarslaesie</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van hart- en vaatstelsel</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ CVA/hemiparese</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas,</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ pancreas</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van huid</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ziekte van bewegingsstelsel of bindweefsel</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Congenitale afwijkingen</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Ongevalsletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Geen specifieke diagnoses te stellen</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ ADL-afhankelijk</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ HDL-afhankelijk</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐ Anders</td></tr> </table>	A	B	☐	☐ Infectieziekte	☐	☐ Tumor	☐	☐ Endocriene-voedings- of stofwisselingsziekte	☐	☐ Diabetes Mellitus	☐	☐ Ziekte van bloed of bloedbereidend orgaan	☐	☐ Psychische stoornis, dementie	☐	☐ Ziekte van zenuwstelsel, exclusief CVA	☐	☐ Ziekte van oor/oog	☐	☐ Dwarslaesie	☐	☐ Ziekte van hart- en vaatstelsel	☐	☐ CVA/hemiparese	☐	☐ Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen	☐	☐ Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief	☐	☐ darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas,	☐	☐ pancreas	☐	☐ Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen	☐	☐ Ziekte van huid	☐	☐ Ziekte van bewegingsstelsel of bindweefsel	☐	☐ Congenitale afwijkingen	☐	☐ Ongevalsletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval	☐	☐ Geen specifieke diagnoses te stellen	☐	☐ ADL-afhankelijk	☐	☐ HDL-afhankelijk	☐	☐ Anders		
A	B																																																			
☐	☐ Infectieziekte																																																			
☐	☐ Tumor																																																			
☐	☐ Endocriene-voedings- of stofwisselingsziekte																																																			
☐	☐ Diabetes Mellitus																																																			
☐	☐ Ziekte van bloed of bloedbereidend orgaan																																																			
☐	☐ Psychische stoornis, dementie																																																			
☐	☐ Ziekte van zenuwstelsel, exclusief CVA																																																			
☐	☐ Ziekte van oor/oog																																																			
☐	☐ Dwarslaesie																																																			
☐	☐ Ziekte van hart- en vaatstelsel																																																			
☐	☐ CVA/hemiparese																																																			
☐	☐ Ziekte van ademhalingswegen, inclusief neus, tonsillen																																																			
☐	☐ Ziekte van spijsverteringskanaal, inclusief																																																			
☐	☐ darmobstructie, peritonitis, hernia, lever, galblaas,																																																			
☐	☐ pancreas																																																			
☐	☐ Ziekte van nier/urineewegen, geslachtsorganen																																																			
☐	☐ Ziekte van huid																																																			
☐	☐ Ziekte van bewegingsstelsel of bindweefsel																																																			
☐	☐ Congenitale afwijkingen																																																			
☐	☐ Ongevalsletsel(s) en ongewenste gevolgen ongeval																																																			
☐	☐ Geen specifieke diagnoses te stellen																																																			
☐	☐ ADL-afhankelijk																																																			
☐	☐ HDL-afhankelijk																																																			
☐	☐ Anders																																																			
9 Gewicht , in kilogram	10 Lengte in centimeters																																																			
11 Indien gewicht en/of lengte niet beschikbaar is ☐ Normaal/overgewicht ☐ Ondergewicht																																																				
12 Bij deze patiënt/bewoner worden de volgende zorgproblemen tijdens deze meting gemeten																																																				
Decubitus	☐ Ja	☐ Nee																																																		
Voeding	☐ Ja	☐ Nee																																																		
Incontinentie	☐ Ja	☐ Nee																																																		
Smetten	☐ Ja	☐ Nee																																																		

Wanneer u 'ja' aankruist dient u alle vragen met betrekking tot dit zorgprobleem in te vullen.

Voeding

- | | ja | nee | | ja | nee |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Langer dan 3 dagen niet of nauwelijks gegeten? | ☐ | ☐ | 5 Toegepaste maatregelen bij ondervoeding: | | |
| 2 Langer dan 1 week minder gegeten dan normaal? | ☐ | ☐ | • Diëtist ingeschakeld. | ☐ | ☐ |
| 3 Langer dan 2 dagen, vaker dan 2x per dag vloeibare, vormloze ontlasting? | ☐ | ☐ | • Orale bijvoeding/energie verrijkt dieet. | ☐ | ☐ |
| 4 Onbedoeld afgefallen: | | | • Sondevoeding/parenterale voeding. | ☐ | ☐ |
| • Meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden? | ☐ | ☐ | 6 De patiënt/bewoner krijgt 1,5 liter vocht per dag binnen | ☐ | ☐ |
| • Meer dan 3 kg in de afgelopen maand? | ☐ | ☐ | | | |

Preventie decubitus

7 Preventieve handelingen decubitus

- | | |
|---|--|
| ☐ Wisselgigging of positieverandering volgens tijdschema | ☐ Massage t.b.v. doorbloeding |
| ☐ Voorkomen of bestrijden van tekorten in vocht en voeding | ☐ Crème voor bescherming huid |
| ☐ Geven van voorlichting en instructie aan patiënt of mantelzorg | ☐ Anders |
| ☐ Hielen vrijleggen | |

8 Bedden/matrassen

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Air-fluidized bed | ☐ Schuimmatras |
| ☐ Low-air-loss bed | ☐ Vezelmatras |
| ☐ Alternierend luchtmatras | ☐ Watermatras |
| ☐ Luchtmatras | ☐ Anders |
| ☐ Rolmatras | |

9 Kussens in (rol)stoel

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Gelkussen | ☐ Schuimkussen |
| ☐ Luchtkussen | ☐ Vezelkussen |
| ☐ Noppenkussen | ☐ Waterkussen |
| ☐ Rolkussen | ☐ Anders |

10 Andere hulpmiddelen

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Elleboogbeschermers | ☐ Schapenvacht |
| ☐ Hielbeschermers | ☐ Anders |

11 In welke houding ligt of zit de patiënt op dit moment?

- rugligging ☐ 30 graden semi-Fowler-houding
☐ anders
- zijligging ☐ 30 graden
☐ anders
- zitten ☐ 90 graden
☐ 90 graden achterover gekanteld
☐ anders

12 Risico-score (Voor toelichting Bradenschaal zie kaart)

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|--|-------------------------------------|--|
| Zintuigelijke waarneming | ☐ 1 Volledig beperkt
☐ 2 Zeer beperkt
☐ 3 Licht beperkt
☐ 4 Geen beperking | Activiteit | ☐ 1 Bedlegerig
☐ 2 Aan de stoel gebonden
☐ 3 Loopt af en toe
☐ 4 Loopt regelmatig | Voeding | ☐ 1 Zeer slecht
☐ 2 Waarschijnlijk ontoereikend
☐ 3 Toereikend
☐ 4 Uitstekend |
| Vocht | ☐ 1 Constant vochtig
☐ 2 Regelmatig vochtig
☐ 3 Af en toe vochtig
☐ 4 Zelden vochtig | Mobiliteit | ☐ 1 Volledig immobiel
☐ 2 Zeer beperkt
☐ 3 Licht beperkt
☐ 4 Geen beperkingen | Schuif- en wrijvingskrachten | ☐ 1 Actueel probleem
☐ 2 Potentieel probleem
☐ 3 Geen zichtbaar probleem |

13 Heeft patiënt/bewoner decubitus ? ☐ Ja ☐ Nee

Decubitus: invullen voor patiënten met decubitus

Graad	Stuit	Hiel L R	Enkel L R	Elleboog L R	Zitbeen L R	Heupbeen L R	Oor L R	Hoofd L R	Schouderblad L R	Overig L R
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Decubitus sinds	Stuit	Hiel L R	Enkel L R	Elleboog L R	Zitbeen L R	Heupbeen L R	Oor L R	Hoofd L R	Schouderblad L R	Overig L R
< 2 weken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tussen 2 weken en 3 maanden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tussen 3 en 6 maanden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tussen 6 maanden en 1 jaar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 1 jaar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toelichting thuiszorg:	Ontstaan in	Hiel L R	Enkel L R	Elleboog L R	Zitbeen L R	Heupbeen L R	Oor L R	Hoofd L R	Schouderblad L R	Overig L R
Onbekend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Huidige basiseenheid	Huidige afdeling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere basiseenheid	Andere afdeling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Andere instelling nl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Verpleeghuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Revalidatiecentrum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Instel. Lichamelijk Geh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Instel. Verstandelijk Geh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	PZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Thuis zonder wijkverpleging	Thuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Verzorgingshuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Anders	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wondbedekkingen	Stuit	Hiel L R	Enkel L R	Elleboog L R	Zitbeen L R	Heupbeen L R	Oor L R	Hoofd L R	Schouderblad L R	Overig L R
Geen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Droog	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vacuümpomp	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anti-bacteriële zelf-gazen en zalven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alginaat	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrocolloïd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrogel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schuimverband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vette gazen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anti-bacteriële verbanden (zililverband)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Huidtransplantatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Overig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Incontinentie

14 Hoe vaak is de patiënt/bewoner incontinent van urine?

- ☐ Nooit (verder naar 21) ☐ Een paar keer per week
☐ Drie of vier maal per maand ☐ Elke dag

15 Wanneer is de patiënt/bewoner incontinent?

- ☐ Overdag ☐ 's-Nachts ☐ Overdag en 's-nachts

16 Hoeveel urine verliest de patiënt?

- ☐ Druppels ☐ Scheutjes ☐ Hele plas

17 Is de incontinentie gediagnosticeerd als:

- ☐ Stressincontinentie
☐ Aandrang incontinentie
☐ Gemengde incontinentie met name stressincontinentie
☐ Gemengde incontinentie met name aandrang incontinentie
☐ Functionele incontinentie
☐ Niet gediagnosticeerd (ga door naar vraag 19)

18 Door wie is de incontinentie gediagnosticeerd?

- ☐ Huisarts ☐ Uroloog ☐ Incontinentieverpleegkundige

19 Is de incontinentie ontstaan:

- ☐ Voor opname in huidige instelling ☐ Na opname in huidige instelling

20 Welke maatregelen zijn genomen voor de incontinentie:

- Verbanden: Absorberend verband ☐ aantal/24 uur
Wegwerponderbroeken/pants ☐ aantal/24 uur
Onderleggers disposable/wasbaar ☐ aantal/24 uur
- ☐ Naar toilet op gezette tijden ☐ aantal keer/24 uur
- ☐ Aanpassingen omgeving
- ☐ Aangepaste/gemakkelijke kleding
- ☐ Speciale huidverzorging
- Catheters: ☐ Verblijfscatheter
☐ Retentie/intermitterende catheter
☐ Condoomcatheter/uritip
☐ Supra pubiscatheter
- ☐ Medicatie
- ☐ Blaastreining/bekkenbodemspieroefeningen/ontspanningsspieroefeningen
- ☐ Anders

21 Hoe vaak is de patiënt/bewoner incontinent van ontlasting?

- ☐ Nooit
☐ Drie of vier maal per maand
☐ Een paar keer per week
☐ Elke dag

Incontinentieletsels

22 Heeft de patiënt/bewoner incontinentieletsel?

- ☐ Nee (ga verder naar vraag 25)
☐ Ja, namelijk: ☐ Stuit, links en/of rechts van de bilnaad ☐ Rondom stoma (urostoma of colostoma)
☐ Stuit: bilnaad ☐ Anders

23 Incontinentieletsel sinds:

- ☐ 1-2 dagen ☐ 2-7 dagen ☐ Meer dan 7 dagen

24 Incontinentieletsel ontstaan

- ☐ Voor opname in huidige instelling ☐ Na opname in huidige instelling

Smetten

25 Heeft een patiënt/bewoner smetplekken?

- ☐ Nee (einde vragenlijst)
☐ Ja, namelijk: ☐ Rechter borstplooi ☐ Linker borstplooi ☐ Bilnaad
☐ Rechter liesplooi ☐ Linker liesplooi ☐ Buikplooi
☐ Rechter oksel ☐ Linker oksel ☐ In andere huidplooien

26 Welke maatregelen zijn genomen voor de preventie/behandeling van smetplekken?

- ☐ Geen
☐ Gesprek met de patiënt over preventieve maatregelen
☐ Deskundige ingeschakeld
☐ Dragen van katoenen/ondersteunende/absorberende kleding
☐ Tussen de huidplooien aanbrengen van materialen (scheurlinnen, non-woven gaas, Engels pluksel)
☐ Aanbrengen van zinkolie, lokaal antischimmelpreparaat, barrièrespray of -crème
☐ Aanbrengen van poeders of pasta's
☐ Het gebruik van een föhn
☐ Dagelijks wassen en goed droogdeppen van de huidplooien
☐ Wassen zonder zeep of met een PH-neutrale zeep
☐ Dagelijks observeren van de huid in de huidplooien
☐ Anders

27 Zijn de smetplekken ontstaan:

- ☐ Voor opname in huidige instelling ☐ Na opname in huidige instelling

Controleer of alle vragen zijn ingevuld in verband met het verwerken van de gegevens.

Bijlage 2

Reeds verschenen publicaties van de projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

Internationale wetenschappelijke artikelen

2004

- Bours, GJJW, RJG Halfens, M Candel, RTPM Grol, H Huijer Abu-Saad (2004). A pressure ulcer audit and feedback project across multi-hospital settings in the Netherlands. *International Journal of Quality in Health Care*, 16: 3.
- Tannen A, T Dassen, GJJW Bours, RJG Halfens (2004). A Comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 607-12.

2003

- Bours GJJW, RJG Halfens, MPF Berger, H Huijer Abu-Saad, RTPM Grol (2003). The development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. *Medical Care*, 41(1): 45-55.

2002

- Bours GJJW, RJG Halfens, H Huijer Abu-Saad, RTPM Grol (2002). Prevalence prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 Institutions in the Netherlands. *Research in Nursing and Health*, 25(2): 99-110.
- Halfens RJG, GJJW Bours (2002). Prevalence and incidence study Sparks issues [letter] *Ostomy Wound Management*, 48(3): 10-2

2001

- Bours GJJW, E de Laat, RJG Halfens, M Lubbers (2001). Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units, results of a cross-sectional survey. *Intensive Care Medicine*, 27(10): 1599-605.
- Halfens RJG, GJJW Bours, JF van Ast (2001). 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*, 10(6): 748-57.
- Halfens RJG, GJJW Bours, CM Bronner (2001). The impact on health care institutions of participating in the assessment of the prevalence of pressure ulcers. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5): 1-9.

1999

- Bours GJJW, RJG Halfens, M Lubbers, JRE Haalboom (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy/Wound Management*, 45(11): 20-40.
- Bours, GJJW, RJG Halfens, et al. (1999). Second national pressure ulcer prevalence survey in the Netherlands [abstract]. 3rd EPUAP open meeting, Amsterdam.
- Halfens RJG, GJJW Bours (1999). Prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *EPUAP Review*, 1(2): 35.

Nederlandse wetenschappelijke artikelen

- Ast JF van, RJG Halfens, GJJW Bours (2001). Het beloop van decubitus stadium 1. *Verpleegkunde*, 16(2): 84-92.

Vaktijdschriften**2005**

- Meijers J, RJG Halfens (2005). Ondervoeding vraagt om aandacht. *Nutricia Alive*, 8(1): 12-3.
- Meijers J, M Janssen, M van bokhorst-de van der Schueren, E Rasmussen, R Halfens (2005). Prevalentie van ondervoeding: de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 60(1): 12-5.

2002

- Bours GJJW, RJG Halfens (2002). De prevalentie en preventie van decubitus in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 26(1): 42-5.
- Halfens RJG, GJJW Bours (2002). Het meten van een zorgresultaat: decubitus. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 112(4): 42-5.
- Halfens RJG, GJJW Bours (2002). Decubituspercentage daalt. *Verpleegkunde Nieuws*, 16(20): 6.

2001

- Bours GJJW (2001). Prevalentiecijfers decubitus in Nederland in perspectief, 1998-2001 [abstract]. *WCS Nieuwsbrief*, 17(5 congresnummer): 12.
- Bours GJJW, RJG Halfens (2001). Vierde landelijke registratie decubitus: heeft meten zin? *WCS*.
- Halfens RJG (2001). Decubitusbeleid nog te veel ver-van-ons-bed-beleid. *Health-care Magazine*, 4(september (prevalentie-special)): 3-7.

- Halfens RJG, GJJW Bours (2001). Overzicht van de belangrijkste resultaten van Landelijke Prevalentie Onderzoeken Decubitus 1998-2000. Utrecht: Nederlandse Vereniging Verpleeghuizen.
- Halfens RJG, GJJW Bours, JF van Ast (2001). Decubitus stadium 1: wat moeten we ermee? Wound Consultant Society News (WCS), 17(1): 25-8.

2000

- Bours GJJW, RJG Halfens (2000). Doorliggen komt nog steeds te veel voor: resultaten derde landelijke registratie decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 110(21): 659-63.
- Bours GJJW, RJG Halfens (2000). Tweede landelijke registratie van de prevalentie van decubitus. WCS Nieuws, 16(1): 51-2.
- Bours GJJW, RJG Halfens (2000). Twee jaar landelijk registreren van decubitus. WCS Nieuws, 16(2): 28-32.
- Halfens RJG, Bours GJJW (2000). Nog steeds decubitus bij kwart patiënten. Verpleegkunde Nieuws, 14(13 september).

1999

- Bours GJJW (1999). Landelijke registratie decubitus. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 109(15/16): 465.
- Bours GJJW (1999). Tweede landelijke registratie van decubitus: wat zijn de resultaten van het prevalentieonderzoek van '98 en '99?: hoe groot is het decubitusprobleem? [abstract]. WCS Nieuwsbrief, 15(5 congresnummer): 12-3.
- Bours GJJW, RJG Halfens (1999). Decubitus komt nog veel te veel voor. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 109(21): 608-11.
- Halfens RJG (1999). Decubitus nog niet omlaag. Verpleegkunde Nieuws, (16 september): 7.

1998

- Bours GJJW, RJG Halfens, IC Buss (1998). Landelijke registratie van decubitus. Met Verve, 4(3): 7-8.
- Bours GJJW, RJG Halfens, M Torny (1998). Decubitus bij Amsterdam Thuiszorg: eerste metingen in het kader van het landelijke actieprogramma. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 108(8): 255-8.

1997

- Bours GJJW, IC Buss, RJG Halfens (1997). Terugdringen decubitus is mogelijk: plan voor landelijke registratie is gereed. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 107(15/16): 463-5.
- Halfens RJG, J Piersma (1997). Landelijke aanpak decubitus. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 107(12): 352-4.

Rapporten

2004

- RJG Halfens, MAP Janssen, JMM Meijers, SW Wansink (2004). Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004: Maastricht: Universiteit Maastricht, ISBN 90 -806663-5-1.
- RJG Halfens, SW Wansink (2004). Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: resultaten zevende jaarlijkse meting 2004: Maastricht: Universiteit Maastricht, ISBN 90 -806663-4-3.

2003

- Bours GJJW, RJG Halfens, SW Wansink (2003). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten zesde jaarlijkse meting 2003: Maastricht: Universiteit Maastricht, ISBN 90 -806663-3-5.
- Mistiaen P, C Wagner, G Bours, R Halfens (2003). Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: NIVEL.

2002

- Bours GJJW, RJG Halfens, SW Wansink (2002). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: resultaten vijfde jaarlijkse meting 2002. Maastricht: Universiteit Maastricht, ISBN 90 -806663-2-7.

2001

- Bours GJJW, RJG Halfens, L Bosker (2001). Drie jaar landelijk registreren: hoe nu verder?. Maastricht: Universiteit Maastricht en NIGZ.
- Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten (2001). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten vierde jaarlijkse meting 2001. Maastricht, Universiteit Maastricht.

2000

- Bours GJJW, RJG Halfens, CMC Joosten (2000). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten derde jaarlijkse meting 2000. Maastricht, Universiteit Maastricht.

1999

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

1998

- Bours GJJW, RJG Halfens, A de Winter (1998). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Uitgebreide resultaten eerste jaarlijkse meting 1998. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Bours GJJW, RJG Halfens, A de Winter (1998). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten eerste jaarlijkse meting 1998 op instellingsniveau. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Bijlage 3

Wervingsfolder Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

2006



Universiteit Maastricht

Verplegingswetenschap

Inleiding

Sinds 1998 wordt jaarlijks het voorkomen van decubitus bij een groot aantal instellingen gemeten. Uit deze metingen is naar voren gekomen dat decubitus veel voorkomt en dat het handelen (zowel preventief als curatief) van zorgverleners verbeterd kan worden. Sinds 2004 wordt behalve decubitus, ook een drietal andere zorgproblemen gemeten, namelijk incontinentie, ondervoeding en smetplekken. Hoewel deze in zekere zin gerelateerd zijn aan decubitus, is het nadrukkelijk de bedoeling deze te zien als afzonderlijke zorgproblemen.

Met deze meting krijgen de deelnemende instellingen op een redelijk eenvoudige wijze inzicht in het voorkomen en het behandelen van de betreffende zorgproblemen in hun instelling. Inzicht in het zorgprobleem kan instellingen en beleidsmakers stimuleren maatregelen te nemen, zoals het preventief screenen op het zorgprobleem en het voorkomen of bestrijden ervan. Doordat de meting bij een groot aantal instellingen plaatsvindt, kunnen de deelnemende instellingen zich bovendien vergelijken met soortgelijke instellingen en zijn de gegevens te gebruiken als prestatie-indicatoren. Het voorkomen van decubitus is al opgenomen als prestatie-indicator, terwijl momenteel de basis gelegd wordt om ook ondervoeding op te nemen als prestatie-indicator.

In deze folder wordt beschreven wat de meting concreet voor uw instelling betekent en op welke wijze u zich kunt aanmelden.

Concreet

Met de komende landelijke meting wordt inzicht verkregen in:

- het voorkomen van de zorgproblemen decubitus, incontinentie, ondervoeding en smetplekken, zowel op landelijk niveau als op instellings- en afdelingsniveau,
- verschillen tussen deze zorgproblemen en tussen instellingen en afdelingen,

- verschillen tussen patiëntengroepen,
- verschillen in het voorkomen van decubitus, incontinentie, ondervoeding en smetten met voorgaande jaren.

Voor de individuele instelling betekent dit:

- u krijgt de beschikking over kwantitatieve informatie over het voorkomen van decubitus, incontinentie, ondervoeding en smetplekken in uw organisatie, zowel op instellings- als afdelingsniveau,
- u kunt de situatie in uw organisatie vergelijken met het landelijke beeld.

Op deze manier heeft u alle informatie voor de implementatie van een kwaliteitsbeleid gericht op het verlagen van het voorkomen van decubitus, incontinentie, ondervoeding en smetplekken en heeft u de mogelijkheid uw kwaliteitsbeleid te evalueren.

Het instrument

Het registratieformulier omvat metingen op drie niveaus, namelijk (1) het profiel van de instelling (soort instelling en kwaliteitsindicatoren), (2) het profiel van de afdeling (soort afdeling en kwaliteitsindicatoren), (3) en een patiëntgebonden inventarisatie. De patiëntgebonden inventarisatie omvat vragen over de demografische kenmerken, het risico, het voorkomen en de behandeling van decubitus, ondervoeding, incontinentie en smetplekken. De tijd die nodig is voor het invullen van het registratieformulier en het inspecteren van de patiënt/bewoner is gemiddeld 8 minuten per patiënt/bewoner. Men is echter niet verplicht alle zorgproblemen te meten. Men kan ook een keuze maken uit de vier zorgproblemen.

Welke instellingen kunnen meedoen aan de metingen?

Alle gezondheidszorginstellingen, zowel intramuraal als extramuraal, kunnen zich aanmelden om deel te nemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen.

Procedure

Van elke instelling die deelneemt aan de landelijke meting wordt verwacht dat zij zelf zorg dragen voor een instellingscoördinator. De instellingscoördinator zal gedurende de periode waarin de registratie plaatsvindt, belast zijn met de coördinatie binnen de instelling en als contactpersoon fungeren naar de Universiteit Maastricht (UM). Van de coördinator wordt het volgende verwacht:

- De coördinator bepaalt welke afdelingen deelnemen aan de meting.
- De coördinator bepaalt welke zorgproblemen worden gemeten.
- De coördinator stelt een team van deskundige verpleegkundigen/verzorgenden samen. Elk lid van het team zal op één of meerdere afdelingen samen met een verpleegkundige/verzorgende van de desbetreffende afdeling de metingen verrichten. De grootte van het team is dus afhankelijk van het aantal afdelingen dat deelneemt aan de registratie.
- De coördinator maakt een tijdsplanning binnen de instelling voor de landelijke meting.
- De coördinator maakt een rooster voor het team verpleegkundigen/verzorgenden, zodat iedere afdeling weet op welk tijdstip de meting plaatsvindt.
- De coördinator verzorgt de training voor het team verpleegkundigen/verzorgenden dat de meting daadwerkelijk uitvoert.
- De coördinator verzamelt alle formulieren per afdeling, en ziet toe op de volledigheid en juistheid van de gegevens.
- De coördinator draagt zorg voor een adequate invoering van de gegevens via internet binnen zes weken na de meting.

De instellingscoördinator krijgt een mondelinge training van de onderzoeksgroep samen met de coördinatoren van andere instellingen die deelnemen aan de registratie. De instructiebijeenkomsten voor komend jaar staan gepland op dinsdag 24 januari, donderdag 2 en dinsdag 7 februari 2006.

Iedere instellingscoördinator krijgt materiaal ter instructie van de verpleegkundigen/verzorgenden en een informatieklaar waarin alle benodigde stappen zijn uitgewerkt.

De meting zal in de intramurale gezondheidszorginstellingen op één dag plaatsvinden. Bij de instellingen voor thuiszorg zal in tegenstelling tot de intramurale gezondheidszorginstellingen de uitvoering van de metingen over vier dagen verspreid zijn, met als startdatum de datum van de intramurale instellingen. Om praktische redenen is het niet mogelijk om op één dag alle patiënten te scoren die in zorg zijn bij de thuiszorg. Het aantal patiënten dat geregistreerd wordt gedurende deze vier dagen, wordt vastgesteld door de UM op basis van het gemiddeld aantal patiënten dat in zorg is bij de teams die deelnemen aan de meting.

Na afloop van de meting zorgt de instellingscoördinator dat de gegevens worden ingevoerd via internet. Uiterlijk 2 weken na de invoering van de gegevens door de instelling, krijgt de instelling een rapport met de gegevens van de eigen instelling. De UM maakt tevens een landelijk rapport, zodat de instelling vergelijkingsmateriaal krijgt op instellings- en afdelingsniveau.

De meting vindt plaats op 4 april 2006. De instructiebijeenkomsten zijn gepland op: dinsdag 24 januari, donderdag 2 februari en dinsdag 7 februari 2006.

Het invoerprogramma

Na afloop van de meting zorgt de instellingscoördinator dat de schriftelijke vragenlijsten worden verwerkt via het internetprogramma.

ma dat door de UM wordt aangeboden. Het programma is opgebouwd uit dezelfde drie onderdelen als de schriftelijke registratieformulieren. Nadat de gegevens zijn ingevoerd via dit programma, verwerkt de UM deze tot een instellings- en een landelijk rapport. Deze rapporten worden via e-mail aan de instellingscoördinator verzonden.

Correspondentie

De correspondentie met de instellingscoördinator zal vooral via e-mail plaatsvinden. De instellingscoördinator dient daarom te beschikken over een eigen e-mailadres.

Wijzigingen in het e-mailadres moeten worden doorgegeven aan LPZ@zw.unimaas.nl

Ook de rapporten en andere materialen, met uitzondering van de informatieklapper, zullen zoveel mogelijk via e-mail verstuurd worden.

Eigen bijdrage

De basisprijs voor het deelnemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen bedraagt € 750,-. Daarnaast wordt er een bedrag van € 2,75 per in gebruik zijnde bed berekend, met een maximum van 600 bedden. Het aantal in gebruik zijnde bedden dat bij de aanmelding wordt opgegeven, wordt in rekening gebracht. Let op! Het aantal in gebruik zijnde bedden is niet gelijk aan het aantal te meten bedden. Indien u als samenwerkingsverband met meerdere instellingen tegelijkertijd inschrijft, hoeft u slechts eenmaal de basisprijs te betalen.

Voor de thuiszorgorganisaties wordt nevenstaand schema gebruikt als basis voor de prijsbepaling naast het basisbedrag van 750 euro.

Aantal cliënten die gemiddeld per maand in zorg zijn bij de teams die deelnemen aan de meting

Cliënten	Bedrag
0-500	500 euro
501-750	600 euro
751-1000	700 euro
1001-1500	800 euro
1501-2000	900 euro
2001-2500	1.000 euro
> 2500	1.100 euro

Aanmelden

Instellingen die willen deelnemen aan de landelijke meting worden verzocht om het bijgevoegde aanmeldingsformulier zo spoedig mogelijk in te sturen.

Hoe eerder u zich aanmeldt hoe lager het inschrijfgeld:

- aanmelden vóór 1 december 2005: korting van 10% op het inschrijfgeld
- aanmelden tussen 1 december en 15 januari 2006: normale prijs inschrijfgeld
- aanmelden tussen 15 januari en 1 februari 2006: Inschrijfgeld + 10% extra van het inschrijfgeld.

Na 1 februari 2006 is aanmelden niet meer mogelijk. Voor de betaling van het inschrijfgeld ontvangt de instelling een factuur.

N.B.: Ook al heeft u afgelopen ja(a)r(en) reeds meegedaan, moet u zich toch weer opnieuw inschrijven.

Annuleren

Annuleren van de aanmelding is mogelijk. Dit dient schriftelijk en gedateerd te gebeuren. Bij annulering worden de volgende kosten in rekening gebracht:

- annuleren vóór 1 januari 2006: 75% restitutie/creditering van het factuurbedrag

- annuleren vanaf 1 januari 2006 en vóór 1 maart 2006: 50% restitutie/creditering van het factuurbedrag
- annuleren vanaf 1 maart 2006: geen restitutie/creditering van het factuurbedrag

Anonimiteit

Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Iedere instelling krijgt een eigen uniek ID-nummer.

Dit ID-nummer wordt gebruikt in de correspondentie.

Na inschrijving zal per instelling een aantal aanvullende gegevens worden gevraagd, zoals het aantal te meten bedden en welke afdelingen definitief deelnemen aan de metingen. Voor de bescherming van de persoons- en instellingsgegevens is een privacyreglement opgesteld. Dit reglement is op te vragen bij de onderzoeksgroep.

Projectgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

Dr. Ruud J. G. Halfens (projectleider)
 Drs. Maaike A.P. Janssen (onderzoeker)
 Drs. Judith M.M. Meijers (onderzoeker)
 Sandrien W. Wansink (onderzoeksassistent)
 Bernadette A.M. Zinzen (onderzoeksassistent)

Informatie

Indien U nog vragen heeft kunt U contact opnemen met:

Universiteit Maastricht
 Sectie Verplegingswetenschap
 Sandrien Wansink / Bernadette Zinzen
 Postbus 616
 6200 MD Maastricht
 tel. 043 - 3881559
 E-mail: LPZ@ZW.unimaas.nl
 Website: www.nursingscience.nl en
 doorklikken naar LPZ

Voorwaarden

De inschrijving is geldig zodra het aanmeldingsformulier is ontvangen door de UM.

Na inschrijving verplicht de UM zich tot:

- Het coördineren van de prevalentie metingen gedurende de periode waarvoor de betaling geldt.
- Het verstrekken van alle materiaal en instructie ten behoeve van deze metingen.
- Het verstrekken van de instellingsgegevens, zowel in een rapport als de ruwe data in digitale vorm.
- Het verstrekken van landelijk vergelijkingsmateriaal, mits vergelijkbare instellingen hebben deelgenomen.
- Presentatie van de landelijke resultaten.

Na inschrijving verplicht de instelling zich tot:

- De meting te verrichten conform de richtlijnen van de UM.
- De gegevens binnen zes weken na de meting in te voeren via internet.
- De factuur binnen de gestelde termijn te betalen.
- Toegang tot internet om de gegevens van de meting in te voeren.
- Beschikking over een eigen e-mailadres voor de instellingscoördinator.
- Wijzigingen in de instellingsgegevens (adres, e-mailadres etc.) tijdig door te geven aan de UM.

Aanmeldingsformulier 2006

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen

Onderstaande instelling wenst, conform de voorwaarden, deel te nemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen.

Gegevens instelling:

Naam instelling
 Adres
 Postcode en woonplaats
 Telefoon

Indien sprake van meerdere deelnemende locaties per instelling, dan de volgende gegevens invullen:

Deelnemende locatie 1
 Soort instelling
 Aantal in gebruik zijnde bedden*

Deelnemende locatie 2
 Soort instelling
 Aantal in gebruik zijnde bedden*

Deelnemende locatie 3, etc. op apart vel toevoegen

* voor thuiszorgorganisaties geldt hier het aantal cliënten die gemiddeld per maand in zorg zijn bij de teams die deelnemen aan de meting

Gegevens instellingscoördinator tevens contactpersoon: VERPLICHT

Naam Afdeling/Locatie
 Telefoon Email

Gegevens factuuradres: VERPLICHT

Naam instelling Afdeling/Locatie
 T.a.v. Adres
 Postcode en plaats

Dit formulier sturen naar:

Universiteit Maastricht
 Sectie Verplegingswetenschap
 T.a.v. Sandrien Wansink / Bernadette Zinzen
 Postbus 616, 6200 MD Maastricht
 of faxen naar: 043-3884162

Bijlage 4

Legenda tabellen

AcZ	Academisch ziekenhuis
AlgZ	Algemeen ziekenhuis
LG	Zorginstelling voor mensen met een lichamelijke beperking
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RC	Revalidatiecentrum
TZ	Thuiszorg
VG	Zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking
VP	Verpleeghuis
VZ	Verzorgingshuis

