

'DRUK MET TEGENDRUK'

onderzoek naar de relatie tussen de genomen maatregelen van het Zorg voor Beter traject
Decubitus en klinische uitkomsten en cliënttevredenheid



i BMG
www.bmg.eur.nl

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam
Erasmus

Nicolette Kleppe, augustus 2007

'DRUK MET TEGENDRUK'

onderzoek naar de relatie tussen de genomen maatregelen van het Zorg voor Beter traject
Decubitus en klinische uitkomsten en cliënttevredenheid

Rotterdam, augustus 2007

Nicolette Kleppe

Studentnummer: 279973

Afstudeerscriptie IBMG Zorgmanagement

Afstudeerbegeleider: Dr. M. Strating

Meelezer: Prof. Dr. R. Bal

Samenvatting

Decubitus, ook wel doorliggen genoemd, komt nog erg vaak voor binnen zorginstellingen. Het ontstaan van decubitus is een graadmeter van de kwaliteit van zorg. Het programma Zorg voor Beter geeft de komende jaren extra aandacht aan de kwaliteit van zorg. Het verbetertraject Decubitus wil een daling van de prevalentie c.q. incidentie bij de deelnemers aan de projecten met 50 % realiseren. Aan het programma hebben in totaal 20 pilotafdelingen meegedaan. Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of er een relatie is tussen de mate van de implementatie van veranderingen in de zorg en de klinische uitkomsten en cliënttevredenheid.

In deze scriptie wordt een proces- en een effectevaluatie uitgevoerd. De benodigde gegevens voor deze evaluatie zijn gehaald uit een databestand van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) met gegevens over prevalentie, incidentie en risico-inventarisatie van de nul en eindmeting, de plannen van aanpak van de pilotafdelingen, 20 interviews met cliënten en 7 ingevulde vragenlijsten aan de projectleiders. Als onderdeel van de procesevaluatie wordt voor de verbeterteams in kaart gebracht of de deelnemende afdelingen een protocol opstellen, een knelpunteninventarisatie houden, een gedetailleerd actieplan opstellen en in welke mate de geplande maatregelen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Als onderdeel van de effectevaluatie worden verder de resultaten van de uitkomstindicatoren (incidentie c.q. prevalentie en cliënttevredenheid) onderzocht.

Uit dit onderzoek blijkt dat alle pilotafdelingen het project goed hebben voorbereid. Uit dit onderzoek blijkt echter verder dat de geplande maatregelen slechts ten dele door de pilotafdelingen zijn uitgevoerd. Geconcludeerd wordt dat 8 van de 20 deelnemende pilotafdelingen de doelstelling (daling van 50% in prevalentie of incidentie) behalen.

De verbeterteams hebben ten opzichte van de landelijke trend een forse verbetering gerealiseerd in de afname van de prevalentie van decubitus. Of de genoemde resultaten toe zijn te schrijven aan de genomen maatregelen is echter niet statistisch vast te stellen als gevolg van een te kleine steekproef. Ondanks de geringe mate van implementatie van de preventieve maatregelen, blijkt de incidentie en prevalentie aanzienlijk gedaald te zijn. Hoewel het registratiesysteem en het toepassen van de preventieve maatregelen nog niet helemaal geïntegreerd zijn in de dagelijkse zorg, lijkt de toegenomen aandacht tezamen met de toegenomen kennis van zorgverleners verantwoordelijk voor de behaalde resultaten. Er kan dan ook geconcludeerd worden dat het Zorg voor Beter project Decubitus de kwaliteit van decubituszorg lijkt te verbeteren. Verder wordt er een hoge tevredenheid van de cliënten over de geleverde zorg geconstateerd. Er kan echter geen uitspraak gedaan worden of deze hoge tevredenheid veroorzaakt wordt door de deelname van de afdelingen aan het Zorg voor Beter traject. Er is namelijk geen vergelijking gedaan met niet deelnemende afdelingen.

Summary

Pressure ulcers occur still frequently at care institutions. The occurrence of pressure ulcers is an estimate of the quality of care. The Dutch program "Zorg voor Beter" (translated as "Care for Better") intends to give more attention to the quality of care by means of improvement projects. The aim of the improvement project "Pressure ulcers" and for the participating health care organisations is to realize a decrease in prevalence and incidence of pressure ulcers of 50%. In total 20 pilot departments took part in this project. The goal of this research is to test whether a relation exists between the degree of implementation of changes proposed by the improvement project on the one hand and clinical outcomes and client satisfaction on the other hand.

In this thesis a process evaluation and an effect evaluation were conducted. Data of the "Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging" (LEVV) were used. These data give insight in the prevalence and the incidence of pressure ulcers within the 20 pilot departments in a baseline measurement and an end measurement. In addition to this qualitative data sources were used; 20 interviews with clients were conducted, 7 project leaders filled in a written questionnaire, and the action plans of the respective departments were analysed. As part of the process evaluation, for every project team we analyzed whether the department created a protocol, made a bottleneck record, created a detailed action plan, and to what measure these actions were put to in practice indeed. As part of the effect evaluation, the outcomes of the central indicators (prevalence, incidence, and client satisfaction) were investigated.

This thesis showed that all pilot departments prepared well, however the planned actions were put into practice only to a certain extent. The results showed that 8 of the 20 departments reached the goal of the project, namely a reduction of 50% in prevalence and incidence of pressure ulcers.

The improve teams showed an important improvement in the reduction of pressure ulcers when compared to the national trend. However, due to the limited sample it was not possible to statistically verify whether the forenamed results could be attributed to the actions of the improve teams. In spite of the limited degree of implementation of the preventative actions, prevalence and incidence decreased substantially. The increased attention together with the increased knowledge of the nurses seems to be responsible for the achieved results, although the registration system and the adaptation of the preventative actions are still not fully integrated in the daily care tasks. Concluding, the "Zorg voor Beter" project Pressure ulcers seems to increase the quality of care. Furthermore a high degree of client satisfaction is found. As no comparison with departments that did not take part in the improvement project was possible, this high client satisfaction could not be related to the participation of the departments in the improve project.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding en probleemstelling	p. 6
§ 1.1	Decubitus	p. 6
§ 1.2	Probleemstelling en deelvragen	p. 9
Hoofdstuk 2	Theoretisch kader	p. 10
§ 2.1	Doorbraakmethode	p. 10
§ 2.2	Kwaliteit van zorg	p. 11
§ 2.3	Implementatie van veranderingen	p. 13
Hoofdstuk 3	Methoden en plan van aanpak	p. 16
Hoofdstuk 4	Resultaten	p. 20
§ 4.1	Vorbereidingsfase (stap 1 tot en met 3)	p. 20
§ 4.2	Uitvoeringsfase (stap 4)	p. 27
§ 4.3	Evaluatiefase (stap 5)	p. 33
§ 4.4	Beschrijving uitkomsten interviews cliënten	p. 38
Hoofdstuk 5	Discussie en conclusie	p. 41
§ 5.1	Beantwoording deelvragen	p. 41
§ 5.2	Conclusie	p. 44
§ 5.3	Beperkingen van dit onderzoek	p. 46
Hoofdstuk 6	Aanbevelingen	p. 47
Hoofdstuk 7	Literatuurlijst	p. 48
Bijlage 1	Registratieformulier van het LEVV	p. 52
Bijlage 2	Vragenlijst voor de projectleiders	p. 54
Bijlage 3	Vragenlijst voor de cliënten	p. 55

Hoofdstuk 1

Inleiding en probleemstelling

§ 1.1 Decubitus

Decubitus, ook wel doorliggen genoemd, komt nog erg vaak voor binnen zorginstellingen. Uit de jaarlijkse landelijke prevalentieonderzoeken, die worden uitgevoerd door de universiteit van Maastricht, blijkt dat de percentages over prevalentie van mensen met decubitus in de diverse zorgsectoren erg hoog zijn. De cijfers van het afgelopen jaar van deze meting laten zien dat in verpleeghuizen het hoogste percentage decubitus voorkomt, namelijk 24,2 %, bijna bij 1 op de 4 cliënten. De verzorgingshuizen en de thuiszorg scoren in de care sector het laagst met respectievelijk 10,5 % en 9,7 % (Halfens et al. 2006). Dit gegeven is niet uniek voor Nederland, maar hoge percentages komen ook voor in België en andere Europese landen (website Zorg voor Beter).

Decubitus is de verzamelnaam van verschillende processen van inwerking van druk- en/of schuifkrachten op het lichaam wat weefselversterf kan veroorzaken. Het weefselversterf is het gevolg van zuurstoftekort door onvoldoende bloedtoevoer in de huid en het onderliggende weefsel (Gezondheidsraad 1999, CBO 2002). Decubitus treedt vooral op in situaties waarin mensen langdurige bedrust moeten houden of om andere redenen zeer lang in een houding blijven liggen of zitten. Decubitus geeft vrijwel altijd klachten. Veelal in de vorm van pijnlijke wonden die zonder ingrijpen niet genezen en een langere periode van extra (ziekenhuis) zorg noodzakelijk maken. In deze acute fase hangen de klachten veelal samen met ontstekingsverschijnselen en daarmee gepaard gaande symptomen (pijn, warmte, roodheid, zwelling en zweren). Bij een langdurig aanwezige wond leiden deze symptomen onder andere tot verminderde bewegingsvrijheid en sociaal isolement. Dit laatste wordt onder andere veroorzaakt door de sterke wondgeur (website RIVM).

Door deze klachten heeft decubitus ongunstige gevolgen voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Er zijn echter nog nauwelijks studies naar de gevolgen van decubitus voor de kwaliteit van leven van cliënten verricht. In een Europese studie onder cliënten, ouder dan 65 jaar met een decubitusgraad 3 of 4, bleek dat vooral de constant aanwezige pijn, en de beperkingen in sociale contacten en activiteiten een grote rol spelen en de kwaliteit van leven sterk kunnen beïnvloeden (Hopkins et al. 2006).

Decubitus is een veelomvattend probleem omdat het voorkomen en het genezen ervan inspanningen vraagt van de cliënt, de mantelzorgers, de hulpverleners, de zorgorganisatie en indirect van de zorgverzekeraars en van onderzoekers (CBO richtlijn decubitus 2002). De complexiteit van het voorkomen van decubitus blijkt duidelijk uit de diversiteit aan onderzoeken die op dit gebied gedaan zijn en gedaan worden. Niet alleen de prevalentie van decubitus (Shiels 1998, Weiler 1990), de materialen (Thompson 1992) of de wondbehandeling (Tymes 1997, Williams 1993) zijn onderwerp van onderzoek, maar ook de

implementatie van decubitusrichtlijnen binnen diverse sectoren (Ronda et al 2006) en het in kaart brengen van risico's op decubitus bij verschillende doelgroepen (Haalboom 1999) zijn onderzocht. Ondanks dat er al zoveel onderzoek is gedaan, en er een evidence based richtlijn rondom dit thema is, lukt het de verpleeg- en verzorgingshuizen niet om de incidentie en prevalentie van decubitus te verminderen.

Zorg voor Beter

Het oplossen van de problematiek rond het voorkomen van decubitus vraagt om een multidisciplinaire aanpak en om een nauwe afstemming en samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de zorgketen. Het ontstaan van decubitus is een graadmeter voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de kwaliteit van de organisatie. De zorg van het voorkomen en genezen van decubitus kan worden verbeterd door het ondersteunen, motiveren en stimuleren van medewerkers (Mast 2005).

Het programma Zorg voor Beter geeft de komende jaren extra aandacht aan de kwaliteit van zorg in de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt op initiatief van het ministerie van VWS, in samenspraak met de brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties. De Verbetertrajecten hebben als doel de kwaliteit van zorg te verhogen. Daarbij staat de cliënt centraal. In 2005 en 2006 zijn verbetertrajecten gestart voor de thuis-, ouderen en gehandicaptenzorg over de thema's Probleemgedrag, Medicatieveiligheid, Preventie seksueel misbruikt, Eten en drinken, Decubitus, Valpreventie en Zeggenschap.

Om decubitus te voorkomen is het belangrijk het probleem op tijd te signaleren en gericht actie te ondernemen. Het verbetertraject Decubitus is daarvoor een hulpmiddel. In het verbetertraject Decubitus gaan teams van medewerkers uit diverse instellingen na waar verbeteringen nodig zijn. Vervolgens voeren zij verbeteringen uit, gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen en goede praktijkvoorbeelden. De kennis die de teams in het traject opdoen, wordt verzameld door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) in een databank en op grote schaal verspreid. Zo helpen de teams ook andere instellingen in het voorkomen en (beter) behandelen van decubitus.

Aanleiding en doel van dit onderzoek

De doelstelling van de verbetertrajecten is de kwaliteit van zorg in de ouderen-, gehandicapten- en thuiszorg te verbeteren. Het verbetertraject wil een daling van de prevalentiecijfers van decubitus en van de incidentiecijfers bij de deelnemers aan de projecten van 50% realiseren. Om dit te bereiken biedt het programma gerichte ondersteuning bij de implementatie van goede voorbeelden op het terrein van decubitus.

Ondanks aanwijzingen voor de werkzaamheid van verbeterprojecten bij individuele zorginstellingen is niet bekend of een grootschalige implementatie van dergelijke projecten de beoogde resultaten op landelijk niveau zal opleveren. Om die reden voert het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg in opdracht van ZonMW een evaluatie-onderzoek

uit van het programma 'Verbetertrajecten', onderdeel van Zorg voor Beter. Onderdeel van het evaluatieonderzoek is een prospectieve dataverzameling van uitkomstindicatoren op cliëntniveau om de effecten van de Zorg voor Beter interventies te bepalen.

In het kader van het hiervoor genoemde onderzoek, zal er in dit onderzoek gekeken worden in hoeverre de geplande maatregelen, ter voorkoming en behandeling van decubitus, binnen de instellingen genomen zijn. Er zal een verklaring gezocht worden waarom bepaalde deelnemende instellingen betere uitkomsten behalen dan andere instellingen. Deze verklaring zal gezocht worden in de mate van implementatie van de geplande maatregelen ter voorkoming en behandeling van decubitus door de teams in de instellingen. Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er een relatie is tussen de mate van de implementatie van veranderingen in de zorg met betrekking tot decubitus en de klinische uitkomsten en cliënttevredenheid.

Relevantie van het onderzoek

De maatschappelijke relevantie van het verminderen van decubitus in verpleeg- en verzorgingshuizen is het om laag brengen van de kosten, verbetering van de kwaliteit van zorg en het voorkomen van onnodig leed bij cliënten. Op basis van kostencalculaties komt een conservatieve schatting van de totale kosten van decubitus voor Nederland uit op bijna een half miljard euro per jaar (Haalboom 1991, Allman 1996, Severens 2000). Voor verpleeg- en verzorgingshuizen kan het kosteneffectief zijn om de preventie en behandeling van decubitus beter te organiseren. Dit vermindert namelijk de tijdsbesteding van het personeel aan verzorging van een decubituscliënt. Verder vermindert het de benodigde materiaalkosten (verbandmiddelen etc).

Naast het verminderen van de kosten, kan het verminderen van decubitus in verpleeg- en verzorgingshuizen de kwaliteit van zorg verhogen. Indirect kan daarmee de cliënttevredenheid over de geleverde zorg verhoogd worden.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is het onderzoeken of het nemen van preventieve maatregelen ter voorkoming van decubitus ertoe leidt dat de incidentie en prevalentie van decubitus in de verzorg- en verpleeghuizen daalt. Ondanks aanwijzingen voor de werkzaamheid van verbeterprojecten bij individuele zorginstellingen is niet bekend of een grootschalige implementatie van dergelijke projecten de beoogde resultaten op landelijk niveau zal opleveren. Dit onderzoek tracht aan te tonen of een grootschalige implementatie van verbetertrajecten de beoogde resultaten op landelijk niveau oplevert. Ook wordt er gekeken wat de cliënttevredenheid is bij de cliënten van de verzorg- en verpleegthuizen waar deze maatregelen genomen worden.

§ 1.2 Probleemstelling en deelvragen

Op basis van de inleiding kunnen nu de volgende probleemstelling en deelvragen gesteld worden:

In hoeverre beïnvloedt de mate van de implementatie van de geplande maatregelen, opgesteld door de deelnemende verbeterteams van het Decubitusproject, de klinische uitkomsten en de tevredenheid van de cliënt?

Deelvragen:

1. Welke maatregelen c.q. interventies hebben plaatsgevonden in de deelnemende verbeterteams van het Decubitus verbeterproject?
2. In hoeverre zijn de doelstellingen (klinische uitkomsten) van de deelnemende verbeterteams van het Decubitus verbetertraject gehaald?
3. Wat zijn de ervaringen met de geleverde zorg van cliënten van deelnemende afdelingen?
4. In hoeverre zijn de klinische resultaten toe te schrijven aan de uitgevoerde (preventieve) maatregelen?

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt beschreven wat er reeds bekend is over het onderwerp en wat nog niet. Aan de hand van de literatuur wordt de probleemstelling nader verkend en uitgewerkt.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven op welke wijze de gegevens zijn verzameld om te komen tot een antwoord op de probleemstelling en deelvragen. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verantwoording van gemaakte keuzes omtrent validiteit en betrouwbaarheid.

Hoofdstuk 4 geeft een korte en overzichtelijke weergave van de belangrijkste en opvallende gevonden resultaten weer.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten verder geïnterpreteerd door ze te koppelen aan de probleemstelling, de literatuur en het theoretisch kader. Verder wordt de generaliseerbaarheid van het onderzoek besproken. Aan dit alles wordt tot slot een conclusie verbonden.

In hoofdstuk 6 worden een aantal aanbevelingen gegeven aan de praktijk, naar aanleiding van de conclusie van het onderzoek. Ook worden suggesties gegeven voor verder onderzoek.

Hoofdstuk 2

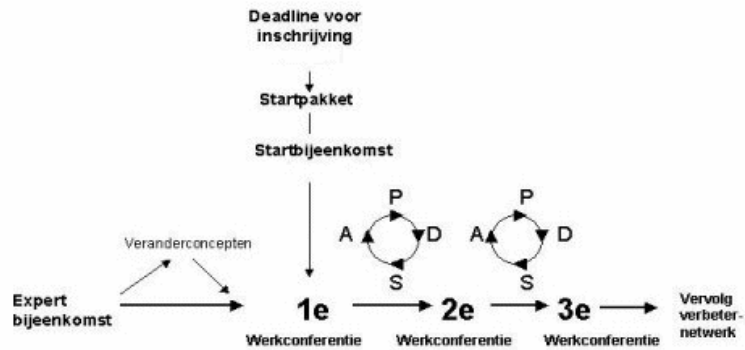
Theoretisch kader

Naar aanleiding van de probleemanalyse en de daaruit volgende probleemstelling en deelvragen volgt in dit hoofdstuk het theoretisch kader. In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling en worden de deelvragen nader verkend en uitgewerkt. Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: eerst wordt uitgelegd hoe een verbetertraject als het project Decubitus in zijn werk gaat. Vervolgens wordt het begrip kwaliteit van zorg uitgelegd. Daarna wordt het begrip implementatie van veranderingen toegelicht, evenals het model van Grol & Wensing (2006) dat in dit onderzoek wordt gehanteerd.

§ 2.1 Doorbraakmethode

Een verbetertraject zoals het project Decubitus kent dezelfde opzet als de doorbraakprojecten die de afgelopen jaren in binnen- en buitenland in ziekenhuizen gedaan zijn (CBO-doorbraakprojecten, van Splunteren et. al 2003). Een doorbraakproject is een aanpak waarbij (interne)verbetersteams uit verschillende organisaties onder begeleiding, in dit geval van het kenniscentrum Vilans, in een tijdelijk samenwerkingsverband concrete veranderingen proberen door te voeren door implementatie van bestaande kennis, goede voorbeelden en eigen inbreng. Meerdere organisaties doen tegelijk mee met het project en werken op landelijk of regionaal niveau samen. De doorbraakmethode beoogt organisaties op gang te helpen waarna ze zelf de verbetering op andere afdelingen in kunnen voeren. Het is de bedoeling dat zo een sneeuwbal effect ontstaat waardoor de kwaliteit van zorg in de hele organisatie verbetert.

Een doorbraakproject duurt meestal 8 tot 12 maanden. De projecten kunnen opgedeeld worden in drie fases. In de voorbereidende fase wordt een expertteam dat bestaat uit vooraanstaande professionals samengesteld. Daarna volgt de officiële start fase en wordt de eerste werkconferentie georganiseerd. Tijdens deze conferenties komen alle deelnemende teams bij elkaar. Het belangrijkste doel is om kennis en ervaring uit te wisselen. Verder doen de teams ervaring op met het meten van de resultaten. In de periodes tussen de tweede en derde werkconferenties werken de deelnemers in hun eigen organisatie volgens de Plan-Do-Study-Act verbetercyclus aan het realiseren van de doelstellingen. Een doorbraakproject wordt afgesloten met een landelijke conferentie waarin alle deelnemers de bereikte resultaten aan elkaar presenteren. Tijdens dit hele proces krijgen de interne verbetersteams begeleiding van Zorg voor Beter, Vilans. Het project wordt afgesloten en de verbetersteams zijn zelf verantwoordelijk voor de verdere borging binnen hun organisatie en het implementeren op andere afdelingen. In schema ziet de opbouw van een project er als volgt uit:



Bron: CBO 2005

De doorbraakmethode is een implementatiemethode waarbij zorginstellingen van een externe organisatie begeleiding krijgen bij het implementeren van best practices en wetenschappelijke inzichten. Onder begeleiding van een medewerker van Vilans stelt ieder intern verbeterteam zijn eigen SMART geformuleerde specifieke doelstellingen op basis van de bevindingen van de expertgroep en de eigen situatie vast (van Splunteren et al 2003).

§2.2 Kwaliteit van zorg

De verbetertrajecten van Zorg voor Beter hebben, zoals gezegd, als doel de kwaliteit van zorg te verhogen. Daarbij staat de cliënt centraal. Wanneer men spreekt over de kwaliteit in de gezondheidszorg vormt de definitie van Donabedian (1980) een belangrijk uitgangspunt. Hij definieert kwaliteit van zorg als: "(...) its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society". De definitie geeft aan dat een individu een waardeoordeel toekent en dat personen dus van mening kunnen verschillen als het om de kwaliteit van zorg gaat (Harteloh & Casparie 2001:18). Volgens Donabedian (1980) en Harteloh en Casparie (2001) kunnen mensen vanuit drie verschillende perspectieven naar kwaliteit van zorg kijken:

- Het professionele of technische perspectief;
- Het geïndividualiseerde perspectief;
- Het sociale perspectief.

Onder het professionele perspectief wordt het perspectief van de medewerker als zorgverlener verstaan (Harteloh & Casparie 2001:20). De medewerker heeft een opleiding gevolgd en ervaring opgedaan en zal met deze achtergrond de kwaliteit van de zorgverlening vooral vanuit de vakinhoud definiëren. Het perspectief wordt gevormd vanuit evidence en practice based knowledge.

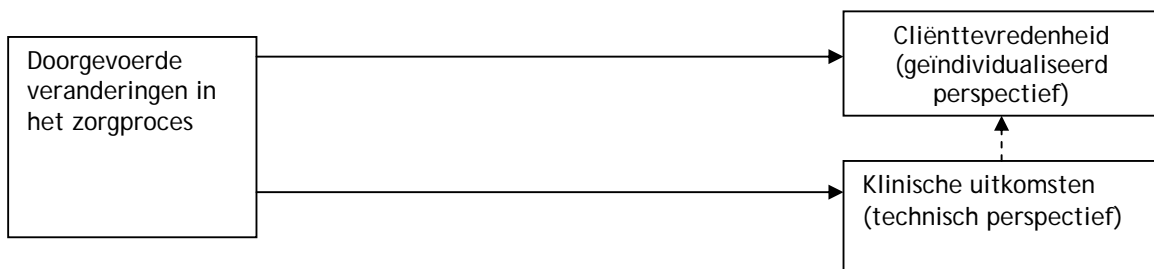
Bij het geïndividualiseerde perspectief gaat het om het perspectief van de cliënt (Harteloh & Casparie 2001:21). Maatgevend voor de kwaliteit van de dienstverlening is volgens

Parasuraman et al. (1985) het verschil dat de cliënt waarneemt tussen de verwachtingen over de kwaliteit van zorg en de feitelijk ervaren zorg.

Het laatste perspectief is het sociale perspectief waarin het belang van cliënten als groep centraal staat. Hierbij dient men binnen de gezondheidszorg zodanig te handelen dat het grootste nut, voor het grootste aantal personen gerealiseerd kan worden, zodat een rechtvaardige verdeling van de zorg plaatsvindt en de zorg voor een ieder toegankelijk is (Harteloh & Casparie 2001:21).

Pas de laatste jaren wordt erkend dat de mening van de cliënt een belangrijke toets is voor de kwaliteit van zorg. Harteloh en Casparie (2001) geven aan, dat waardering beschouwd kan worden als een uitkomstmaat van kwalitatief goede zorgverlening (Bostan et al. 2006:2, Bowers et al. 1994:49 en Heskett et al. 1997:36). De waardering is dan een van de indicatoren waarmee het algehele succes (performance) van een organisatie aangetoond kan worden. Opgemerkt moet worden dat het inmiddels niet meer gaat om cliënttevredenheid (Harteloh en Casparie 2001), maar steeds meer om cliëntervaringen (Pols 2005).

Met het verbetertraject Decubitus heeft men voor ogen de geleverde kwaliteit van zorg met betrekking tot preventie en behandeling van decubitus te verbeteren. Om de uitkomsten van de uitgevoerde veranderingen te onderzoeken is het van belang niet alleen vanuit een professioneel of technisch perspectief te kijken naar de veranderingen in kwaliteit van zorg door middel van prevalentie en incidentiëmetingen, maar ook vanuit het perspectief van cliënten. De gevolgen van veranderingen die men heeft doorgevoerd in het zorgproces om de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren kunnen op deze manier ook zichtbaar worden gemaakt. In onderstaand conceptueel model zijn bovengenoemde relaties weergegeven.



Figuur 1: conceptueel model

§ 2.3 Implementatie van veranderingen

Om een verklaring te geven waarom bepaalde deelnemende instellingen betere uitkomsten behalen dan andere instellingen, zal een verklaring gezocht worden in de mate van de implementatie van de interventies c.q. maatregelen in de deelnemende verbeterteams. Implementatie is in deze scriptie het centrale thema omdat verondersteld wordt dat naarmate er meer volgens de richtlijn of volgens goede voorbeelden wordt gewerkt er minder decubitus optreedt dan voorheen. Deze veronderstelling is echter niet onomstreden (Gezondheidsraad 2000).

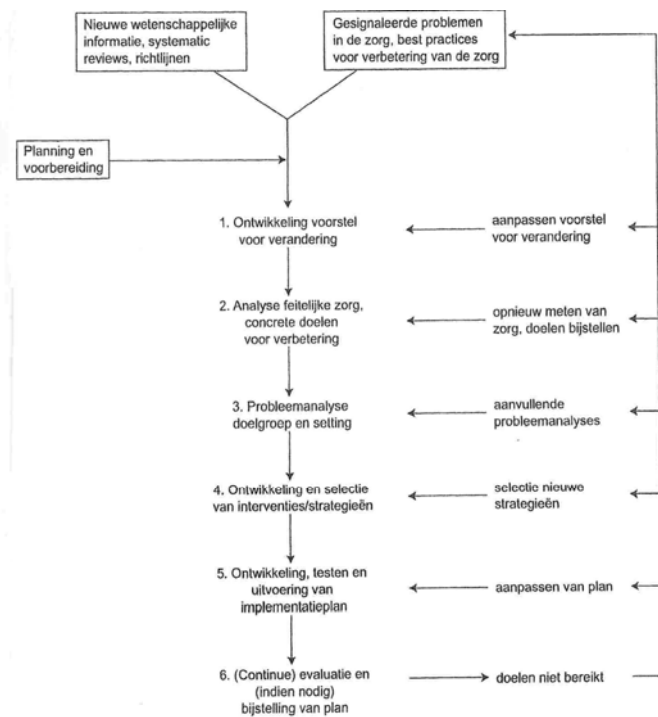
Met implementatie wordt bedoeld: *een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg* (ZON definitie, Hulscher et al. 2000). Het uitgangspunt bij deze definitie is dat de veranderingen in de gezondheidszorg consequenties moeten (kunnen) hebben voor individuele patiënten, zorgverleners of de organisatie van de patiëntenzorg.

Er zijn twee benaderingen te onderscheiden: het rationele model en het participatiemodel (Van Woerkom & Adolfse 1998). Allereerst kan er (nieuwe wetenschappelijke) informatie beschikbaar zijn die erop wijst dat de zorg voor patiënten effectiever of kosteneffectiever kan worden verleend (rationele model). Daarnaast kan er echter ook de bottom-up signalering van onvrede met een bepaalde wijze van werken binnen de werksetting zijn. Dit kan ook betekenen dat er op de werkvloer ideeën of ervaringen zijn hoe de patiëntenzorg beter of efficiënter kan (participatiemodel). Grol & Wensing (2006:72) pleiten ervoor deze beide methoden naast elkaar te gebruiken om tot een effectieve implementatie met een optimaal resultaat te komen.

Bij het participatiemodel is er eigenlijk niet meer echt sprake van implementatie volgens de genoemde definitie van Hulscher. Dit komt omdat het daar minder gaat om een planmatige aanpak, maar meer om een incrementeel proces. Veranderingen krijgen namelijk vorm als een incrementeel proces (Emans en Bouwmeester 1997). De aanpak wordt bijvoorbeeld afgestemd op het verloop van veranderingen. Ook wordt er gezorgd voor afstemming op dagelijkse werkzaamheden. Tussentijds wordt er geëvalueerd en op basis van de resultaten kunnen vervolgens de aanpak en de doelen worden bijgesteld. De noodzaak tot verbeteren kan blijken uit de vergelijking van de doelstellingen met prestaties. Door te blijven leren van feitelijke resultaten en kritisch de prestatie te blijven analyseren, kan de totale prestatie van de organisatie steeds worden verbeterd. Dit is een incrementeel proces dat uiteindelijk leidt tot leerprocessen. Er wordt dus stapsgewijs vooruitgang geboekt. De motor achter dit hele proces is het structureel toepassen van het Plan-Do-Check-Act cyclus. Het uitgangspunt van het Zorg voor Beter model, en in de beschrijving van het proces dat hierna beschreven wordt, is vooral rationeel, er wordt namelijk een nieuw wetenschappelijk protocol geïmplementeerd. De wijze waarop dit wordt gedaan is zowel rationeel als incrementeel. Er wordt namelijk gewerkt aan de hand

van de Plan-Do-Check-Act cyclus. De werkwijze van het proces wordt hieronder verder uitgewerkt.

Het weergegeven model van Grol en Wensing bestaat uit een aantal stappen die doorlopen worden om tot effectieve implementatie te komen.



Figuur 2: Implementatie van veranderingen: een model (Grol & Wensing 2006:71)

De eerste stap bestaat uit het ontwikkelen en vaststellen van een goed onderbouwde en toepasbare richtlijn of de vertaling van een gesignaleerd probleem in de zorg in een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk (Grol & Wensing 2006: 72). Zoals hiervoor beschreven is er reeds veel evidence-based kennis wat betreft de preventie en behandeling van decubitus. Op basis van wetenschappelijk inzichten zijn richtlijnen omtrent decubitus ontwikkeld voor de verschillende sectoren (CBO richtlijn decubitus 2002). In het verbetertraject van Zorg voor Beter vertrekt men vanuit deze wetenschappelijke inzichten en richtlijnen en biedt men verbeterteams een pakket aan van verschillende verbeteracties. In het model wordt deze fase de ontwikkeling van een richtlijn of voorstel voor verbetering van de zorg genoemd.

De volgende stap bestaat uit het analyseren van de context waarbinnen de verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, van bevorderende en belemmerende factoren en van aspecten van het handelen waar afwijking van de voorgestelde verandering het grootst is (Grol & Wensing 2006: 73). In het verbetertraject decubitus gaan verbeterteams bij het begin van het traject eerst bezig met een inhoudelijke oriëntatie om in kaart te brengen waar de sterke en zwakke punten op de

pilotafdeling zitten. Hierbij wordt een knelpunteninventarisatie gehouden bij de cliënten, mantelzorgers, zorgverleners en het management. In het model wordt deze fase van ontwikkeling de analyse van doelgroep genoemd (stap 2 en 3 uit figuur 2 worden samengenomen).

De resultaten van de analyse van de doelgroep neemt men mee in de volgende stap waarin men een plan van aanpak met een gedetailleerd actieplan opstelt. Dit actieplan omvat een set van strategieën, maatregelen en methoden ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep. Deze zijn gericht op de bevorderende en belemmerende factoren op de diverse onderscheiden niveaus. In het model wordt deze vierde fase ontwikkeling of selectie van strategieën genoemd. Deze eerste vier stappen vallen onder de voorbereidingsfase (Grol & Wensing 2006, Ronda 2006).

Na het schrijven en opstellen van het plan van aanpak en actieplan gaat men over naar de uitvoering ervan (uitvoeringsfase). Standaard onderdeel van het actieplan dat door alle verbeterteams wordt uitgevoerd is het invoeren van risico-inventarisatie, het meten van proces- en uitkomstindicatoren op cliëntniveau met behulp van een voorgestructureerd registratieformulier, en het invullen van maandelijkse rapportages. Het format van de registratieformulieren en maandrapportages heeft Zorg voor Beter aangeleverd. Deze fase wordt in het model van Grol en Wensing 'ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan' genoemd (Grol & Wensing 2006:81).

Genoemde formulieren en rapportages worden gebruikt als onderdeel van de verbetercyclus (de Plan-Do-Study-Act cyclus) waarmee gewerkt wordt in het traject en bieden de mogelijkheid tot continue evaluatie en eventuele bijstellingen van de aanpak. Deze stap wordt de 'evaluatie en (eventueel) bijstelling' genoemd. Hier wordt gekeken of de beoogde doelen zijn gehaald. Evaluatie is geen eindstap in een implementatieproject. In de beste situatie stelt men continu vast of men op het goede spoor zit. Op basis van bevindingen wordt dan de aanpak bijgesteld (Grol & Wensing 2006:83).

Aan de hand van bovengenoemde stappen zal in het kader van deze scriptie een proces- en effectevaluatie worden uitgevoerd. Als onderdeel van de procesevaluatie zal voor de verbeterteams in kaart gebracht worden hoe de verschillende stappen van de voorbereidingsfase zijn verlopen. Als evaluatie van de uitvoeringsfase wordt gekeken naar welke maatregelen en verbeteracties daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Als onderdeel van de effectevaluatie zullen de resultaten van de voor- en nameting van proces- en uitkomstindicatoren onderzocht worden.

Hoofdstuk 3

Methoden en plan van aanpak

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de gegevens zijn verzameld om te komen tot een antwoord op de probleemstelling en deelvragen. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verantwoording van gemaakte keuzes omtrent validiteit en betrouwbaarheid.

Eerst wordt een beschrijving van de steekproef gegeven. Vervolgens wordt achtereenvolgens van de verschillende stappen uit het model van Grol & Wensing (2006) weergegeven op welke wijze de gegevens zijn verzameld en wordt er verantwoording gegeven omtrent validiteit en betrouwbaarheid.

Beschrijving van steekproef

De steekproef van dit onderzoek bestaat uit de verbeterteams die hebben meegedaan aan de eerste en tweede ronde van het decubitus traject. In de eerste ronde hebben 3 verzorgings- en verpleeghuizen, 3 thuiszorginstellingen en 3 gehandicaptenzorginstellingen meegedaan. Bij twee van de instellingen uit de eerste ronde hebben er twee pilotafdelingen per instelling meegedaan. In de tweede ronde hebben 9 verzorgings- en verpleeghuizen meegedaan. Dit komt totaal neer op 20 verbeterteams. Binnen deze verbeterteams deden in totaal 624 cliënten mee aan het project Zorg voor Beter.

Er is gebruik gemaakt van kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoeksmethoden en van verschillende informatiebronnen. Deze zullen verder toegelicht worden onder elk hieronder beschreven fase.

Evaluatie van de voorbereidingsfase

De evaluatie van de voorbereidingsfase wordt aan de hand van de eerste 4 stappen uit het model van Grol en Wensing (2006), dat in hoofdstuk 2 is beschreven, weergegeven. Bij de eerste stap 'ontwikkeling van richtlijn, protocol of voorstel voor verbetering van de zorg' wordt er een inventarisatie gemaakt van de richtlijnen die er voor de verschillende sectoren zijn en welke hulpmiddelen hieruit ontwikkeld zijn.

Bij stap 2 'ontwikkeling van strategieën en maatregelen om de praktijk te veranderen' en stap 3 'analyse van doelgroep en setting' wordt er een documentenanalyse uitgevoerd van de plannen van aanpak van de verbeterteams van ronde 2. Het GHIP heeft van de verbeterteams van ronde 1 een overzicht gemaakt van de plannen van aanpak. Dit overzicht wordt aanvullend gebruikt. Vanuit deze documenten wordt geïnventariseerd in hoeverre de teams uitspraken doen over de kenmerken van de setting en doelgroep van hun pilotafdeling(en) en welke verbeteracties zij, met deze informatie in het achterhoofd, plannen.

Bij stap 4 'ontwikkeling of selectie van strategieën' neemt men de resultaten van de analyse van de doelgroep mee. In deze stap wordt een plan van aanpak met een

gedetailleerd actieplan opstelt. De maatregelen die opgesteld zijn worden uit de actieplannen van de instellingen gehaald (documentenanalyse).

Evaluatie van de uitvoeringsfase

De evaluatie van de uitvoeringsfase wordt aan de hand van stap 5, 'ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan', van het model van Grol en Wensing beschreven. Om inzicht te krijgen in de mate waarin bepaalde verbeteracties en maatregelen zijn uitgevoerd worden verschillende databronnen gebruikt zodat een 'triangulatie' van bronnen ontstaat (Segers en Hutjes 1999:351). Enerzijds worden hiervoor de registratieformulieren (bijlage 1) gebruikt uit het bestand van het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV). Dit is een bestand waarin informatie is opgenomen over welke en over de frequentie waarmee preventieve maatregelen zijn genomen. Anderzijds zal hiervoor informatie uit een vragenlijstonderzoek onder de projectleiders gehaald worden. Alle projectleiders hebben na afloop van het verbetertraject een schriftelijke vragenlijst ontvangen (bijlage 2) waarin zij onder andere moesten aangeven welke activiteiten en maatregelen zij hebben uitgevoerd. Hierbij konden zij aangeven of ze dit wel of niet gedaan hebben, en of zij dit sinds Zorg voor Beter beter zijn gaan doen.

Effectevaluatie

De effectevaluatie zal aan de hand van de zesde stap, '(continue) evaluatie en (waar nodig) bijstelling van plan', gedaan worden. Om in kaart te brengen of de genomen maatregelen ook effectief zijn geweest voor de klinische resultaten zullen de gegevens die verzameld zijn met de registratieformulieren geanalyseerd worden. Het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) heeft voor dit verbetertraject deze registratieformulieren ontwikkeld. Verbeter teams hebben bij aanvang van het project, halverwege en aan het eind van het project over een periode van vier weken, drie keer in de week, bij een (variërend) aantal geselecteerde cliënten van de pilotafdeling deze registraties uitgevoerd. Voor de effectevaluatie worden de geaggregeerde gegevens op teamniveau van de voor- en nameting gebruikt. Daar waar voor een goede interpretatie van de gegevens aanvullende informatie nodig is, wordt ook nog de tussenmeting gebruikt.

Naast het meten van het effect van de genomen maatregelen op de klinische resultaten is er ook gekeken naar het effect op de cliënttevredenheid. Dit effect is gemeten aan de hand van een aantal open interviews met cliënten.

De genoemde effectmaten zijn als volgt gemeten en geanalyseerd:

Klinische uitkomsten

Bij het meten van de klinische uitkomsten werd gekeken in hoeverre de doelstellingen van het verbetertraject Decubitus gehaald zijn. Het doel van het verbetertraject is: daling van de prevalentiecijfers van decubitus en van de incidentiecijfers bij de deelnemers aan de projecten van 50%.

De klinische uitkomsten van de verbetertrajecten konden uit de databank van het LEVV gehaald worden. Om de klinische uitkomsten te kunnen meten, werden de volgende gegevens per cliënt verzameld:

- Is er bij de cliënt decubitus ontstaan?
- Zo ja, welke graad (1 tot en met 4) kan er worden vastgesteld bij de verschillende lichaamsdelen?
- Zo nee, is er een risico dat er bij de cliënt decubitus zal ontstaan?

Deze gegevens werden elke week door de teamleider van het verbetertraject bijgehouden.

Decubitus komt voor in de graden 1 tot en met 4. De gegevens in de databank van het LEVV beschikken echter veelal alleen informatie over de graden 2 tot en met 4. Dit komt omdat gebleken is dat graad 1 van decubitus erg moeilijk te onderscheiden is van bijvoorbeeld smetten of incontinentieletsel. Dit punt komt ook naar voren in de landelijke meting (LPZ). Daar is discussie ontstaan over het wel of niet opnemen van graad 1 bij deze meting. Wetenschappelijk gezien is het handiger om graad 1 uit te sluiten bij dit soort onderzoek.

Voor het verwerken van de klinische resultaten uit het LEVV bestand is SPSS gebruikt. Allereerst zijn de gegevens in de lijsten ingevoerd. Vervolgens zijn er een aantal toetsen uitgevoerd. Om te bepalen welke toetsen er moesten worden gebruikt, waren er een aantal dingen van belang. Allereerst is het meetniveau van de vragen belangrijk. Daarnaast ook of er sprake is van twee of meerdere groepen.

In het geval van de klinische resultaten is er sprake van een ratio meetniveau. Om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen de genomen maatregelen en de klinische uitkomsten c.q. cliënttevredenheid is er gebruik gemaakt van een correlatieanalyse. Om een eventueel causaal verband aan te tonen tussen de genomen maatregelen en de klinische uitkomsten c.q. cliënttevredenheid is er gebruik gemaakt van de regressieanalyse.

Cliënttevredenheid

Aanvullend op deze kwantitatieve effectresultaten zijn bij 4 zorginstellingen 24 cliënten geïnterviewd over hun ervaringen met de geleverde zorg. De cliënten die zijn geïnterviewd maakten, op 4 cliënten van een 'controleafdeling' na, deel uit van de deelnemende pilotafdelingen van het Zorg voor Beter project. De andere 4 cliënten zijn geïnterviewd om een vergelijking te kunnen maken tussen tevredenheid van de cliënten in deelnemende afdelingen en de 'controleafdeling'.

Het doel van deze interviews was om een uitspraak te kunnen doen over de tevredenheid van de patiënt met de geleverde zorg. De cliënten zijn open vragen gesteld. De vragen waren vooral gericht op informatievoorziening, autonomie en vakkundigheid. Er werd echter ook gevraagd of de bewoners bekend waren met het Zorg voor Beter project. Verder werd er aan de bewoners gevraagd welke maatregelen er door de verpleegkundigen werden genomen ter voorkoming c.q. verergering van decubitus. Aan de hand van deze

interviews stond zo ook een aardig beeld van de genomen maatregelen in de instellingen, hoewel het slechts vier instellingen betrof. De vragen die aan de cliënten zijn gesteld (bijlage 3), zijn gebaseerd op een aantal bestaande vragenlijsten over cliënttevredenheid (NIVEL 2006, Zorg voor Beter 2006).

Om de cliënttevredenheid te meten, is voorafgaand aan de interviews een topiclijst gemaakt, waarbij de topics ingingen op de genoemde activiteiten die het team geacht werd te hebben verricht bij de implementatie van het verbetertraject. Deze topiclijst was een leidraad bij het opstellen van de interviewvragen.

De interviews zijn tijdens de gesprekken samengevat en opgeschreven om vervolgens te worden uitgetypt, waarna ze werden gecodeerd (Cresswell 2003). Dit werd gedaan door de teksten van de interviews te onderstrepen aan de hand van de topics, zodat bij de verwerking van de gegevens de relevante citaten eenvoudig waren terug te vinden.

Validiteit en betrouwbaarheid

Voor de uitkomsten van de mate waarin de maatregelen zijn genomen, is gebruik gemaakt van het LEVV bestand waarin alle 20 deelnemende instellingen zijn opgenomen. Ook is hier nog gebruik gemaakt van de projectplannen, een vragenlijstonderzoek onder de projectleiders, en een aantal open interviews met cliënten. Voor de uitkomsten van de correlatie c.q. het effect van de genomen maatregelen op de klinische uitkomsten is ook gebruik gemaakt van het LEVV bestand waarin alle 20 deelnemende instellingen zijn opgenomen. Te stellen dat de externe validiteit, namelijk dat de uitkomsten naar de hele populatie gegeneraliseerd kunnen worden, gaat echter te ver. Daarvoor is het aantal deelnemende instellingen te klein.

Voor de uitkomsten van de correlatie c.q. het effect van de genomen maatregelen op de cliënttevredenheid is bij 4 van de 20 pilotafdelingen, oftewel 20%, onderzoek gedaan. Verder is er nog bij een controleafdeling geïnterviewd. Het hangt af van de verwachte variatie tussen de instellingen of de uitkomsten gegeneraliseerd mogen worden naar buiten. De interne validiteit werd bij alle uitkomsten geprobeerd te waarborgen door middel van het gebruik van *bronnentriangulatie* (Segers en Hutjes 1999:351): er hebben zowel documentenanalyse als interviews plaatsgevonden. Dit is echter geen garantie.

De betrouwbaarheid is geprobeerd te waarborgen door de zorgvuldige omgang met en verwerking van de data. Daarbij moet opgemerkt worden dat data altijd zelfrapportages zijn waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek afhankelijk is van de mate waarin het opstellen van de data op een goede wijze is gebeurd (Mittman 2004).

Hoofdstuk 4

Resultaten

§ 4.1 Voorbereidingsfase (stap 1 tot en met 3)

Stap 1. Ontwikkeling van richtlijn, protocol of voorstel voor verbetering van de zorg

In deze stap wordt een inventarisatie gemaakt van de richtlijnen die er voor de verschillende sectoren zijn en welke hulpmiddelen hieruit ontwikkeld zijn.

De literatuurstudie over richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus (Gezondheidsraad 1999, Chel et al. 1999, KITZ 2000, Defloor et al. 2001, CVZ 2002, IGZ 2000, NVVA 2003, CBO 2002) heeft geresulteerd in een protocol voor de preventie en behandeling van decubitus in de verschillende sectoren. In de literatuur bestaat geen overeenstemming over de behandeling van decubitus. De behandeladviezen die zijn opgesteld zijn vooral gebaseerd op ervaringen en implementatie van onderzoeksgegevens bij vergelijkbare aandoeningen. Voor gebruik in de dagelijkse praktijk werd een handzaam decubitusbehandelschema gemaakt.

Kernhandelingen voor preventie van decubitus zijn onder ander:

- Informeren van de cliënt
- Gebruik van risicoscorelijsten
- Wisselligging en -houding
- Vrijleggen van de hielen
- Aandacht voor de onderlaag
- Dekenboog
- Incontinentiemateriaal

Verder worden er een aantal niet zinvolle maatregelen genoemd die vroeger wel veel genomen werden, maar waarvan nu uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat deze niet effectief zijn, en soms zelfs schadelijk:

- Inpakken van de hielen met vette watten en zwachtels
- IJzen en föhnen
- Massage
- Windring
- Schapenvacht
- Katheter bij incontinentie

De zinvolle kernhandelingen bij de behandeling van decubituswonden, waarvan de effectiviteit gebleken is, zijn:

- Intensivering van genoemde preventieve maatregelen
- Nadrukkelijke aandacht voor drukontlasting en wisselhouding
- Verbandmiddelen c.q. zinkolie
- Indien nodig verwijdering van necrotisch weefsel en indien nodig transplantatie van een huid- spierlap.

In het verbetertraject van Zorg voor Beter vertrekt men vanuit deze wetenschappelijke inzichten en richtlijnen en biedt men verbeterteams een pakket aan van verschillende verbeteracties.

Stap 2. Analyse setting en doelgroep

In deze stap wordt er een documentenanalyse gedaan van de plannen van aanpak van de verbeterteams van ronde 2. Het GHIP heeft van de verbeterteams van ronde 1 een overzicht gemaakt van de plannen van aanpak. Dit overzicht wordt aanvullend gebruikt. Vanuit deze documenten wordt geïnventariseerd welke knelpunten er zijn in de instellingen met betrekking tot het implementeren van de maatregelen. De knelpunten bleken op verschillende niveaus te liggen: bij de cliënt en mantelzorger, bij zorgverleners en bij het management. De gevonden knelpunten zullen per niveau weergegeven worden.

Cliënt en mantelzorger

Met betrekking tot de knelpunten beschouwen alle plannen van aanpak de rol van de cliënt. Er wordt door 70% van de onderzochte instellingen vastgesteld dat de cliënt niet (genoeg) geïnformeerd wordt over het ontstaan van decubitus. Daarnaast wordt geconcludeerd dat de cliënt niet genoeg wordt betrokken en gestimuleerd om zelf maatregelen te nemen om decubitus te voorkomen. Ook de mantelzorgers worden volgens een groot deel van de instellingen niet genoeg betrokken bij het voorkomen van decubitus. Het voorlichtingsmateriaal voor de cliënt c.q. mantelzorgers, dat door Zorg voor Beter ontwikkeld is, wordt in bijna geen van de instellingen met de cliënt besproken.

Zorgverlener

Alle onderzochte instellingen gaven aan dat de zorgverleners onvoldoende kennis over preventie en behandeling decubitus hebben. Dit komt vooral doordat ze hier niet voldoende voor geschoold zijn. Daarnaast geven een aantal instellingen aan dat de zorgverleners, ondanks de kennis die zij hebben, niet gestructureerd handelen. Het hanteren van de registratieformulieren blijft soms achterwege. Verder wordt in een aantal instellingen het probleem rond decubitus te weinig onderkend. Dit zorgt er onder andere ook voor dat er in een aantal instellingen geen registratie wordt gemaakt van het risico op het ontstaan van decubitus.

Management

Een aantal instellingen geeft aan dat er geen of een verouderd decubitusprotocol in de instelling aanwezig is. Dit zorgt ervoor dat veel zorgverleners niet weten hoe zij professioneel en volgens de laatste inzichten moeten handelen. Verder is er in een aantal instellingen geen adequaat overzicht van de beschikbare decubitus materialen. In sommige instellingen is daardoor en door beperkte financiële middelen het decubitus materiaal erg beperkt.

Stap 3 ontwikkeling of selectie van strategieën

Bij deze stap worden de resultaten van de analyse van de doelgroep meegenomen om vervolgens een plan van aanpak met een gedetailleerd actieplan op te stellen. De maatregelen die opgesteld zijn worden uit de actieplannen van de instellingen gehaald. De bevindingen worden net als bij de voorgaande stap per niveau beschreven.

Cliënt en mantelzorger

Het gebrek aan kennis en vaardigheden van de cliënt en mantelzorger kan door goede voorlichting en instructie van de zorgverleners worden opgelost. Voor het voorlichten van cliënten wordt gebruik gemaakt van een folder die door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW - de voorganger van Vilans) is gemaakt. De folder *Doorliggen, wat kan ik doen?* is gemaakt voor patiënten, bewoners en cliënten. De projectgroepleden van het verbetertraject controleren of de cliënt de folder heeft gehad en gelezen, om te voorkomen dat de folder ergens onderin een lade belandt. Er staan hele praktische dingen in, over hoe doorliggen ontstaat en hoe het voorkomen kan worden. Dit wordt vanuit het cliëntperspectief beschreven. De cliënt wordt geïnformeerd wat hij of zij zelf kan doen om decubitus te voorkomen. Bijna alle instellingen zijn van plan de cliënten te informeren over het ontstaan en het voorkomen van decubitus. Daarnaast wordt er bij verschillende instellingen voorgenomen om de cliënt ook te stimuleren om zelf maatregelen te nemen ter voorkoming van decubitus. Maatregelen die de cliënt zelf kan nemen zijn bijvoorbeeld: regelmatig bewegen, vaak van houding veranderen (of aan de zorgverleners vragen te wisselen van ligging), zelf alert zijn op rode plekken en dit aangeven, het bed en de stoel goed schoon houden en gezond eten en genoeg drinken.

Zorgverleners

Voor het wegwerken van het tekort aan kennis over decubitus zijn alle deelnemende instellingen voornemens de zorgverleners te laten scholen. De scholing is erop gericht de zorgverleners kennis van het nieuwste decubitusprotocol bij te brengen. Daarnaast zijn alle deelnemende instellingen van plan hun medewerkers een informatiefolder te geven over het belang van decubitus. Hier wordt getracht de onderkenning van het probleem rond decubitus weg te nemen. Voor de ondersteuning van de zorg in de dagelijkse praktijk is er door Vilans een handzaam schema met de kernhandelingen uit het decubitusprotocol ontwikkeld.

Ook zijn alle instellingen voornemens de verleende zorg te registreren. Door de zorgverleners dient bij alle cliënten die nieuw in de zorg komen een gestandaardiseerd registratieformulier te worden ingevuld. Op het formulier kunnen de uitgevoerde handelingen met betrekking tot de preventie en behandeling van decubitus aangekruist worden. Het formulier is gebaseerd op het protocol voor preventie en behandeling en kernhandelingen staan erop aangegeven. De gegevens van alle cliënten in de zorg dienen dan te worden verwerkt in een Excel werkblad waarmee kwaliteitsindicatoren

berekend worden. Hierdoor ontstaat inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en wordt sturing mogelijk.

Alle instellingen zijn van plan om een risico-inventarisatie te doen en om preventieve maatregelen te nemen. Voor de risico-inventarisatie zijn twee indicatoren van belang: het percentage cliënten waarbij een structurele risico-inventarisatie wordt uitgevoerd (procesindicator) en het percentage cliënten waarbij zich, ondanks de gestructureerde wijze van risico-inventarisatie, toch decubitus ontwikkeld (uitkomstindicator). Voor de preventie zijn eveneens twee indicatoren van belang: het percentage cliënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen worden ondernomen (procesindicator) en het percentage cliënten dat ondanks de op de gestructureerde risico-inventarisatie geënte preventieve maatregelen, toch decubitus ontwikkeld (uitkomstenindicator). Om een indicatie te krijgen of de preventieve maatregelen effect hebben gehad, zijn alle deelnemende instellingen van plan een voor-, tussen- en nameting te verrichten. De resultaten worden teruggekoppeld naar de zorgverleners binnen de eigen instelling zodat de uitkomsten geëvalueerd kunnen worden. Voor deze metingen wordt gebruik gemaakt van de meetformulieren die door Zorg voor Beter zijn aangeleverd. Er zal wekelijks een goede observatie door alle zorgverleners moeten plaatsvinden om de formulieren volledig in te kunnen vullen.

De specifieke preventieve maatregelen die door de zorgverleners genomen moeten worden, worden door Zorg voor Beter als volgt samengevat:

- *Voorlichting*: wanneer zorgvrager en mantelzorger op de hoogte zijn van het gevaar van decubitus en weten wat ze moeten doen, kunnen zij zelf maatregelen treffen om decubitus te voorkomen.
- *Wisselgigging en houding*: als de duur en de intensiteit van druk-, schuif- en wrijfkrachten verminderen, neemt ook het risico op decubitus af.
- *Vrijleggen van de hielen*: het gebruik van kussens onder de onderbenen is een doeltreffende methode om hieldecubitus te voorkomen. De hielen komen daardoor los van het bed.
- *Inspectie van de huid*: tijdens de verzorging kan de zorgverlener informatie inwinnen over de toestand van de huid door deze te bekijken en te bevoelen. Daarna kan zij eventueel actie ondernemen.
- *Aandacht voor de lakens*: druk-, schuif- en/of wrijfkrachten kunnen ook optreden door plooivorming in de lakens, doordat de zorgvrager zich in bed verplaatst of door te strakke lakens.
- *Bescherming tegen inwerkingvocht*: door het nat worden van de lakens ontstaan grotere wrijf- en schuifkrachten. Natte lakens moeten daarom tijdig worden verschoond.

Management

Het management van vrijwel alle instellingen is voornemens een decubitusprotocol te ontwikkelen dan wel te vernieuwen. Dit protocol zal dan organisatiebreed ingevoerd worden. Het management zal er voor zorg dragen dat het protocol door de zorgverleners gelezen en gebruikt wordt. Verder

zal het management van een aantal instellingen zorg dragen voor de aanwezigheid van voldoende decubitusmateriaal. Het management zal inzicht proberen te werven in de levering van de benodigde materialen. Ten slotte is het management van de instellingen van plan om het belang en de relevantie van decubitus onder de aandacht te blijven stellen. Dit kunnen zij doen door telkens een paragraaf over decubitus in het kwaliteitsjaarverslag op te nemen.

In de volgende tabel wordt een overzicht van het totale implementatieplan gegeven. De in stap 3 geselecteerde en ontwikkelde maatregelen én de knelpunten, genoemd in stap 2, waarop ze zich richten worden weergegeven.

Tabel 1. Overzicht implementatieplan

Niveau	Knelpunten	Geplande maatregelen
<i>Clïënt & Mantelzorgers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan kennis • Gebrek aan vaardigheden • Niet gestimuleerd tot preventie 	<ul style="list-style-type: none"> • Folder met informatie en tips • Voorlichting en instructie door zorgverlener
<i>Zorgverleners</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan kennis • Alertheid op decubitus onvoldoende • Gebrek aan preventieve maatregelen • Probleem rond decubitus onderkend 	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing medewerker • Invoeren van een registratiesysteem • Nemen van preventieve maatregelen • Feedback van de resultaten uit de metingen
<i>Management</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oud of geen decubitusprotocol beschikbaar • Onvoldoende beschikbare materialen • Te weinig bewustmaking van de organisatie over de relevantie decubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen en verspreiden preventie- en behandelprotocol • Overzicht en aanleveren van voldoende materialen • Decubitusparagraaf in het kwaliteitjaarverslag

Verbeterdoelstellingen

De geplande maatregelen die hiervoor zijn beschreven dienen bij de deelnemende instellingen binnen een jaar te leiden tot de volgende concrete doelstellingen:

- Op de pilotafdelingen van de deelnemende instellingen wordt een daling van prevalentiecijfer van decubitus en incidentiecijfer bij de deelnemers aan de projecten met 50 % gerealiseerd
- Alle verzorgers zijn bewust gemaakt van de risico's op decubitus en kennen de basisprincipes voor het voorkomen van decubitus
- Alle medewerkers van de pilotafdelingen zijn geschoold volgens het nieuwe decubitusprotocol
- Alle medewerkers van de pilotafdelingen hebben na de scholing een informatiefolder met preventieve maatregelen met betrekking tot decubituszorg en wondzorg protocol
- 75% van alle medewerkers op de pilotafdelingen zijn op de hoogte van het decubitus protocol en handelen ernaar
- Alle bewoners en mantelzorgers krijgen (zo nodig) een informatiefolder aangereikt door de verzorgers die inzicht geeft in het ontstaan en voorkomen van decubitus

§ 4.2: stap 4 uitvoeringsfase

In deze stap wordt er gekeken in welke mate de geplande maatregelen zijn genomen. Dit gebeurt enerzijds door gebruik te maken van informatie uit een vragenlijstonderzoek onder de projectleiders gehaald worden. Anderzijds wordt er gebruik gemaakt van de registratieformulieren uit het bestand van het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV).

Analyse vragenlijstonderzoek onder de projectleiders

Alle projectleiders hebben na afloop van het verbetertraject een schriftelijke vragenlijst ontvangen waarin zij onder andere moesten aangeven welke activiteiten en maatregelen zij hebben uitgevoerd. Hierbij konden zij aangeven of ze dit gedaan hebben, of ze het al deden, of zij dit sinds Zorg voor Beter beter zijn gaan doen of dat zij het voor het eerst zijn gaan doen sinds Zorg voor Beter (ZvB). In tabel 3 'activiteiten uitgevoerd in het kader van het decubitus verbetertraject (ronde 1 en 2)' worden de uitkomsten van de vragenlijsten van zeven projectleiders samengevat. Dit omdat er op dit moment nog maar zeven vragenlijsten teruggekomen zijn. Op basis van deze informatie kan er gekeken worden in welke mate die zeven pilotafdelingen de geplande maatregelen, genoemd in tabel 1 'overzicht implementatieplan', genomen hebben. De opvallende resultaten hiervan worden in tabel 2 'mate van implementatie van de geplande maatregelen bij zeven pilotafdelingen' weergegeven.

Tabel 2. Mate van implementatie van de geplande maatregelen bij zeven pilotafdelingen

Niveau	Geplande maatregelen	Mate van implementatie
<i>Client & Mantelzorgers</i>	<ul style="list-style-type: none">• Folder met informatie en tips• Voorlichting en instructie door zorgverlener	<ul style="list-style-type: none">• 2 instellingen doen het beter en voor 3 is het nieuw• Geen informatie over
<i>Zorgverleners</i>	<ul style="list-style-type: none">• Scholing medewerker• Invoeren van een registratiesysteem• Nemen van preventieve maatregelen• Feedback van de resultaten uit de metingen	<ul style="list-style-type: none">• 4 instellingen deden het al en 2 doen het beter• 3 beter en 1 nieuw• 4 instellingen doen het beter en 3 deden het al• Geen informatie over
<i>Management</i>	<ul style="list-style-type: none">• Opstellen en verspreiden preventie- en behandelprotocol• Overzicht en aanleveren van voldoende materialen	<ul style="list-style-type: none">• 3 instellingen doen het beter en voor 1 instelling is het nieuw• 6 instellingen deden het al, 1 instelling doet het beter

Tabel 3. Activiteiten uitgevoerd in het kader van het decubitus verbetertraject (ronde 1 en 2)

Activiteiten voor decubitus...	doen we niet	deden we al	doen we sinds ZvB beter	nieuw sinds ZvB
Algemene maatregelen				
- werken aan de hand van een decubitusprotocol	0	3	3	1
- actualiseren van het decubitusprotocol (aanvullen of schrappen van niet-zinnige preventie maatregelen)	0	3	4	0
<i>Instructie en educatie</i>				
- klinische lessen over decubitus	1	4	2	0
- informatieverstrekking en instructie medewerkers omtrent meetinstrument	0	3	1	3
- verstrekken voorlichtingsfolder aan cliënt	1	1	2	3
<i>Specifieke activiteiten</i>				
- inzetten van speciale decubitus-verpleegkundige	3	1	1	2
- medewerkers aanmoedigen elkaar op functioneren aan te spreken	0	5	2	0
- risico-inventarisatie toepassen op iedere cliënt	1	2	3	1
- voorraadbeheer anti-decubitusmatrassen (voorraad op peil houden)	0	6	1	0
- wissellegging	0	3	4	0
- handelingen ter bescherming van de huid	0	3	4	0
- inzetten van fysiotherapie/ergotherapie	0	5	2	0
- structureel meten	1	2	2	2
- notitie van genomen maatregelen in zorgplan	0	3	3	1
Activiteiten voor medisch professionele kwaliteit...				
- interne visitatie	3	2	1	0
- spiegelgesprekken	5	1	0	0
- complicatieregistratie	2	3	1	0
- Melding Incidenten Cliënten (MIC)	5	1	1	0
Activiteiten voor cliëntenparticipatie...				
- elektronische cliëntenfeedback	6	0	0	0
- schriftelijke cliëntenfeedback	1	5	0	0
- spiegelgesprekken	5	1	0	0
- focusgroepen	6	0	0	0
- betrekken cliënten- en consumentenplatforms	2	3	0	0
- klanttevredenheidsmetingen	0	6	0	0
- klantbehoeftemetingen	1	4	0	0

Analyse registratieformulieren LEVV

De verbetersteams uit de instellingen die mee hebben gedaan aan het project Zorg voor Beter hebben allemaal een nul- en een nameting gedaan. Deze metingen zijn gedaan met een door het LEVV ontwikkeld meetinstrument. Op basis van deze gegevens kan er gekeken worden naar de aard van de maatregelen die de teams in de instellingen hebben genomen, zowel bij de nulmeting als bij de nameting. Er is een analyse gedaan over de eerste en de tweede groep instellingen die aan het project hebben meegedaan. De eerste groep zijn telkens de eerste elf instellingen in de tabellen. De tweede groep zijn telkens de laatste negen, dus instelling twaalf tot en met twintig, Hierna zal er achtereenvolgens naar de volgende resultaten gekeken worden: risico-inventarisatie, het aantal cliënten dat adequate maatregelen ontving, het aantal cliënten dat zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontving en het aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontving.

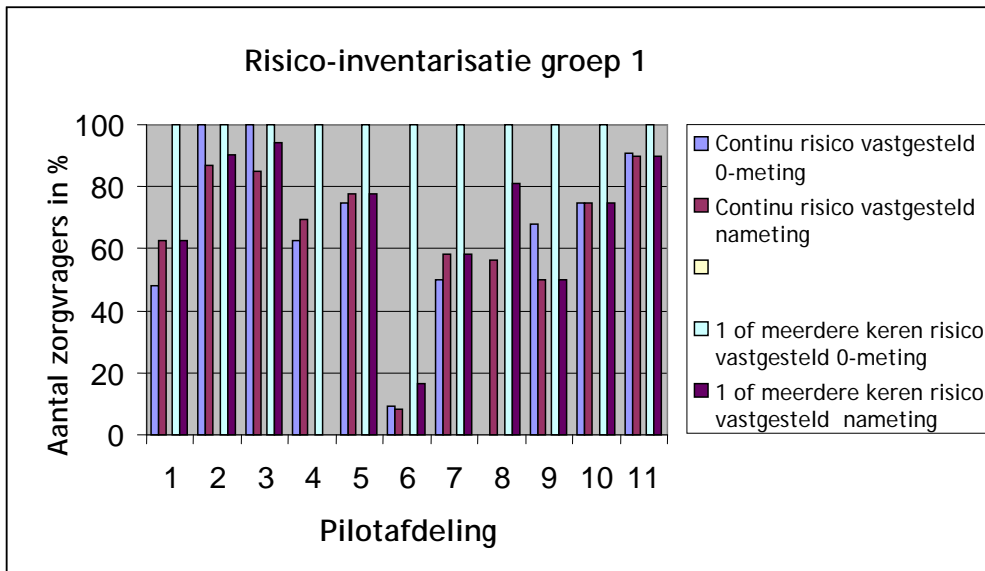
Risico-inventarisatie groep 1

In figuur 3 'risico-inventarisatie groep 1' wordt weergegeven in welke mate in de pilotafdelingen het risico op het ontstaan van decubitus bij de zorgvragers is vastgesteld. Er wordt alleen een weergave gegeven van groep 1 aangezien de gegevens van groep 2 niet beschikbaar zijn.

De grafiek laat zien dat alle pilotafdelingen bij de nulmeting 1 of meerdere keren het risico op het ontstaan van decubitus bij de cliënten meet. Binnen deze afdelingen wordt dit ook bij alle cliënten gedaan. Bij de nameting wordt dit nog door 90 % van de afdelingen gedaan, een daling van 10%. Binnen de afdelingen wordt bij gemiddeld 63 % van de cliënten 1 of meerdere keren het risico op het ontstaan van decubitus vastgesteld. We zien hier een behoorlijke absolute afname van 37 % in het aantal cliënten waarbij 1 of meerdere keren het risico op het ontstaan van decubitus is vastgesteld.

Figuur 1 laat verder zien dat 90 % van de afdelingen bij de nulmeting continu aan risico-inventarisatie doet. Bij de nameting wordt bij alle afdelingen continu het risico op decubitus bij cliënten genoteerd. Dit is een toename van 10 % in het continu vaststellen van het risico op decubitus bij de cliënten. Dit in vergelijking met de daling van 10 % in het 1 of meerdere keren vaststellen van het risico op decubitus bij cliënten.

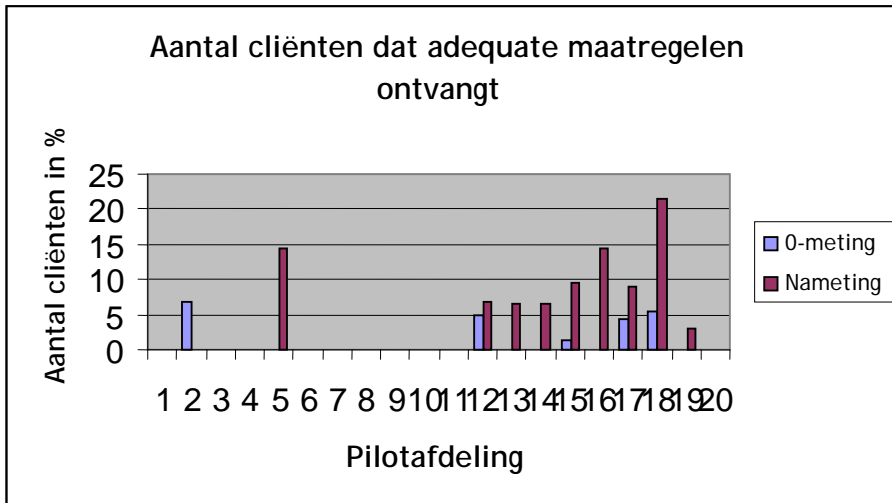
Binnen de afdelingen wordt bij de nulmeting gemiddeld bij 62 % van de cliënten continu vastgesteld wat het risico is op het ontstaan van decubitus. Binnen deze afdelingen wordt bij de nameting bij 65 % van de cliënten continu het risico op het ontstaan van decubitus vastgesteld. Aangezien de doelstellingen van de pilotafdelingen in relatieve percentages zijn opgesteld, zal ook steeds de relatieve toe- of afname vermeld worden. We zien hier dus dat er een kleine relatieve toename van 4,8 % ten opzichte van de nulmeting en een absolute toename van 3 % is in het aantal cliënten waarbij men continu het risico op decubitus heeft vastgesteld.



Figuur 3. Risico-inventarisatie groep 1

Aantal cliënten dat adequate maatregelen ontvangt

In figuur 4 'aantal cliënten dat adequate maatregelen ontvangt' wordt weergegeven dat bij de nulmeting slechts 20 % van de pilotafdelingen adequate maatregelen aan haar cliënten verleenden. De verzorgers van alle afdelingen gaven maar 1,13 % van de cliënten adequate maatregelen. Bij de nameting werd door 45 % van de afdelingen adequate maatregelen aan de cliënten gegeven. De verzorgers van alle afdelingen gaven gemiddeld 4,59 % van de cliënten adequate maatregelen. We zien hier dus een relatieve toename van 306,69 % ten opzichte van de nulmeting en een **absolute toename van 3,46 %** in het aantal cliënten bij wie adequate maatregelen genomen wordt. Het valt op dat bij groep 2 (afdeling 12 tot en met 20) bij de nameting relatief veel meer adequate maatregelen genomen worden dan bij groep 1 (afdeling 1 tot en met 11).



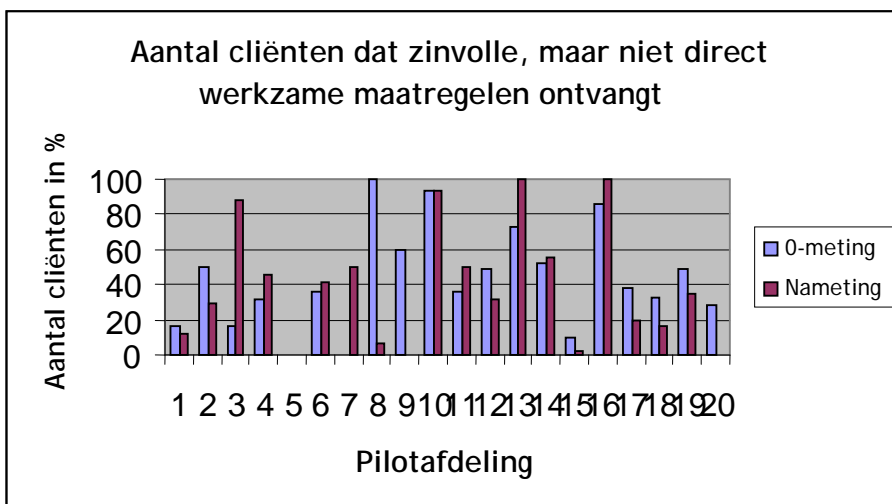
Figuur 4. Aantal cliënten dat adequate maatregelen ontvangt

Nb. Bij de afdelingen waar geen staven weergegeven worden, is het aantal cliënten in % steeds 0.

Aantal cliënten dat zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontvangt

In figuur 5 'aantal cliënten dat zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontvangt' wordt weergegeven dat bij de nulmeting 90 % van de pilotafdelingen zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontvangen. De zorgverleners van deze afdelingen geven gemiddeld 43 % van de cliënten op de afdeling deze zinvolle, niet direct werkzame maatregelen.

Bij de nameting worden bij 85 % van de instellingen zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen aan de cliënten gegeven. Het gemiddelde aantal cliënten per afdeling dat deze maatregelen ontvangt is 39 %. Er is dus een kleine absolute afname van 4 % en een relatieve afname van 9,3 % ten opzichte van de nulmeting waar te nemen in het aantal cliënten bij wie zinvolle, niet direct werkzame maatregelen getroffen wordt.



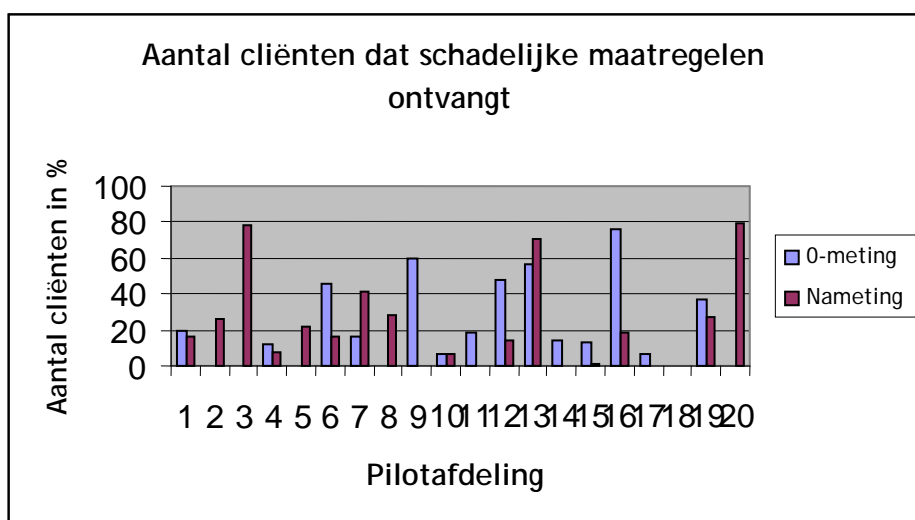
Figuur 5. Aantal cliënten dat zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontvangt

Nb. Bij de afdelingen waar geen staven weergegeven worden, is het aantal cliënten in % steeds 0.

Aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontvangt

In figuur 6 'aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontvangt' wordt weergegeven dat bij de nulmeting 70 % van de pilotafdelingen een aantal cliënten op hun afdeling schadelijke maatregelen gaven. Gemiddeld werd binnen de afdelingen aan 21 % van de cliënten schadelijke maatregelen gegeven.

Bij de nameting werd door 75 % van de afdelingen aan een aantal cliënten binnen de afdeling schadelijke maatregelen gegeven. Binnen de afdelingen werd aan gemiddeld 23 % van de cliënten schadelijke maatregelen genomen. Er is dus een kleine **absolute toename van 2%** en een **relatieve toename van 9,5 %** ten opzichte van de nulmeting in het aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontvangt. Het valt hier wederom op dat groep 2 beter scoort dan groep 1. Bij groep 1 zijn er namelijk vijf afdelingen met een toename aan het geven van schadelijke maatregelen aan de cliënten, terwijl dit bij groep 2 'slechts' twee instellingen zijn.



Figuur 6. Aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontvangt

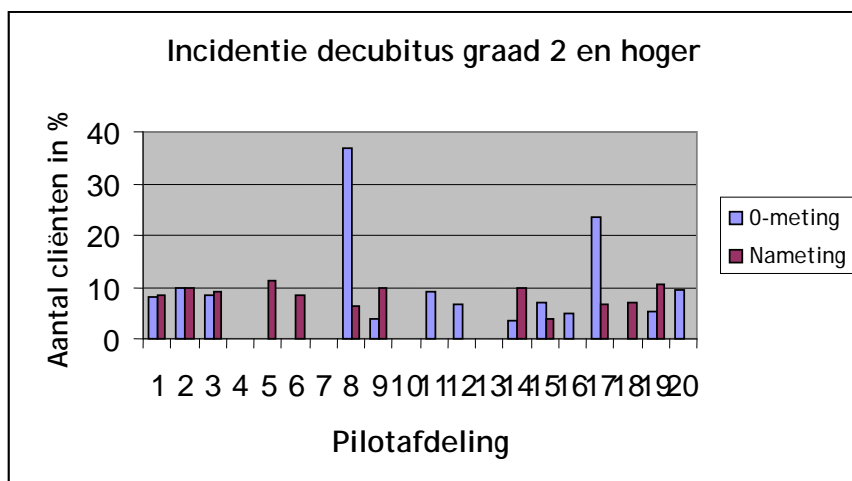
Nb. Bij de afdelingen waar geen staven weergegeven worden, is het aantal cliënten in % steeds 0.

§ 4.3: stap 5 effectevaluatie

De effectevaluatie zal aan de hand van de vijfde stap, '(continue) evaluatie en (waar nodig) bijstelling van plan', gedaan worden. In deze stap wordt gekeken naar de incidentie en de prevalentie op de nulmeting en op de nameting bij de deelnemende afdelingen. Verder zal er gekeken worden of er een correlatie c.q. regressie bestaat tussen de genomen preventieve maatregelen en de procentuele verandering in de incidentie van decubitus. Hiervoor zullen de gegevens die verzameld zijn met de registratieformulieren van het LEVV geanalyseerd worden. Tot slot zal er een korte beschrijving gegeven worden van de uitkomsten van de interviews met de cliënten over patiënttevredenheid.

Incidentie van decubitus graad 2 en hoger

In figuur 7 'incidentie decubitus graad 2 en hoger' valt op dat bij de nulmeting bij 65 % van de pilotafdelingen nieuwe gevallen van decubitus graad 2 of hoger zijn ontstaan tijdens de meetperiode. Bij 35 % van de afdelingen is er dus geen sprake van het ontstaan van nieuwe gevallen van decubitus graad 2 en hoger bij cliënten. Er kunnen echter wel nieuwe gevallen van decubitus graad 1 ontstaan zijn aangezien deze niet in de definitie van incidentie zijn opgenomen. Het gemiddelde van het aantal cliënten bij wie voor het eerst decubitus graad 2 en hoger is geconstateerd over alle afdelingen, is 6,8 % bij de nulmeting. Bij de nameting is bij 60 % van de afdelingen sprake van cliënten waarbij voor het eerst een decubitusgraad van 2 en hoger is vastgesteld. Dit zijn echter niet allemaal dezelfde instellingen als bij de nulmeting. De gemiddelde incidentie van alle afdelingen bij de nameting is 5 %. Dit betekent dat er van een absolute afname is van 1,8 % en een relatieve afname van 26,5 % ten opzichte van de nulmeting van het aantal cliënten bij wie voor het eerst decubitus graad 2 en hoger is vastgesteld.



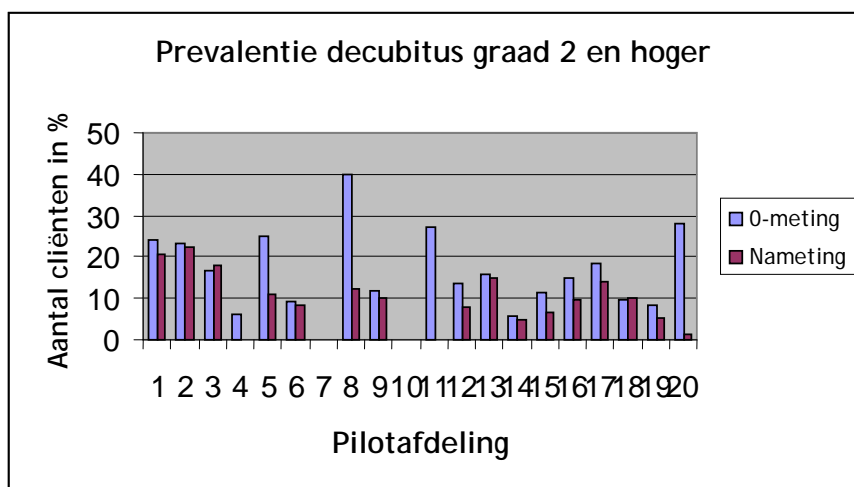
Figuur 7. Incidentie decubitus graad 2 en hoger

Nb. Bij de afdelingen waar geen staven weergegeven worden, is het aantal cliënten in % steeds 0.

Prevalentie van decubitus graad 2 en hoger

In figuur 8 'prevalentie decubitus graad 2 en hoger' valt op dat bij de nulmeting bij 90 % van de pilotafdelingen cliënten zijn met decubitus graad 2 en hoger. 10 % van de afdelingen heeft geen cliënten met decubitus graad 2 en hoger. Bij deze afdelingen (7 en 10) is er ook geen sprake van nieuwe gevallen van cliënten met decubitus graad 2 en hoger, tijdens de meetperiode. De gemiddelde prevalentie van de afdelingen, van decubitus graad 2 en hoger, is bij de nulmeting 15,5 %. De landelijke prevalentie van decubitus graad 2 en hoger in verplegings- en verzorgingshuizen in de care sector zijn respectievelijk 11,0 % en 3,9 % (Halfens et al. 2006).

Bij de nameting zijn bij 80 % van de pilotafdelingen cliënten met decubitus graad 2 en hoger geconstateerd. Dat betekent dat er bij 20 % van de instellingen geen sprake is van cliënten met decubitus graad 2 en hoger. De gemiddelde prevalentie van de afdelingen, van decubitus graad 2 en hoger, is bij de nameting 8,9 %. Dit betekent dat er een forse absolute afname van 6,6 % en een relatieve afname van 42,6 % ten opzichte van de nulmeting is gerealiseerd van cliënten met decubitus graad 2 en hoger binnen de pilotafdelingen.



Figuur 8. Prevalentie decubitus graad 2 en hoger

Nb. Bij de afdelingen waar geen staven weergegeven worden, is het aantal cliënten in % steeds 0.

Bevindingen incidentie

Bij figuur 5 'incidentie van decubitus graad 2 en hoger' valt op dat pilotafdeling 8, 11, 12 en 17 een grote daling van de incidentie behalen. Bij pilotafdeling 8 valt op dat er een toename is van bijna 60 % van het aantal cliënten waarbij continu het risico op het ontstaan van decubitus is vastgesteld. Verder valt op dat de verzorgers van deze afdeling geen enkele adequate maatregel aan de cliënt geven. Wel is er sprake van een enorme afname van het aantal cliënten dat zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen ontvangt. Ten slotte valt op dat deze afdeling een toename van bijna 30 % realiseert in het geven van schadelijke maatregelen. Bij pilotafdeling 11 valt op dat de verzorgers geen enkele adequate maatregelen aan de cliënten verstrekken. Wel is er sprake van een

behoorlijke afname in het verstrekken van schadelijke maatregelen aan de cliënten. Bij pilotafdeling 12 valt op dat er een kleine verbetering wordt gerealiseerd in het geven van adequate maatregelen aan de cliënten. Verder vindt er een behoorlijke afname in het geven van schadelijke maatregelen plaats. Pilotafdeling 17 toont een kleine verbetering in het geven van adequate maatregelen. Verder realiseert de afdeling een behoorlijke afname in het geven van zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen.

Figuur 5 laat verder een behoorlijke toename in incidentie zien bij de pilotafdelingen 5, 6, 9, 14, 18 en 19. Figuur 1 laat bij de afdelingen 5, 6 en 9 een behoorlijk afname in het 1 of meerdere keren inventariseren van het risico zien. De afdelingen scoren echter niet beter in het continu inventariseren van het risico. Figuur 2 laat bij de afdelingen 5, 14, 18 en 19 een behoorlijke toename van het verstrekken van adequate maatregelen zien. De afdelingen 6 en 9 geven echter geen adequate maatregelen aan hun cliënten. Verder geeft figuur 4 aan dat de afdelingen 6, 9 en 14 een behoorlijk afname van het geven van schadelijke maatregelen realiseren.

Bevindingen prevalentie

Bij figuur 6 'prevalentie decubitus graad 2 en hoger' valt op dat de pilotafdelingen 5, 8, 11 en 20 een enorme afname van prevalentie realiseren. De afdelingen 8 en 11 zijn al besproken bij de analyses van figuur 5. Van deze afdelingen levert alleen afdeling 5 een enorme verbetering op de toename van het nemen van adequate maatregelen. De andere afdelingen nemen deze maatregelen niet. Wat verder opvalt is dat drie van de vier pilotafdelingen, namelijk de afdelingen 5, 8 en 20, een enorme toename hebben in het geven van schadelijke maatregelen aan de cliënten.

Figuur 6 laat verder alleen bij pilotafdeling 3 een hele kleine toename in prevalentie zien. Opvallend is dat figuur 4 toont dat pilotafdeling 3 een toename van bijna 80 % heeft bij het geven van schadelijke maatregelen.

Aantal pilotafdelingen dat de doelstelling heeft gehaald.

In tabel 4 'procentuele toe- of afname prevalentie en incidentie per pilotafdeling' wordt per pilotafdeling weergegeven of de doelstelling, een relatieve afname van 50 % van de prevalentie en of incidentie, is gehaald. De tabel toont dat 8 van de 20 afdelingen de doelstelling heeft gehaald. De pilotafdelingen die de doelstelling hebben behaald, zijn de afdelingen 4, 5, 8, 11, 12, 16, 17 en 20.

Tabel 4. Relatieve toe- of afname prevalentie en incidentie per pilotafdeling

Pilot afdeling	Aantal cliënten (na-meting)	Risico-inventarisatie	Adequate maatregelen	Niet direct werkzame maatregelen	Schadelijke maatregelen	Relatieve toe- of afname prevalentie	Relatieve toe- of afname incidentie
1	24	+	0	+	+	-13,2	+4,13
2	31	-	-	++	--	-3,2	-3,2
3	33	-	0	--	--	+9,05	+9,12
4 *	13	+	0	-	+	-100	0
5 *	9	+	++	0	--	-55,56	+11,11
6	12	-	0	-	++	-8,36	+8,33
7	12	+	0	--	--	0	0
8 *	32	++	0	++	--	-68,75	-82,96
9	20	--	0	++	++	-16,67	+150
10	16	0	0	0	0	0	0
11 *	10	-	0	-	+	-100	-100
12 *	58	X	+	+	++	-41,79	-100
13	27	X	++	--	-	-3,85	0
14	60	X	++	-	+	-15,52	+194,12
15	73	X	++	+	+	-43,97	-43,66
16 *	21	X	++	-	++	-35,37	-100
17 *	45	X	++	++	+	-23,78	-71,37
18	37	X	++	++	0	+7,37	+7,1
19	67	X	+	+	+	-38,10	+101,89
20 *	24	X	0	++	--	-96,06	-100

NB. * bij deze pilotafdeling is de doelstelling van het verminderen van de prevalentie en of incidentie met 50 % gehaald.

+ betekent een verbetering van de maatregelen en - een verslechtering van de maatregelen. De + of - bij de prevalentie en incidentie betekent een toe- of afname. 0 betekent geen verandering in het geven van maatregelen. Bij een ++ of een -- is er een relatieve verbetering c.q. verslechtering van meer dan 50 %. X betekent gegevens onbekend.

Telefonisch interview projectmedewerker LEVV

Naar aanleiding van de resultaten uit de LEVV bestanden, is er een telefonisch interview gehouden met een projectmedewerkster van het LEVV. Deze medewerkster was verantwoordelijk voor het verwerken van de registratieformulieren.

Op de vraag waarom een aantal instellingen mee hebben gedaan aan het project, terwijl er geen sprake is van prevalentie c.q. incidentie, gaf zij het volgende antwoord:

'Wij zijn bang dat een aantal instellingen alleen meedoen om goede naam te creëren. Zij verwachten geen, of nauwelijks decubitus aan te treffen. Door aan dit project mee te doen, kunnen zij officieel aantonen dat zij met de incidentie en prevalentie van decubitus ver onder het landelijk gemiddelde liggen. Dit staat goed in hun jaarverslag en zeker op sites als bijvoorbeeld kiesbeter.nl. Een andere verklaring is dat wij vermoeden dat een aantal instellingen de aanwezigheid van decubitus bewust ontkennen omdat zij bang zijn voor een slechte naam. De prevalentie en incidentie van decubitus in een instelling wordt namelijk mede gebruikt om de kwaliteit van de geleverde zorg vast te stellen.'

Op de vraag hoe het kan dat bij een aantal pilotafdelingen de incidentie c.q. prevalentie is toegenomen, gaf zij het volgende antwoord:

'Wij vermoeden dat dit komt doordat een aantal instellingen in de beginfase van het project de aanwezigheid van decubitus onderschat. De instellingen gaan steeds beter meten. Daarnaast herkennen zij steeds meer decubitus plekken bij cliënten, waarvan ze eerst niet wisten dat het decubitus was'.

§ 4.4: beschrijving uitkomsten van de interviews met de cliënten over patiënttevredenheid

In totaal zijn er bij 21 cliënten binnen 4 instellingen interviews afgenomen. Van die 21 cliënten hadden er 17 cliënten meegedaan aan het Zorg voor Beter project. De vier andere cliënten, die geïnterviewd zijn, wonen op een afdeling die niet aan het project heeft meegedaan. Aan de cliënten is onder andere naar de volgende dingen gevraagd:

- Bent u bekend met het Zorg voor Beter project?
- Bent u tevreden naar de manier waarop de verzorgenden naar u luisteren?
- Vindt u dat de verzorgenden goed op veranderingen in uw gezondheid letten?
- Vindt u de verzorgenden vakkundig?
- Zijn er maatregelen genomen ter voorkoming c.q. behandeling van decubitus?
- Welk cijfer geeft u deze instelling en welk cijfer geeft u de verzorgenden in deze instelling?

De antwoorden van de 17 geïnterviewde cliënten die aan het project mee hebben gedaan zullen in de volgorde van bovengenoemde vragen weergegeven worden.

Bekendheid Zorg voor Beter project

Bijna de helft van de ondervraagde cliënten gaf aan bekend te zijn met het Zorg voor Beter project. Deze bewoners konden echter niet precies zeggen wat het project inhield. Zij gaven aan wel eens van het project gehoord te hebben. Een bewoner gaf bijvoorbeeld het volgende aan: *'Ja, ik weet wel dat ze er mee bezig zijn, maar vraag me niet wat het allemaal inhoudt'*.

Ruim de helft van de ondervraagde cliënten gaf dus aan niet bekend te zijn met het project. Een cliënt: *'Een project om doorliggen te voorkomen? Zegt me niets!'*

Tevredenheid manier van luisteren

Het merendeel van de ondervraagde cliënten gaf aan tevreden te zijn met de manier waarop de verzorgenden naar hen luisterden. Een cliënt gaf bijvoorbeeld aan: *'ik ben dik tevreden over de manier waarop de zusters naar mij luisteren'*.

Bijna de helft van de cliënten gaf aan dat er niet voldoende naar hen geluisterd wordt. Dit komt volgens hen vooral doordat er te weinig personeel aanwezig is. Hierdoor hebben de verzorgenden gewoon geen tijd om goed naar hen te luisteren. Een bewoner gaf bijvoorbeeld het volgende aan: *'ze luisteren niet altijd, dit komt vooral omdat ze vaak geen tijd hebben om even goed te luisteren. Ik heb een aantal keren meegemaakt dat ik de verkeerde medicijnen kreeg. Gelukkig zag ik zelf dat ze niet goed waren. Ik moest toen een aantal keren nadrukkelijk aangeven dat de medicijnen verkeerd waren. Pas daarna zagen de verpleegkundigen de fout in'*.

De bewoners vinden het over het algemeen jammer dat er geen tijd is voor een gezellig praatje. Een veelgehoorde uitspraak is: *'ze hebben alleen geen tijd voor een praatje, dat vind ik wel heel jammer'*.

Oplettendheid veranderingen in de gezondheid

Van de ondervraagde cliënten gaf bijna iedereen aan dat de verzorgers goed op veranderingen in de gezondheid letten. Veel bewoners geven het volgende aan: *'ja, dat doen ze. Ze beginnen bijvoorbeeld te zeuren als je niet goed eet'* en *'de zusters letten overal op, ze vragen altijd heel veel'*.

Twee cliënten gaven aan dat de verzorgers beter op veranderingen in de gezondheid moeten letten. Deze bewoners geven aan zelf heel alert te moeten zijn op hun gezondheid en veranderingen zelf goed aan moeten geven bij de verzorgenden. Een bewoner gaf het volgende aan: *'nee, het enige wat er bij mij gebeurd is aan- en uitkleden. Ik kan hier niet zonder mantelzorgers'*.

Vakkundigheid verzorgenden

Van de ondervraagde cliënten het merendeel aan dat de verzorgers heel vakkundig zijn. Een veelgehoord antwoord is: *'ja, ik vind ze heel vakkundig. De een meer dan de ander. Maar over het algemeen ben ik dik tevreden'*.

Echter vier van de ondervraagden gaven aan dat dit niet altijd het geval is. Zij gaven aan dat sommige verpleegkundigen heel vakkundig zijn, maar sommige ook niet. Een bewoner: *'de een werkt heel vakkundig, de ander niet. Maar soms hebben ze niet anders. Dat is bijvoorbeeld het geval in vakantieperiodes. Zeker met wassen vind ik dat af en toe vervelend. Maar over het algemeen word ik redelijk geholpen'*.

Maatregelen ter voorkoming c.q. behandeling van decubitus

Van de ondervraagde cliënten die mee hebben gedaan aan het Zorg voor Beter project gaf de ruime meerderheid aan geen maatregelen ter voorkoming van decubitus te ontvangen. Deze bewoners hebben zelf ook allemaal geen decubitus. Er wordt bij deze cliënten echter ook niet geobserveerd of er een risico tot ontstaan van decubitus. Een veelgehoord antwoord is: *'nee, ik krijg geen maatregelen om decubitus te voorkomen. Ik heb er ook geen last van en ik lig ook nooit in bed dus ik denk ook niet dat ik het zal krijgen'*.

Bij vijf van de cliënten werden er wel maatregelen genomen. Van deze vijf cliënten, woonden er vier in dezelfde instelling. De maatregelen die de cliënten ontvingen, waren: observatie, wonden insmeren met zalf, wisselgigging, gebruik van een luchtmatras en een speciaal kussen in de stoel. Opvallend was dat deze cliënten allemaal zeer tevreden waren over de genomen maatregelen. Een bewoner: *'Ik ben hier zeer tevreden over, kan niet beter!'*.

Cijfer instelling en cijfer verzorgenden in de instelling

Het gemiddelde cijfer dat de ondervraagde cliënten, die mee hebben gedaan aan het project, gaven aan de instelling is een 7,9. Het gemiddelde cijfer dat ze gaven aan de verzorgenden is een 8,1. Veel bewoners gaven het volgende aan: *'Ik ben dik tevreden!'* en *'Ik heb respect voor de zusters die dit werk doen, ze lopen hun benen voorbij!'*

Pilotafdeling 13

De instelling waar vier mensen maatregelen ter voorkoming c.q. behandeling van decubitus ontvingen, is in figuur 2 tot en met 6 te vinden als pilotafdeling 13. In deze figuren valt op dat pilotafdeling 13 een toename van in het verstrekken van adequate maatregelen aan haar cliënten realiseert. Er is echter ook een enorme toename waar te nemen in het geven van zinvolle, maar niet direct werkzame maatregelen. Ook is er een toename waar te nemen in het nemen van schadelijke maatregelen. Zowel bij de nul- als bij de nameting zijn er geen cliënten vastgesteld waarbij voor het eerst decubitus graad 2 en hoger is ontstaan. Ten slotte is er een kleine daling waar te nemen in het aantal cliënten dat decubitus graad 2 en hoger heeft in de afdeling.

Bij deze pilotafdeling werden de meeste maatregelen genomen en wisten de cliënten het meest te vertellen over het Zorg voor Beter traject, vergeleken met de andere drie instellingen waar een aantal cliënten zijn geïnterviewd.

Pilotafdelingen 2 en 3

De instelling waar de cliënten het minst tevreden waren over de geleverde zorg is te vinden in de figuren 1 tot en met 6 bij de pilotafdelingen 2 en 3. De cliënten waren vooral ontevreden over het tekort aan personeel. Hierdoor worden ze vaak laat geholpen met wassen en is er geen tijd voor een praatje. Een van de vijf geïnterviewde cliënten had decubitus. Deze cliënt zij de volgende maatregelen te ontvangen: insmeren van de decubitusplekken met zalf, 's nachts van ligging gewisseld, luchtmatras en een decubitus kussen in de stoel. In de genoemde figuren valt op dat er een kleine afname is in het continue vaststellen van het risico op decubitus. De afdelingen doen dit in vergelijking met de andere afdelingen echter nog steeds heel vaak. Bij pilotafdeling 2 is een sterke afname waar te nemen in het geven van adequate maatregelen aan de cliënten. Pilotafdeling 3 geeft helemaal geen adequate maatregelen aan de cliënten. Verder toont figuur 4 een enorme toename in het verstrekken van schadelijke maatregelen aan de cliënten. De incidentie van decubitus bij allebei de afdelingen is bij zowel de nul- als de nameting ongeveer 10 %. De prevalentie van decubitus graad 2 en hoger is bij allebei de afdelingen zowel bij de nul- als bij de nameting ongeveer 20 %.

Hoofdstuk 5

Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit hoofdstuk 4 gekoppeld aan de probleemstelling en deelvragen en aan de literatuur die beschreven is in hoofdstuk 2. Eerst worden de deelvragen beantwoord. Vervolgens wordt aan de hand van de genoemde resultaten en het theoretisch kader de probleemstelling beantwoord. Tot slot zullen de beperkingen van dit onderzoek besproken worden.

§ 5.1 Deelvraag 1

Welke maatregelen c.q. interventies hebben plaatsgevonden in de deelnemende verbeterteams van het Decubitus verbeterproject?

Bijna alle projectleiders, die mee hebben gedaan aan de enquête, gaven bij de nameting aan dat de verzorgers van de afdelingen de decubitusfolder aan de cliënt hadden verstrekt om het gebrek aan kennis van de cliënt en mantelzorger te laten afnemen. Verder gaven bijna alle projectleiders van de pilotafdelingen aan de zorgverleners te scholen om het gebrek aan kennis te laten afnemen en de alertheid op decubitus te laten toenemen. Ook gaven bijna alle projectleiders aan dat de afdelingen een risico-inventarisatie hadden gehouden. Uit onderzoek bleek dat slechts bij 65 % van de cliënten van de pilotafdelingen continu het risico op decubitus werd vastgesteld. Alle projectleiders gaven aan preventieve maatregelen te nemen ter voorkoming van decubitus. Uit dit onderzoek bleek echter dat slechts 4,6 % van de cliënten adequate maatregelen ontving bij de nameting. Het aantal cliënten dat schadelijke maatregelen ontving was zelfs 23 % bij de nameting. Ook gaven alle projectleiders aan te werken middels een nieuw c.q. vernieuwd decubitus protocol. Ten slotte gaven alle projectleiders aan zorg te dragen voor voldoende decubitusmateriaal.

Deelvraag 2

In hoeverre zijn de doelstellingen (klinische uitkomsten) van de deelnemende verbeterteams van het Decubitus verbetertraject gehaald?

Er is een gemiddelde relatieve afname van 26,5 % van de incidentie van decubitus graad 2 en hoger bij de pilotafdelingen gerealiseerd. Daarnaast is er een gemiddelde relatieve afname van 42,6 % van de prevalentie van decubitus graad 2 en hoger bij de pilotafdelingen gerealiseerd. De doelstelling van het project was een daling van 50 % van de incidentie of prevalentie van de decubitus te realiseren. In totaal hebben 8 van de 20 deelnemende deze doelstelling gerealiseerd.

De verbeterdoelstellingen die waren opgesteld door de pilotafdelingen zijn als volgt gehaald:

- Op de pilotafdelingen van de deelnemende instellingen wordt een daling van prevalentiecijfer van decubitus en incidentiecijfer bij de deelnemers aan de projecten met 50 % gerealiseerd: dit is door 8 van de 20 pilotafdelingen gerealiseerd.
- Alle verzorgers zijn bewust gemaakt van de risico's op decubitus en kennen de basisprincipes voor het voorkomen van decubitus: dit is door alle afdelingen nagestreefd.
- Alle medewerkers van de pilotafdelingen zijn geschoold volgens het nieuwe decubitusprotocol: Dit is door alle afdelingen nagestreefd.
- Alle medewerkers van de pilotafdelingen hebben na de scholing een informatiefolder met preventieve maatregelen met betrekking tot decubituszorg en wondzorg protocol: dit is door alle afdelingen nagestreefd.
- 75% van alle medewerkers op de pilotafdelingen zijn op de hoogte van het decubitus protocol en handelen ernaar: dit is door alle afdelingen nagestreefd.
- Alle bewoners en mantelzorgers krijgen (zo nodig) een informatiefolder aangereikt door de verzorgers die inzicht geeft in het ontstaan en voorkomen van decubitus: dit is door 6 van de 7 bekende instellingen gedaan.

Deelvraag 3

Wat zijn de ervaringen met de geleverde zorg van cliënten van deelnemende afdelingen?

De ervaringen van cliënten met de geleverde zorg binnen de deelnemende afdelingen zijn over het algemeen heel erg positief. De cliënten gaven gemiddeld een 8 voor de ontvangen zorg. Het viel verder op dat bijna alle cliënten aangaven dat er heel erg goed gelet werd op veranderingen in hun gezondheid. Ook gaf het overgrote deel van de cliënten aan dat de verzorgers zeer vakkundig in hun vak zijn. Opvallend was echter dat het merendeel van de cliënten zelf niet op de hoogte was of zij maatregelen ter voorkoming van decubitus ontvingen. Wel werden de cliënten met decubitus naar tevredenheid behandeld.

Deelvraag 4

In hoeverre zijn de klinische resultaten toe te schrijven aan de uitgevoerde (preventieve) maatregelen?

Er is geen eenduidig verband te ontdekken tussen een genomen maatregel en de daling of stijging van de incidentie c.q. prevalentie. Uit een correlatie- en regressieanalyse is ook gebleken dat het niet toegestaan is een (causaal) verband te stellen tussen de uitgevoerde maatregelen en de klinische resultaten. Een oorzaak hiervan kan zijn dat de N te klein is om significante verbanden en effecten vast te stellen. Toch zijn er een heel aantal instellingen die een flinke daling van de incidentie c.q. prevalentie gerealiseerd hebben. Wellicht heeft het bewust maken van verzorgers van het probleem rond decubitus al een positief effect op de daling van de incidentie c.q. prevalentie van decubitus. Daarnaast is niet onderzocht of het informeren van de cliënt en het

scholen van de verzorgers naar het nieuwe decubitusprotocol een positief effect heeft gehad op de afname van de incidentie c.q. prevalentie bij de pilotafdelingen.

§ 5.2 Conclusie op basis van resultaten en literatuur

In hoeverre beïnvloedt de mate van de implementatie van de geplande maatregelen, opgesteld door de deelnemende verbeterteams van het Decubitusproject, de klinische uitkomsten en de tevredenheid van de cliënt?

Het doel van het Zorg voor Beter project Decubitus was een verbetering van de kwaliteit van decubituszorg en hierdoor een vermindering van de prevalentie of incidentie van decubitus. Het uitgangspunt van het project Decubitus was het doorvoeren van een nieuw wetenschappelijk protocol om de incidentie of prevalentie van decubitus in de pilotinstellingen te verminderen met 50%. Om dit doel te bereiken werd door de pilotafdelingen een mix van strategieën op verschillende niveaus ontwikkeld. De belangrijkste strategieën waren het nemen van preventieve maatregelen, een educatief programma aan de zorgverleners en een registratiesysteem waarmee inzicht in en sturing van de zorg mogelijk werd. In totaal hebben 20 pilotafdelingen aan het onderzoek meegedaan.

Het project is geëvalueerd aan de hand van het model van Grol & Wensing (2006). Volgens deze auteurs is het van belang om een aantal stappen, van een door hen zelf ontwikkeld model, te doorlopen om tot een effectieve implementatie te komen. De stappen uit het model bestaan grofweg uit drie fasen: de voorbereidingsfase, de uitvoeringsfase en de evaluatiefase. Alle pilotafdelingen hebben, met behulp van het kenniscentrum Vilans, een toepasbaar protocol ontwikkeld, een knelpunteninventarisatie gehouden, om vervolgens een actieplan met gedetailleerde actiepunten te ontwikkelen (voorbereidingsfase).

De uitvoeringsfase werd echter niet door alle pilotafdelingen even goed uitgevoerd. Slechts bij 65 % van de cliënten binnen de pilotafdelingen werd bij de nameting continu het risico op decubitus vastgesteld. Bij de nameting ontving slechts 10 % van de cliënten binnen de pilotafdelingen adequate maatregelen. Opvallend was dat bij de nameting aan 23 % van de cliënten schadelijke maatregelen werden verleend. Al deze afdelingen realiseerden in de genoemde maatregelen een (kleine) toename ten opzichte van de nulmeting. Onduidelijk is of de pilotafdelingen gekeken hebben of de beoogde doelen zijn behaald. Verder is onduidelijk of de afdelingen het plan van aanpak tussen de metingen hebben bijgesteld. Er wordt in de actieplannen van de pilotafdelingen namelijk niet gesproken over ervaring uitwisselen met andere teams. Ook wordt er niet gesproken over ervaringen opdoen uit het meten van de resultaten, om vervolgens door middel van het continue verbeteren en aanpassen van de aanpak c.q. doelstellingen de doelstellingen te behalen.

Alle deelnemende pilotafdelingen hebben de incidentie en de prevalentie van decubitus gemeten. Uit eigen onderzoek is gebleken dat 8 van de 20 pilotafdelingen een vermindering van 50% of meer van de incidentie c.q. prevalentie wist te realiseren. Ook hierbij werden zij geholpen door projectmedewerkers van het kenniscentrum Vilans. In de interventieteams heeft een gemiddelde daling plaatsgevonden bij de prevalentie van decubitus graad 2 en hoger van 42,6 % (van 15.5% naar 8.9%). Gegevens uit het landelijk onderzoek (Halfens et al. 2006) laten een dalende trend in de prevalentie van decubitus graad 2 en hoger in de verzorg- en verpleeghuizen zien van 25 % (van 32 %

in 2005 naar 24 % in 2006). De verbetereteams hebben ten opzichte van de landelijke trend een forse verbetering gerealiseerd in de afname van de prevalentie van decubitus. Vanuit het technisch perspectief, het perspectief van de medewerker door middel van prevalentie en incidentiemetingen, kan daarom gesteld worden dat gezien de afname van de incidentie en prevalentie van decubitus de kwaliteit van de geleverde zorg in de deelnemende pilotafdelingen over het algemeen verhoogd is.

De veronderstelling was dat de prevalentie of incidentie van decubitus verminderd kon worden als de zorgverleners de effectieve maatregelen zouden uitvoeren. Of de genoemde resultaten toe zijn te schrijven aan de genomen maatregelen is echter de vraag. Uit een correlatie- en regressieanalyse is gebleken dat het niet toegestaan is een (causaal) verband te stellen tussen de uitgevoerde maatregelen en de klinische resultaten. Een oorzaak hiervan kan zijn dat de N te klein is om significante verbanden en effecten vast te stellen. Ook is er uit de geschreven resultaten geen eenduidig verband te trekken tussen een genomen maatregel en de klinische uitkomsten. Dit is gezien de beperkte toepassing van de uitvoeringsfase door de pilotafdelingen niet verwonderlijk. Opvallend is dat de uitkomsten per pilotafdeling aanzienlijk verschillen. Een verklaring hiervoor kan, naast het geven van adequate maatregelen, liggen in de verschillen tussen de cliënten en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Uit onderzoek van het NIVEL (Wagner et al. 2006) blijkt namelijk dat de verschillen in uitkomsten grotendeels worden veroorzaakt door verschillen tussen de cliënten en tot bepaalde hoogte ook door verschillen tussen de verpleeghuizen. Geslacht, dementie en afhankelijkheid verklaren al bijna de helft van de verschillen tussen cliënten en 72 % van de verschillen tussen verpleeghuizen. Dit betekent ook dat ongeveer de helft van de ongewenste uitkomsten niet hieruit is te verklaren. De grootte van het verpleeghuis, de betrokkenheid van een cliëntenraad en de implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem kunnen volgens het onderzoek nog een klein deel hiervan verklaren en lijken tot een significante afname van het aantal ongewenste uitkomsten te leiden. Aangezien de genoemde factoren niet zijn onderzocht, kan niet worden bepaald of deze mede invloed hebben gehad op de klinische uitkomsten van de cliënten van de pilotafdelingen.

Ondanks de geringe mate van de implementatie van de preventieve maatregelen, blijkt de incidentie en prevalentie aanzienlijk gedaald te zijn. Hoewel het registratiesysteem en het toepassen van de preventieve maatregelen nog niet helemaal geïntegreerd zijn in de dagelijkse zorg, lijkt de toegenomen aandacht tezamen met de toegenomen kennis van zorgverleners mede verantwoordelijk voor de behaalde resultaten. Daarnaast kan het informeren van de cliënt over het ontstaan en voorkomen van decubitus een positieve invloed gehad hebben op de prevalentie c.q. incidentie van de pilotafdelingen. Dit is in dit onderzoek echter niet onderzocht. Het registreren op zichzelf betekent aandacht voor de decubituszorg. Het leidt tot verhoogde alertheid op decubitus, een beter inzicht in de feitelijke decubituszorg, en een actief streven naar verbetering op indicatoren. Er kan dan ook geconcludeerd worden dat het Zorg voor Beter project Decubitus de kwaliteit van decubituszorg lijkt te verbeteren.

Verder blijkt uit kwalitatief onderzoek dat de tevredenheid van de cliënt over de geleverde zorg erg hoog is. De cliënten gaven de verzorging, geleverd binnen de pilotafdelingen, gemiddeld een 8,0.

Vanuit het geïndividualiseerd perspectief, het perspectief van de cliënt dat vastgesteld is door middel van interviews, kan daarom gesteld worden dat de cliënten over het algemeen zeer tevreden waren over de kwaliteit van de ontvangen zorg. Hierbij moet echter vermeld worden dat uit onderzoek blijkt dat onderzoek naar cliënttevredenheid vaak niet tot een echt kritisch oordeel leidt. Cliënten willen niet ondankbaar lijken. Het resultaat is dat de meeste cliënten (80 a 90 %) tevreden zijn (Harteloh e.a. 1992) zodat de beantwoording niet leidt tot de identificatie van problemen in het zorgproces. Een gemiddelde tevredenheidsscore van 7 of 8 kan aspecten maskeren waar grote onvrede bestaat. Er kan verder geen uitspraak gedaan worden of deze hoge tevredenheid veroorzaakt wordt door de deelname van de afdelingen aan het Zorg voor Beter traject. Er is namelijk geen vergelijking gedaan met niet deelnemende afdelingen. Dit neemt niet weg dat gesteld kan worden dat de gemiddelde kwaliteit van de geleverde zorg binnen de deelnemende instellingen naar de mening van de geïnterviewde cliënten erg hoog is.

§ 5.3 Beperkingen onderzoek

Een beperking van dit onderzoek is dat er vraagtekens bestaan over de betrouwbaarheid van de gegevens van de LEVV bestanden. Verondersteld wordt dat het mogelijk is dat een aantal instellingen de registratieformulieren sociaal wenselijk heeft ingevuld. Daarnaast wordt het mogelijk geacht dat de nulmeting, vooral bij groep 1, niet volledig correct is uitgevoerd. Doordat er van deze groep ook geen beschikking was van de tussenmeting, is het lastig om met zekerheid de verandering in de incidentie en prevalentie van decubitus bij een aantal afdelingen vast te stellen. Daarbij moet vermeld worden dat het registeren zelf ook een functie had. De projectleiders gingen door het regelmatig meten van cliënten steeds beter decubitus herkennen. Dit heeft ertoe geleid dat de decubitus die bij de nulmeting nog niet werd herkend, bij de nameting wel geregistreerd werd. Dit geeft een verkeerd beeld van de toename van het aantal cliënten met decubitus tussen de nulmeting en de nameting. Er is hier dus sprake van een registratiebias.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat uit een correlatie- en regressieanalyse blijkt, dat er geen (causaal) verband gelegd mag worden tussen de genomen maatregelen en de klinische uitkomsten. Daardoor kan niet gesteld worden wat het effect van de genomen maatregelen op de klinische uitkomsten is. Dit blijkt ook uit de analyse van de bevindingen van de registratieformulieren. Hier komt uit dat er geen eenduidig verband tussen het nemen van maatregelen en de klinische uitkomsten vast te stellen is. Daarbij komt dat er ook geen beschikking is over klinische uitkomsten van een controlegroep. Dit maakt het vaststellen van een eventueel verband extra moeilijk.

Tot slot kan opgemerkt worden dat een beperking van het onderzoek is dat er geen cliënten zijn geïnterviewd van afdelingen die niet aan het Zorg voor Beter project hebben meegedaan. Hierdoor kan er geen vergelijking gemaakt worden tussen de cliënttevredenheid in de deelnemende afdelingen en eventuele controleafdelingen. Zo kan er geen uitspraak gedaan worden in welke mate de genomen maatregelen de cliënttevredenheid over de geleverde zorg beïnvloedt.

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden aan de praktijk. Verder zullen er een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek worden gedaan.

Aanbevelingen aan de praktijk:

- Zorg ervoor dat alle verzorgers vóór de nulmeting zodanig geschoold zijn dat zij decubitus te allen tijde signaleren en goed kunnen registreren.
- Doordat mogelijk wordt geacht dat een aantal instellingen niet meedoen aan het project met het doel de incidentie en prevalentie gaan verminderen, maar een goede reputatie op te bouwen, is het aan te bevelen een aantal eisen voor toelating van deelname aan het project, zoals bijvoorbeeld een aangetoonde prevalentie van decubitus bij minimaal 5 % van de cliënten, in te stellen.
- Stimuleer de deelnemende afdelingen nog meer om adequate maatregelen te nemen en schadelijke maatregelen te verminderen.
- Stimuleer deelnemende afdelingen van elkaar te leren en continue het plan van aanpak en doelstellingen te verbeteren c.q. bij te stellen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

- Meet een groter aantal instellingen zodat op basis van statistische analyses aangetoond kan worden of er een significantie is tussen de genomen maatregelen en de klinische uitkomsten.
- Interview ook cliënten van afdelingen die niet hebben meegedaan aan het onderzoek. Zo kan er een vergelijking gemaakt worden tussen de cliënttevredenheid in de pilotafdelingen en controleafdelingen. Om meer cliënten te kunnen interviewen is het een mogelijkheid de cliënttevredenheid kwantitatief te onderzoeken met behulp van bijvoorbeeld de CQ-index.
- Laat ook controlegroepen de registratieformulieren van het LEVV invullen, zowel bij de nul- als bij de nameting, om een betere uitspraak te kunnen doen over het effect van de genomen maatregelen en de klinische uitkomsten.
- Analyseer de klinische uitkomsten ook op cliëntniveau om op basis van statistische analyses aan te tonen of er een significantie is tussen de genomen maatregelen op cliëntniveau en de klinische uitkomsten.
- Onderzoek of het informeren van de cliënt over het ontstaan en voorkomen van decubitus c.q. het scholen van de verzorgers volgens het nieuwe protocol een positieve invloed heeft op het afnemen van de incidentie c.q. prevalentie van decubitus.
- Interview tevens de projectleiders om een uitspraak te doen over de mate van de implementatie van de maatregelen van het Zorg voor Beter traject Decubitus.
- Neem ook factoren als geslacht, dementie en afhankelijkheid mee in het onderzoek om te bepalen of deze mede van invloed zijn op de klinische uitkomsten.

Hoofdstuk 7

Literatuurlijst

Allman RM, Damiano AM, Strauss MJ., 1996, *Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay*. Adv Wound Care; 9: 22-30.

Bostan M and Labrunie S, 2006, *On the harmonic Boltzmannian waves in laser-plasma interaction* J. Phys. A: Math. Gen. 39 11697-11706.

Bours G, Halfens R., 1999, *'Decubitus komt nog veel te veel voor.'* In: TVZ.

Bowers MR, Swan JE, Koehler WF., 1994, *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?* Health Care Manage Rev. Fall;19(4):49-55.

CBO, Kwaliteitinstituut voor de Gezondheidszorg, 2002, *richtlijn decubitus*.

Cheil VGM, Germs PH, Van der Wal J, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM, 1999, *NHG-standaard Decubitus*. Nederlands Huisartsen Genootschap.

Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

CVZ, 2002, *anti-decubitusmaterialen onder druk*, Den Haag.

Defloor, T. 2002 *LCVV college*, Utrecht: LEVV.

Donabedian, A., 1980, *The definition of quality and approaches to its management, volume 1: Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Dückers, M., Bruijn, M., Wagner, C. 2006 *Evaluatie Sneller Beter Pijler 3*. Utrecht.

Emans, BJM, Bouwmeester AMA, 1997, *Backstage beïnvloedingsgedrag van organisatieadviseurs*. In: Gedrag en Organisatie 10, 6, p. 345-356.

Essink-Bot ML, de Haes JCJM. 1996 *Kwaliteit van leven in medisch onderzoek. Een inleiding*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Gezondheidsraad. 1999. *Decubitus* Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. 2000. *Van implementeren naar leren: Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Grol R, Wensing M., 2006, *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Haalboom JRE, Den Boer J., 1999, *Risk-assessment tools in the prevention of pressure ulcers*. In: *Ostomy/ Wound Management*.

Haalboom JRE. 1991, *De kosten van decubitus*. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde; 135; 606-9.

Halfens R. en Wansink S. 2004. *Landelijke prevalentie meting Decubitus en andere zorgproblemen*. Maastricht: universiteit Maastricht.

Halfens R, Janssen M, Meijers J. 2006 *Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*. Maastricht: UM, Sectie Verplegingswetenschap.

Harteloh, P.P.M, B. Sprij, A.F. Casparie, 1992. *Patiëntstatisfactie en kwaliteit: Een problematische relatie*. Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid. Vol. 47, alf. 2, pp. 157-165.

Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1998. *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. [1991]

Harteloh PPM, Casparie AF, 2001, *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Heskett, J.L , Sasser E.W., Schlesinger L.A. (1997), *The Service Profit Chain : How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value*, Free Press

Hopkins A, Dealey C, Bale S, Defloor T, Worboys F. *Patient stories of living with a pressure ulcer*. Journal of Advanced Nursing, 2006 ; 56((4)): 345-53.

Hulscher, M. et al. 2000. *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZonMW.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000, *Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, bedekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen*, Den Haag.

KITZ, 2000, *Wijkverpleegkundige standaard Decubitus*, KITZ.

Lemmens, K., Dijk, A. van, Walburg, J., 2004. *Meer resultaat in het team*. Maarssen.

- Mast, J. 2005 *Druk en Tegendruk, Werkplan verbetering decubituspreventie en -behandeling*. Utrecht.
- McCarthy, DM. 1995 *Quality of life: a critical assessment*. Scand J Gastroenterol.
- Meerlo, F., Visserman, E., & Bosman, M. 2001 *Alles naar wens? kwaliteitsbeoordeling in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bevindingen 2000-2001*. Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.
- Mittman, Brian S. 2004. *Creating the evidence base for quality improvement collaboratives*. Annals of internal medicine 140 (11):897-901.
- NIVEL, 2006, *Vragenlijst voor interviews met bewoners. Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis*, Bewonersraadpleging Verpleeg- en Verzorgingshuizen.
- NVVA, 2003, *Tripartiete multidisciplinaire richtlijn: Samenwerking en logistiek rond decubitus*, Utrecht.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., and Berry, L.L.,1985, *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. Journal of Marketing, 49, Fall, 41-50.
- Pols, Jeanette. 2005. *Enacting appreciations: Beyond the patient perspective*. Health Care Analysis 13 (3):203-221.
- Rapport VTV, *"Bouwstenen voor Kwaliteitsinformatie in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg"*.
- Richardson GM, Gardner S, 1998, *Nursing assessment: impact on type and cost of interventions to prevent pressure ulcers*. In J WOCN.
- Ronda, G., Steenkiste van, B., Weijden van der, T., 2006, *Decubitus in de thuiszorg: ontwikkeling, implementatie en evaluatie van 'best practices' op het terrein van preventie en behandeling van decubitus in de thuiszorg*. Universiteit Maastricht.
- Segers, J. & Hutjes, J. 1999. *De gevalsstudie*. In: Segers, L. (Ed.),Methoden voor de Maatschappijwetenschappen, 339–366. Assen: van Gorcum 1999.
- Severens JL, Habraken JM, Frederiks CMA, Duivenoorden S van., 2000, *Kosten van decubitus in Nederland; een inventarisatie op basis van expert-opinion*. Woundcare Consulant Society Nieuws; 16: 20-5.
- Shiels C Roe B., 1998, *'Pressure sore care'* In: Elder Care.

Sixma HJM, de Bakker DH. 1997 *Het experiment Gezondheidszorg Almere*. In: Beleidsevaluatie, wisselwerking cultuur en structuur. Red.: Sorber A, Bax JR, Hendriks AJM. Den Haag, Sdu Uitgeverij.

Splunteren van, Peter, J. van Everdingen, S. Janssen, M. Minkman, M. Rouppe van der Voort, L. Schouten, and M. Verhoeven. 2003. *Doorbreken met resultaten. Verbeteren van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.

Stichting Cliënt & Kwaliteit. 2002 *Alles naar wens? 2001-2002. Jaarrapportage* Stichting Cliënt & Kwaliteit, Utrecht.

Thompson Bishop JY, Mottola CM, 1992, *Tissue interface pressure and estimated subcutaneous pressure of 11 different pressure-reducing support surfaces*. In: Decubitus.

Treurniet, HF., Mackenbach, JP., Van de Maas, PJ. 1996 *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven: een uitkomstmaat voor kwaliteitsbewaking?* Rotterdam.

Tymer AC, Poerper B, Vollman K., 1997, *A comparison of two pressure relieving devices on the prevention of heel pressure ulcers*. In: Adv Wound Care.

Wagner C., K. Klein, Ikink, G. van der Wal, P. Spreeuwenberg, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen. 2006 *Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes*. Health Policy: 75, nr. 2, p. 230-240.

Weiler PG, Keckes D., 1990, *'Pressure sores in nursing home patients.'* In: Aging.

Williams C., 1993, *Using water-filled gloves for pressure relief on heels*. In: Wound Care.

Woerkom, C. van & L. Adolfse. 1998. *'Interactieve kennisontwikkeling en -benutting.'* Sociale Interventie 7(1):10-19.

Xakellis GC, Frantz RA, Lewis A. *Cost-effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long term care*. In: Adv Wound Care.

Zorg voor Beter, 2006, *Vragenlijst voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen*.



Website www.rivm.nl

Website www.zorgvoorbeter.nl

Bijlage 1

Registratieformulieren van het LEVV

LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging

Meting	METPERIODE		Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Gewicht in kg	Lengte in cm	AFDELING:														
	Datum	Nummer				Datum van de meting (dd-mm-jjjj)	Debutus ontstaan? (JA/NEE)	Stuf (grad (1,2,3,4))	Re-hiel (grad (1,2,3,4))	LI-Hiel (grad (1,2,3,4))	Overige 1 lokale	Overige 1 grad (1,2,3,4)	Overige 2 lokale	Overige 2 grad (1,2,3,4)	Overige 3 lokale	Overige 3 grad (1,2,3,4)	Risico op debutus (JA/NEE)			
1	1		man of vrouw?																	
2	2		man of vrouw?																	
3	3		man of vrouw?																	
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

Bijlage 2

Vragenlijst aan projectleiders

	doen we niet	deden we al	doen we sinds ZvB beter	nieuw sinds ZvB
Activiteiten voor decubitus...				
Algemene maatregelen				
- werken aan de hand van een decubitusprotocol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- actualiseren van het decubitusprotocol (aanvullen of schrappen van niet-zinvolle preventie maatregelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instructie en educatie				
- klinische lessen over decubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- informatieverstrekking en instructie medewerkers omtrent meetinstrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verstrekken voorlichtingsfolder aan cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifieke activiteiten				
- inzetten van speciale decubitus-verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medewerkers aanmoedigen elkaar op functioneren aan te spreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- risico-inventarisatie toepassen op iedere cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voorraadbeheer anti-decubitusmatrassen (voorraad op peil houden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wisselgigging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- handelingen ter bescherming van de huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inzetten van fysiotherapie/ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- structureel meten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- notitie van genomen maatregelen in zorgplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activiteiten voor medisch professionele kwaliteit...				
- interne visitatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- spiegelgesprekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- complicatieregistratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Melding Incidenten Cliënten (MIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activiteiten voor cliëntenparticipatie...				
- elektronische cliëntenfeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schriftelijke cliëntenfeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- spiegelgesprekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- focusgroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betrekken cliënten- en consumentenplatforms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klanttevredenheidsmetingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klantbehoeftemetingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 3

Topiclijst cliënttevredenheid

Algemene informatie

- Hoe lang in instelling
- Reden verblijf
- Geslacht
- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Bent u op de hoogte van het Zorg voor Beter project?

Persoonlijke aandacht

- Hoe tevreden bent u over de persoonlijke aandacht van de verpleegkundigen voor u?
 - Luisteren
 - Autonomie: zorg op eigen tijd c.q. manier

Informatie

- Hoe tevreden bent u over de duidelijkheid van de door de verpleegkundigen gegeven informatie over de behandeling van decubitus?
 - Kunt u met vragen terecht
 - Weet u wat u zelf kunt doen aan preventie
 - Weet u waarom verpleegkundigen bepaalde maatregelen treffen

Deskundigheid

- Hoe tevreden bent u over de deskundigheid van de verpleegkundigen?
 - Letten de verpleegkundigen goed op veranderingen in uw gezondheid
 - Werken de verpleegkundigen vakkundig (worden handelingen goed verricht)
 - Worden uw gezondheidsklachten serieus genomen door de zorgverleners

Maatregelen

- Welke maatregelen treffen de verpleegkundigen om decubitus tegen te gaan c.q. te verminderen?
- Bent u tevreden met de maatregelen die momenteel getroffen worden?
- Zijn deze maatregelen naar uw idee effectief?
- Zijn de maatregelen de afgelopen tijd (afgelopen jaar) toegenomen c.q. verbeterd?

Cijfer

- Welk cijfer van 0 tot 10 zou u deze instelling geven?

- Welk cijfer van 0 tot 10 zou u de verzorgenden en verpleegkundigen in deze instelling geven?

Opmerkingen of aanvullingen

- Heeft u nog dingen op te merken die nog niet aan de orde zijn geweest?