

Publieke indicatoren eerstelijns decubituszorg

Hilly Calsbeek
Lisette Schoonhoven
Jozé Braspenning



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Auteurs

Hilly Calsbeek
Lisette Schoonhoven
Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding (Calsbeek H, Schoonhoven L, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijns decubituszorg. Deel 9 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: IQ healthcare, november 2009).

Deze uitgave is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

ISBN: 978-90-76316-97-0

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SET INDICATOREN	7
SAMENVATTING.....	11
ABSTRACT	12
INLEIDING	13
METHODE	15
Definiëring van te leveren prestaties	15
Search beschikbare indicatoren	16
Selectie kernset.....	16
Consultatie experts en vertegenwoordigers betrokken disciplines.....	17
Praktijktoets.....	17
RESULTATEN	17
Definitie prestaties.....	17
Beschikbare indicatoren	18
Selectie van indicatoren	18
Resultaat na consultatierondes	20
Resultaat praktijktoets	20
DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	22
Discussie	22
Conclusie.....	25
REFERENTIES.....	26
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren	29
BIJLAGE 2 Functionele omschrijving eerstelijns decubituszorg	31
BIJLAGE 3 Leden projectgroep	33
BIJLAGE 4 Lijst van experts en vertegenwoordigers betrokken disciplines	33

VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol

SET INDICATOREN

Risico-inschatting	
1	Percentage patiënten waarbij het risico op decubitus is vastgelegd in het zorgdossier.¹
	<p>Toelichting¹: Een belangrijke prestatie van de zorgverlening rondom decubitus is het voorkomen van decubitus. Volgens de LESA Decubitus staat het voorkómen van (verergering van) decubitus centraal in het beleid van zowel de huisartsenpraktijk als de wijkverpleegkundige praktijk: "Elk contact is gericht op risicoherkenning en preventie." Decubitus kan worden voorkomen door een tijdig en juist gebruik van preventieve maatregelen bij patiënten die het risico lopen om decubitus te ontwikkelen. Hiertoe moet het risico op decubitus zijn geïnventariseerd en vastgelegd in het zorgdossier.</p>
	Afgeleid van ¹ : NZM, AMDA
Preventie	
2	Percentage risicopatiënten dat adequate preventieve maatregelen krijgt. Adequaat: met bewezen of waarschijnlijk effectieve waarde.
	<p>Toelichting: Door toepassing van adequate preventieve maatregelen kan de ontwikkeling van decubitus worden voorkomen. Opgemerkt moet worden dat deze indicator mogelijk lastig uitvoerbaar is vanwege de complexe vaststelling van adequate preventieve maatregelen. Ten behoeve van de operationalisatie dient een lijst te worden opgesteld van bewezen effectieve maatregelen, waarschijnlijk effectieve maatregelen en niet effectieve maatregelen, waarbij alleen de eerste twee categorieën onder adequate preventieve maatregelen vallen. Hierbij zouden de Belgische richtlijnen [15] als leidraad kunnen dienen. Een dergelijke indicator is juist in de eerstelijnszorg interessant omdat de mogelijkheden om over de juiste materialen te beschikken beperkt zijn in de thuiszorg.</p>
	Afgeleid van: LPZ, NZM, CBO, ACOVE
Diagnostiek (prevalentie)	
3a	Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2. Nosocomiale decubitus: tijdens de periode in (thuis)zorg ontstaan.
	<p>Toelichting: Met een prevalentiecijfer wordt een algemeen beeld verkregen van het voorkomen van gediagnosticeerde decubitus in een bepaalde populatie. Decubitus in een hogere graad (vanaf graad 2) is betrouwbaarder te meten dan decubitus graad 1: graad 1 kan met een doorzichtig plaatje vastgesteld worden (om na te gaan of de geconstateerde roodheid al dan niet wegdrukbaar is), bovendien is graad 1 moeilijk vast te stellen op gekleurde huid. De ontwikkeling van decubitus graad 2, tijdens de periode van zorg ontstaan, kan bovendien worden gezien als een prestatie-indicator voor het succes of falen van primaire preventie.</p>
	Afgeleid van: LPZ
3b	Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2 aan de hiel. Nosocomiale decubitus: tijdens de periode in (thuis)zorg ontstaan.
	<p>Toelichting: Decubitus aan de hiel is vrij gemakkelijk te voorkomen; wanneer dit (relatief) vaak voorkomt, kan het een indicatie zijn van minder goede kwaliteit van zorg.</p>
	Bron: Toegevoegde indicator na consultatie experts

Behandeling en verzorging

4 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij in samenspraak met de patiënt het beleid is vastgesteld.

Toelichting:

Betrokkenheid van de patiënt (en mantelzorger) bij het behandelbeleid is van groot belang omdat door onvoldoende motivatie de adviezen en instructies (bijvoorbeeld ten aanzien van wisselhouding) onvoldoende of niet opgevolgd worden. Het decubituspreventiebeleid kan daardoor falen of genezing van de decubitus kan uitblijven.

Afgeleid van: IGZ, Zorg voor Beter

5 Percentage patiënten met decubitus waarbij aandacht is voor pijn en pijnbestrijding.

Vanaf graad 1, vastgelegd in het zorgdossier.

Toelichting:

In de richtlijnen wordt aanbevolen dat er aandacht is voor pijn en pijnbestrijding, hierbij wordt niet gefocust op een bepaalde doelgroep van patiënten met decubitus (bijvoorbeeld decubitus vanaf een hogere graad). Wel wordt in de NHG Standaard Decubitus vermeld dat pijn door decubitus in de meeste gevallen vooral tijdens de wondverzorging optreedt. Deze pijn dient behandeld te worden volgens de 'gebruikelijke pijnschema's'. Continue pijnstilling dient vermeden te worden, de pijnstilling dient vooral gericht te zijn op het tijdstip van wondverzorging.

Afgeleid van: ACOVE

6 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 2) waarbij in de afgelopen 12 maanden in verband met decubitus specialistische hulp is ingeschakeld.

Specialistische hulp: bijvoorbeeld Nurse Practitioner, decubitus- of wondverpleegkundige of verpleegkundige met een andere relevante post-initiële opleiding, (plastisch) chirurg, dermatoloog, verpleeghuisarts, podotherapeut, ergotherapeut of diëtist.

Toelichting:

Volgens de NHG-Standaard Decubitus is bij verwijzing de wens van de patiënt en de te verwachten levensduur van doorslaggevende betekenis. Afhankelijk van de plaatselijke mogelijkheden wordt consultatie van een verpleeghuisarts, chirurg of dermatoloog overwogen indien ondanks adequate behandeling de wond na ongeveer een maand niet is verbeterd en het onwaarschijnlijk is dat osteomyelitis hiervan de oorzaak is. Bij uitgebreide necrose of verdenking op osteomyelitis of sepsis dient verwijzing overwogen te worden naar een chirurg. Volgens de LESA Decubitus is de vraag wanneer verwijzen een aandachtspunt voor bespreking in de regio. Huisarts en wijkverpleegkundige zouden in onderling overleg vast moeten stellen of verwijzing naar bijvoorbeeld een huidarts, diëtist, verpleeghuis of ziekenhuis dient plaats te vinden en wat met de verwijzing beoogd wordt.

In hoeverre weinig of juist vaak verwijzen of consulteren uitdrukking geeft aan goede eerstelijns decubituszorg is (nog) onbekend. De kwaliteitsinformatie die met deze indicator wordt gegenereerd maakt inzichtelijk in hoeverre een huisartsenpraktijk of thuiszorggroep afwijkt van het gemiddelde of andere referentiewaarden.

Afgeleid van: PIG

Monitoring

7 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 1) waarbij de aangedane plek regelmatig gecontroleerd wordt door de huisarts of (wijk)verpleegkundige.

Controlefrequentie vindt in samenspraak met de patiënt en diens naasten plaats, bijvoorbeeld eens per week (huisarts).

Toelichting:

Weliswaar wordt graad 1 minder betrouwbaar opgespoord dan de hogere graden van decubitus, eenmaal vastgesteld mag verwacht worden dat de aangedane plek regelmatig gecontroleerd wordt. Zodra decubitus is vastgesteld is de zorgverlening er op gericht om de decubitus te genezen dan wel verergering te voorkomen. Door regelmatige controle kan het beleid tijdig worden aangepast aan de eventueel veranderde situatie.

Afgeleid van: AMDA

Samenwerking en afstemming

8 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij een zorgcoördinator is benoemd.

Toelichting:

Bij de zorg voor patiënten met decubitus in de eerste lijn is de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige en afspraken over gedeelde zorg van groot belang. Volgens de LESA Decubitus ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg zowel bij de huisarts als de wijkverpleegkundige. Afsproken moet worden wie de verantwoordelijkheid voor de logistieke coördinatie van de zorg op zich neemt en aldus 'zorgcoördinator' wordt. Zo moet het voor de patiënt en mantelzorgers duidelijk zijn wie waar verantwoordelijk voor is.

Afgeleid van: IGZ, Ouwens et al.

9 Percentage risicopatiënten waarbij door de betrokken zorgverleners met één zorgdossier wordt gewerkt (rekening houdend met wet- en regelgeving).

Betrokken zorgverleners: huisarts en wijkverpleegkundige.
Zorgdossier ligt bij de patiënt.

Toelichting:

In de LESA Decubitus wordt aanbevolen dat zodra de huisarts of wijkverpleegkundige (een risico op) decubitus constateert, de andere discipline geïnformeerd en zonodig ingeschakeld wordt. Huisarts en wijkverpleegkundige stellen samen het behandelgoal vast en de wijze waarop dit wordt bereikt. De afspraken worden vastgelegd in een zorgdossier dat bij de patiënt ter inzage ligt. Tijdens de behandeling houden beide disciplines elkaar op de hoogte van de resultaten van de voorgestelde maatregelen en melden elkaar veranderingen in beleid via het zorgdossier. Een geïntegreerd zorgdossier is daarmee een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van zorg, rekening houdend met de wet- en regelgeving. Wel dient (regionaal) afgesproken te worden aan welke inhoudelijke eisen zo'n dossier zou moeten voldoen.

Afgeleid van: IGZ, Zorg voor Beter

¹ Voor een nadere specificering van de indicatoren (noemers) en achtergrondinformatie wordt verwezen naar de bijlagen bij dit rapport op de website van IQ healthcare (www.iqhealthcare.nl).

De indicatoren hebben verder betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Voor met name de uitkomstindicatoren (3a en 3b), geldt bovendien dat deze slechts correct geïnterpreteerd kunnen worden als rekening gehouden wordt met contextuele informatie, zoals samenstelling van de populatie (case-mix). Ten slotte zijn de indicatoren 8 en 9 waarschijnlijk beter uit te vragen op praktijk- of organisatieniveau.

SAMENVATTING

Doel Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijns decubituszorg.

Design Systematische inventarisatie en selectie.

Methode Op basis van (inter)nationale richtlijnen en een functionele omschrijving van eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus zijn te leveren prestaties geformuleerd. Vervolgens werd een search naar (inter)nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden bovendien te voldoen aan nationale aanbevelingen (in richtlijnen). Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. De geselecteerde set van indicatoren is vervolgens in twee schriftelijke rondes voorgelegd aan experts met als doel inhoudsvalidatie. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen.

Resultaten Op basis van de functionele zorgomschrijving werden de volgende zorgaspecten onderscheiden: risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek, behandeling en verzorging, monitoring en samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners. In totaal bleken 65 indicatoren beschikbaar. Relatief veel indicatoren hadden betrekking op diagnostiek (28%) en behandeling en verzorging (28%). Ten aanzien van monitoring bleek slechts één indicator voorhanden. Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van negen indicatoren. Naar aanleiding van de consultatierondes werden vijf indicatoren aangepast. Uit de praktijktoets bleek dat een aantal indicatoren (n=4) wat betreft de gegevensverzameling in principe haalbaar is. Mogelijk zijn in de toekomst de overige indicatoren eveneens haalbaar door aan de huidige registratie enkele vragen toe te voegen.

Conclusie Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van negen publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus. Door de systematische aanpak en de betrokkenheid van experts wordt deze set gekenmerkt door een hoge inhoudsvaliditeit en is de set gereed om voorgelegd te worden aan de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoeften kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Na vaststelling door de betrokken partijen kan implementatie in de praktijk worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Eén van de stappen is een pilot test in een aantal huisartsenpraktijken of thuiszorgorganisaties om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat voor enkele indicatoren gegevens beschikbaar zijn, terwijl de overige indicatoren in de toekomst mogelijk eveneens haalbaar zijn vanwege de aanwezige infrastructuur.

ABSTRACT

Objective To identify public indicators of professional quality of primary care for people who are at risk of pressure ulcers of the skin or who present with such a pressure ulcer.

Design Systematic search and selection.

Method We formulated the requirements of primary care for pressure ulcers and for preventing them on the basis of national and international guidelines and a functional description of such care. Then we searched for nationally and internationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The selected indicators also had to satisfy national agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. The selected set of indicators was then submitted to a panel of independent experts in the field of pressure ulcers for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, and added indicators as they saw fit in two consultation rounds recorded in writing. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registrations.

Results Performance was divided into six categories: risk assessment, prevention, diagnostics, treatment, monitoring, and care coordination among the care providers involved. In total, 65 indicators were found. Most indicators appeared to be related to diagnostics (28%) and treatment (28%). Only one indicator for monitoring became available. Systematic selection resulted in a set of 9 indicators. After the experts' consultation, 5 indicators were adapted. Data was available for 4 indicators. Perhaps other indicators can be assessed in the future if more data are added to the current register.

Conclusion This study resulted in the selection of a core set of nine public indicators of professional quality of primary care for people who are at risk of pressure ulcers or who present with a pressure ulcer. The set has a high degree of content validity due to the systematic approach and the experts' consultation. The indicators are ready to be presented the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties concerned approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in various primary care practices or home care organisations to test the feasibility of using the indicators. The practice test in this study showed that most of the required data are not yet collected or registered. However, the infrastructure for doing this is available. Reliable quality information starts with complete, professional, and reliable data registration.

INLEIDING

Decubitus of 'doorliggen' veroorzaakt veel pijn en ongemak bij patiënten¹. Wanneer decubitus optreedt moeten patiënten bovendien langer in het ziekenhuis blijven of thuis intensiever behandeld worden [1]. Van de patiënten in de thuiszorg met verpleging of verzorging heeft bijna 7% decubitus, in verzorgingshuizen is dat ruim 7%² [2]. In de meeste gevallen is de decubituswond ontstaan tijdens de periode van zorg (57% in de thuiszorg en 64% in verzorgingshuizen). Bij patiënten met thuiszorg is er vaak al sprake van een decubituswond voordat de patiënt in zorg wordt genomen; bij 13% is de decubituswond in het ziekenhuis ontstaan, bij 18% van de gevallen heeft de decubitus zich reeds thuis ontwikkeld. Het moment van ontstaan is echter niet altijd goed te meten. In vergelijking met de ziekenhuis- en verpleeghuiszorg komen in de thuiszorg en in verzorgingshuizen de meer ernstiger vormen van decubitus (graad 3 en 4) relatief veel voor [2]. Decubitus en preventie van decubitus vormen dus een belangrijk aandachtsgebied van de eerste lijn.

Onder decubitus wordt iedere degeneratieve verandering van de huid en onder de huid gelegen weefsels verstaan die het gevolg zijn van lokale inwerking van druk of schuifkrachten [3]. Decubitus ontstaat meestal op plaatsen waar het botweefsel zich dicht onder de huid bevindt, zoals de stuit, hiel, enkel, zitbeen en heupbeen. Met het oog op het beleid wordt decubitus onderverdeeld in graden naar ernst. Een algemeen geaccepteerde classificatie is die naar vier graden van ernst [4,5]:

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

¹ Aansluitend bij de terminologie in de meeste richtlijnen wordt in dit rapport verder gesproken van 'patiënten' (tenzij anders in citaties). Hiermee worden zorgvragers, zorggebruikers of cliënten in de eerstelijnszorg bedoeld.

² In deze notitie wordt onderscheid gemaakt tussen decubitus en vochtletsel. Hier is voor gekozen omdat het twee verschillende huidletsels betreft met verschillen in preventie en behandeling [31]. Vochtletsel is een huidirritatie door vocht, bijvoorbeeld bij incontinentie. Het is dan belangrijk de huid te beschermen tegen vocht door goed huidbeschermingsbeleid (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal). Bij decubitus passen maatregelen die de druk en schuifkrachten opheffen (bijvoorbeeld wisselgigging). Als beide problemen voorkomen moet op allebei de vlakken maatregelen worden genomen. Vanwege de internationale steun voor deze visie heeft de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) in 2005 zijn standpunt herzien [32]. Op nationaal niveau wordt deze visie door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) ondersteund en wordt ook in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) onderscheid gemaakt tussen decubitus en incontinentieletsels [2].

Dit classificatiesysteem is internationaal gangbaar en maakt vergelijking mogelijk. De NHG maakt in het geval van ulcera bovendien onderscheid naar kleur (rood, geel, zwart of mengvorm) omdat zij dat mede bepalend laat zijn voor het beleid [3].

Over het ontstaan van decubitus wordt verschillend gedacht. Er zijn vier theorieën die zich achtereenvolgens richten op (1) lokale bloedeloosheid (ischaemia) van het zachte weefsel, (2) verstoring van de metabole balans, (3) schade als gevolg van hernieuwde bloedtoevoer in het weefsel (na bloedeloosheid) en (4) langdurige vervorming van cellen [6]. Deze theorieën hebben met elkaar gemeen dat de belangrijkste determinanten bij het ontstaan van decubitus de intensiteit en de duur van de druk of schuifkrachten zijn. Aan de andere kant speelt ook de weefseltolerantie voor bovengenoemde processen een rol, waarbij factoren als leeftijd, algemene conditie en de onderliggende ziekte over het algemeen als van invloed beschouwd worden.

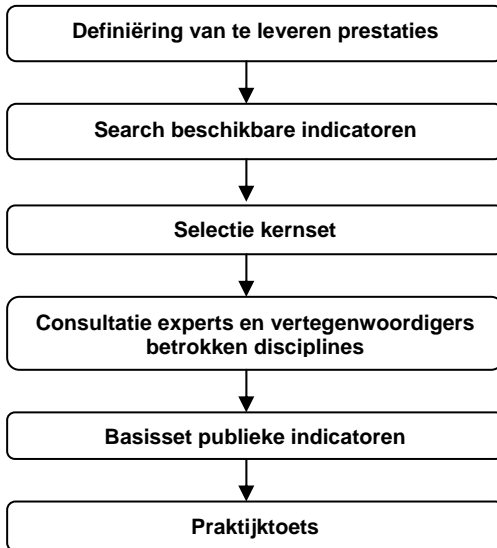
Omdat decubitus door goede verpleegkundige zorg vaak voorkomen kan worden, ziet de inspectie hierin een mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering [1,7]. Met behulp van kwaliteitsindicatoren kunnen (variaties in) prestaties van zorgverleners zichtbaar worden gemaakt. Publieke informatie over de kwaliteit van zorg is van belang voor de zorgaanbieders zelf (onder andere ter verbetering van het eigen handelen), voor beroepsorganisaties, voor patiënten en consumenten (om geïnformeerd te kunnen kiezen), voor verzekeraars en andere inkopers van zorg, voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor de overheid. Inmiddels zijn er vele indicatoren ontwikkeld en worden verschillende sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van het professionele handelen rondom decubitus. Het doel van dit project is om op basis van beschikbaarheid publieke indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare en vergelijkbare informatie te genereren over de geleverde prestaties van zorgaanbieders en professionals ten aanzien van de eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

- (1) Hoe ziet het zorgproces eruit en wat zijn de te leveren prestaties bij decubitus?
- (2) Welke indicatoren zijn (inter)nationaal beschikbaar om deze prestaties te meten?
- (3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?
- (4) Hoe ziet de geselecteerde set eruit na consultatierondes onder experts?
- (5) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

METHODE

Om tot een onderbouwde selectie van indicatoren en vervolgens een door experts gedragen basisset van indicatoren te komen, is een aantal stappen gevolgd. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

Figuur 1: Schematische weergave van de totstandkoming van de basisset van publieke indicatoren:



Hierna worden de verschillende stappen nader toegelicht.

Definiëring van te leveren prestaties

De te leveren prestaties worden afgeleid van het zorgproces in de eerste lijn voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De basis hiervoor is een functionele omschrijving van de zorg. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken rondom decubitus zijn beschreven en de (professionele) uitvoerders daarvan zijn benoemd. Ten behoeve van de functionele omschrijving zijn alle beschikbare nationale richtlijnen bestudeerd, aangevuld met een selectie uit internationale richtlijnen voor *pressure ulcer (primary care)*. Deze selectie is gebaseerd op richtlijnen die op Europees niveau tot stand zijn gekomen of door gerenommeerde instituten zijn ontwikkeld of verspreid.

Bestudeerde nationale richtlijnen zijn, in chronologische volgorde, afkomstig van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) [8], de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (thans V&VN eerstelijnsverpleegkundigen) [9], de Werkgroep Infectie Preventie [10], het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) [5,11] en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) [3]. Daarnaast zijn het NHG-Standpunt over ouderenzorg [12], De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Decubitus [13] en de Tripartiete multidisciplinaire richtlijn Samenwerking en logistiek rond Decubitus (Salode) van de Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen (thans Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriateren) [14] geraadpleegd. Bestudeerde internationale richtlijnen zijn de 'Herziening Belgische Richtlijnen voor decubituspreventie' [15] en richtlijnen afkomstig van het National Institute for Health and Clinical Excellence [16,17], het European Pressure Ulcer Advisory Panel [4], het Agency

for Healthcare Research and Quality [18] en het Australian Wound Management Association [19].

Search beschikbare indicatoren

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van bovengenoemde organisaties die richtlijnen hebben ontwikkeld dan wel verspreid. Daarnaast zijn het internet (zoekmachine Google), en de Ovid Databases (Medline) geraadpleegd met de trefwoorden: indicator(s)/measure(s), decubitus/ulcer/ pressure ulcer/pressure sore, kwaliteit/quality en zorg/care/wound care). Vanwege het multidisciplinaire karakter van de zorg bij decubitus is bovendien gezocht naar indicatoren op het gebied van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (trefwoorden: ketenzorg/care chains, netwerkzorg/shared care, continuïteit van zorg/continuity of care en geïntegreerde zorg/integrated care). Gestreefd werd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking, inclusief indicatoren met betrekking tot de tweede lijn (verpleeghuis, ziekenhuis); het inschatten van het risico op decubitus, het voorkomen en behandelen van decubitus zal immers niet verschillen met de zorg in de eerste lijn. Internationale sets werden als aanvullend beschouwd; deze zijn enkel geïnccludeerd wanneer afkomstig van gerenommeerde instituten of wanneer informatie voorhanden was over de inzet van expert panels en de wetenschappelijke waarde van geselecteerde indicatoren. Daarbij zijn internationale indicatoren die duidelijk op intramurale zorg betrekking hadden, wel op voorhand buiten beschouwing gelaten. De gevonden indicatoren zijn vervolgens geordend naar de zorgaspecten analoog aan de functionele omschrijving.

Selectie kernset

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo dient de totale set die zorgaspecten te bestrijken die relevant zijn voor publieke informatie. Deze zorgaspecten vloeien voort uit de te leveren prestaties. Dit betekent dat alleen indicatoren geselecteerd zijn die betrekking hebben op die zorgaspecten, zoals risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek en behandeling/verzorging van decubitus. Verder is per zorgaspect rekening gehouden met het type indicator: ten aanzien van de structuur of organisatie van de zorg (structuurindicator), het handelen van de zorgverleners (procesindicator) en/of uitkomsten van het zorgproces (uitkomstindicator). Bij keuze tussen proces- en uitkomstindicatoren is gestreefd naar een mix van beide; procesindicatoren maken het zorgproces transparant, terwijl uitkomstmaten opgevat kunnen worden als een evaluatie van het zorgproces. Omdat coördinatie en continuïteit van zorg belangrijke aspecten van eerstelijnszorg zijn [20], en bovendien van toepassing bij de zorg rondom decubitus, zijn deze eveneens in kaart gebracht. Hiervoor zijn met name structuurindicatoren geschikt. Een derde voorwaarde is dat met de set van indicatoren een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gelijke verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten, bijvoorbeeld naar leeftijd, of tussen regio's. Ten slotte dient de set uit oogpunt van haalbaarheid en interpretatie uit maximaal 15 tot 20, bij voorkeur op validiteit en betrouwbaarheid geteste, indicatoren te bestaan.

De selectie van afzonderlijke indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van zes relevantiecriteria, afgeleid van het NQMC [21]: geschiktheid voor het publieke domein, geschiktheid voor de verschillende doelgroepen (zoals patiënten en zorgverzekeraars),

impact op de ziekte of de ziektelast, toepasbaarheid op verschillende groepen patiënten, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en beïnvloedbaarheid van de zorg. Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden vervolgens te voldoen aan nationale aanbevelingen (in richtlijnen). Bij keuze tussen meerdere indicatoren werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria en de selectieprocedure is opgenomen in bijlage 1. De selectiecriteria zijn door twee leden van de projectgroep onafhankelijk van elkaar toegepast. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschilpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

Consultatie experts en vertegenwoordigers betrokken disciplines

De geselecteerde set is vervolgens in een schriftelijke ronde voorgelegd aan experts en vertegenwoordigers van betrokken disciplines op het gebied van decubitus (zie bijlage 4) met als doel inhoudelijke validering. Daarbij is aandacht gevraagd voor de definiëring van prestaties, het overzicht van de beschikbare indicatoren en de voorgestelde set van indicatoren. Ten aanzien van de voorgestelde set is specifiek aandacht gevraagd voor de geschiktheid van de indicator voor het publieke domein en de haalbaarheid in de praktijk.

Praktijktoets

De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data uit bij voorkeur geautomatiseerde registratiesystemen. Hiertoe is zowel de literatuur als de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) [2] geraadpleegd. Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld worden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig te scoren lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen of geregistreerd wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn.

RESULTATEN

Definitie prestaties

Het doel van de zorgverlening bij decubitus is allereerst het voorkomen van decubitus door tijdig en juist gebruik van preventieve maatregelen. Wanneer er ondanks deze maatregelen toch decubitus ontstaat, is het doel genezing dan wel het voorkomen van verslechtering van de wond. Dit geldt ook voor de eerstelijnszorg. Decubitus is echter niet altijd te voorkomen door middel van preventieve maatregelen omdat er niet altijd preventieve maatregelen genomen kunnen worden, zoals bij palliatieve zorg het geval is. Ook kan zich al decubitus hebben ontwikkeld op het moment dat een patiënt in zorg wordt genomen, in de thuissituatie of elders, zoals in het ziekenhuis. In dat geval richt de zorgverlening zich op genezing of het voorkomen van verslechtering van decubitus. Een uitzondering hierop vormt dus de palliatieve zorg waarbij de zorgverlening zich in de meeste gevallen meer zal richten op pijnverlichting en wondverzorging dan op het actief bestrijden van decubitus. In het algemeen echter kunnen de te leveren prestaties dus geformuleerd worden als 'het voorkomen van (verslechtering van) decubitus en

doelmatige wondbehandeling'. Vanuit het oogpunt van efficiëntie en veiligheid (en positieve zorgervaringen van de patiënt) is het bovendien van belang dat de betrokken zorgverleners, al dan niet direct aan decubituszorg gerelateerd, op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid en hun zorgverlening daarop afstemmen.

Hiermee worden de zorgaspecten risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek, behandeling en verzorging, monitoring en samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners als relevant voor publieke informatie beschouwd.

Beschikbare indicatoren

In totaal bleken er 65 indicatoren beschikbaar voor de relevante zorgaspecten (tabel 1). Bijna tweederde is (mede) afkomstig van Nederlandse bronnen, zoals de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) [2], Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) [7,22], het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (KVZ) [23], het CBO [11], de Nationale Zorgmonitor (NZM) [24] en het Zorg voor Beter Verbetertraject Decubitus [25]. Internationale indicatoren zijn afkomstig van ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) [26] en de American Medical Directors Association (AMDA) [27]. Omdat er op het gebied van decubitus nauwelijks indicatoren over samenwerking en afstemming van zorg beschikbaar kwamen, zijn er algemene ketenindicatoren of indicatoren voor geïntegreerde zorg oorspronkelijk ontwikkeld voor een andere aandoening, maar mogelijk ook van toepassing op de zorg voor mensen met (het risico op) decubitus, in de selectie betrokken: het Prestatie-Indicatoren Gezondheidscentra-project (PIG) [28], een kwaliteitsindicator ontwikkeld door Ouwens et al. [29] en (mogelijke) ketenzorgindicatoren uit een werkconferentie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) [30]. Het overzicht van de beschikbare indicatoren met een beschrijving van de bronnen is gepubliceerd via de website www.iqhealthcare.nl. Tabel 1 laat zien dat relatief veel indicatoren betrekking hebben op diagnostiek en behandeling en verzorging (beide ruim een kwart). Ten aanzien van monitoring bleek slechts één indicator voorhanden.

Selectie van indicatoren

Toepassing van de relevantiecriteria leidde tot een eerste reductie van 60% van de beschikbare indicatoren (tabel 1). De 26 resterende indicatoren werden vervolgens getoetst aan nationale aanbevelingen zoals omschreven in de richtlijnen. Dit resulteerde in een verdere reductie van één indicator. Toepassing van de overige selectiecriteria alleen leidde niet meteen tot de uiteindelijke kernset; overwegingen op basis van meetbaarheid in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren leidde tot een kernset van 9 indicatoren. Dit selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze kernset is te vinden via de website www.iqhealthcare.nl.

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal beschikbare indicatoren in de verschillende stappen van het selectieproces.

Tabel 1: Resultaten selectieproces naar zorgaspect

Zorgaspect	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Selectie na relevantie-criteria	Selectie na criterium 'nationale aanbevelingen'	Selectie na overige criteria	Samenstelling kernset
Risico-inventarisatie	7 (11%)	5	4	4	1 (11%)
Preventie	12 (18%)	6	6	6	1 (11%)
Diagnostiek	18 (28%)	6	6	4	1 (11%)
Behandeling en verzorging	18 (28%)	4	4	3	3 (33%)
Monitoring	1 (2%)	1	1	1	1 (11%)
Samenwerking en afstemming	9 (14%)	4	4	4	2 (22%)
Totaal aantal indicatoren	65 (100%)^a	26	25	22	9 (100%)^a

^a Door afronding is dit percentage niet precies 100%.

Tabel 1 laat zien dat alle zorgaspecten met ten minste één indicator zijn vertegenwoordigd in de kernset. Ten aanzien van de behandeling en verzorging zijn drie indicatoren geselecteerd

In tabel 2 worden de geselecteerde indicatoren gepresenteerd. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen werd een aantal indicatoren enigszins geherformuleerd:

Tabel 2: Overzicht van de geselecteerde indicatoren naar zorgaspect en bron

Risico-inventarisatie	Bron
1 Percentage patiënten waarbij het risico op decubitus wordt gescoord.	NZM, AMDA
Preventie	
2 Percentage risicopatiënten dat adequate preventieve maatregelen krijgt.	LPZ, NZM, CBO, ACOVE
Diagnostiek	
3 Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2.	LPZ
Behandeling en verzorging	
4 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij in samenspraak met de patiënt het beleid is vastgesteld.	IGZ, Zorg voor Beter (formulering conform LESA)
5 Percentage patiënten met decubitus waarbij aandacht is voor pijn en pijnbestrijding. Vanaf graad 1, vastgelegd in het zorgdossier.	ACOVE (formulering conform LVW ¹)
6 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 3) waarbij jaarlijks in verband met decubitus specialistische hulp is ingeschakeld.	PIG
Monitoring	
7 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 1) waarbij de aangedane plek regelmatig gecontroleerd wordt door de huisarts of (wijk)verpleegkundige. Controlefrequentie vindt in samenspraak met de patiënt en diens naasten plaats, bijvoorbeeld eens per week (huisarts).	AMDA (formulering conform NHG, LVW ¹)
Samenwerking en afstemming	
8 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij een zorgcoördinator is benoemd.	IGZ, Ouwens et al. (formulering conform LESA)
9 Percentage risicopatiënten waarbij door de betrokken zorgverleners met één zorgdossier wordt gewerkt. Betrokken zorgverleners: huisarts en wijkverpleegkundige. Zorgdossier ligt bij de patiënt.	IGZ, Zorg voor Beter (formulering conform LESA)

¹ De naam van de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW) is veranderd in V&VN eerstelijnsverpleegkundigen.

Uit tabel 2 blijkt dat uit bijna alle bronnen één of enkele indicatoren zijn geselecteerd. De meeste indicatoren kunnen inhoudelijk als valide worden beschouwd (zie www.iqhealthcare.nl). Of tegemoet wordt gekomen aan andere klinimetrische eigenschappen, zoals betrouwbaarheid en discriminatieve validiteit, zal een praktijktest moeten uitwijzen. De indicatoren die afgeleid zijn van de algemene ketenindicatoren van IGZ en Zorg voor Beter (nummers 4 en 9) dienen nog gevalideerd te worden. Opgemerkt moet worden dat er enkele indicatoren zijn geselecteerd die waarschijnlijk moeilijk meetbaar zijn, zoals de indicatoren nummers 4 en 5. Voor de volledigheid is er voor gekozen om deze indicatoren in de kernset op te nemen. Het is echter mogelijk dat deze indicatoren niet of slechts gedeeltelijk ‘vulbaar’ zijn in de praktijk. Of en in welke mate dit het geval is, zal de praktijktoets uitwijzen.

Resultaat na consultatierondes

Naar aanleiding van de consultatierondes werden vier indicatoren aangepast en een indicator toegevoegd:

Aanpassing indicator 1: “wordt gescoord” is vervangen door “is vastgelegd in het dossier”.

Aanpassing indicatoren 2 en 3: uitleg van de termen “adequaat” en “nosocomiaal” toegevoegd (zie ook de bijlage ‘Selectie kernset’ op www.iqhealthcare.nl).

Aanpassing indicator 6: “jaarlijks” is vervangen door “afgelopen 12 maanden”: er hoeft niet jaarlijks specialistische hulp te worden ingeschakeld, bedoeld is te meten hoe vaak in de afgelopen 12 maanden specialistische hulp is ingeschakeld. Voorbeelden van specialistische hulp zijn toegevoegd.

De nieuwe indicator is: “Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2 aan de hiel”. Deze indicator is toegevoegd aan indicator 3 (indicator 3b in tabel 3). Decubitus aan de hiel is vrij gemakkelijk te voorkomen; volgens de richtlijn van het CBO is het gebruik van kussens onder de onderbenen, waardoor de hielen komen te zweven, een doeltreffende methode om hieldecubitus te voorkomen (CBO, 2002). Volgens het CBO zijn er in de literatuur geen gegevens over eventueel meer optredende trombose in de onderbenen en is de druk op de onderbenen bij ondersteuning door een kussen waarschijnlijk zelfs lager is dan bij een vaste tot harde onderlaag. Bovendien ontvangen de meeste langdurig bedlegerige patiënten in de meeste gevallen een vorm van antistolling. Wanneer hieldecubitus (relatief) veel voorkomt kan dat dus een indicatie zijn van minder goede kwaliteit van zorg. Bij deze indicator werd wel opgemerkt dat de periode van ontstaan van decubitus (voor of tijdens de periode in zorg) niet altijd gemakkelijk is vast te stellen, hetgeen de betrouwbaarheid van de meting negatief kan beïnvloeden. Het beste is niet vragen waar de wond is ontstaan, maar of deze voor of tijdens de periode in zorg is ontstaan.

Resultaat praktijktoets

Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) [2] kan een aantal (referentie)waarden worden afgeleid. In tabel 3 worden de resultaten gepresenteerd waarbij onderscheid is gemaakt tussen de thuiszorg en verzorgingshuizen.

Tabel 3: Gegevens (%) voor indicatoren van de kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus (TZ=thuiszorg, VZ=verzorgingshuizen)

Risico-inventarisatie	Resultaat (%)		Opmerkingen
	TZ ¹	VZ ²	
1 Percentage patiënten waarbij het risico op decubitus is vastgelegd in het zorgdossier	55,2	53,8	a
Preventie			
2 Percentage risicopatiënten dat adequate preventieve maatregelen krijgt. Adequaat: met bewezen of waarschijnlijk effectieve waarde.	-		b
Diagnostiek			
3a Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2. Nosocomiale decubitus: tijdens de periode in (thuis)zorg ontstaan.	2,7	2,6	
3b Percentage risicopatiënten met nosocomiale decubitus vanaf graad 2 aan de hiel. Nosocomiale decubitus: tijdens de periode in (thuis)zorg ontstaan.	24,1	24,7	c
Behandeling en verzorging			
4 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij in samenspraak met de patiënt het beleid is vastgesteld.	25,9	11,1	d
5 Percentage patiënten met decubitus waarbij aandacht is voor pijn en pijnbestrijding. Decubitus vanaf graad 1, vastgelegd in het zorgdossier.	-		e
6 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 3) waarbij in de afgelopen 12 maanden in verband met decubitus specialistische hulp is ingeschakeld. Specialistische hulp: bijvoorbeeld Nurse Practitioner, decubitus- of wondverpleegkundige of verpleegkundige met een andere relevante post-initiële opleiding, (plastisch) chirurg, dermatoloog, verpleeghuisarts, podotherapeut, ergotherapeut of diëtist.	-		e
Monitoring			
7 Percentage patiënten met decubitus (vanaf graad 1) waarbij de aangedane plek regelmatig gecontroleerd wordt door de huisarts of (wijk)verpleegkundige. Controlefrequentie vindt in samenspraak met de patiënt en diens naasten plaats, bijvoorbeeld eens per week (huisarts).	-		e
Samenwerking en afstemming			
8 Percentage patiënten met (het risico op) decubitus waarbij een zorgcoördinator is benoemd.	-		e
9 Percentage risicopatiënten waarbij door de betrokken zorgverleners met één zorgdossier wordt gewerkt. Betrokken zorgverleners: huisarts en wijkverpleegkundige. Zorgdossier ligt bij de patiënt.	-		e

¹ LPZ, cijfers gebaseerd op 5.589 cliënten (respons 97,4%) van 27 instellingen voor thuiszorg, meting 1 april 2008.

² LPZ, cijfers gebaseerd op 8.110 cliënten (respons 98,0%) van 120 verzorgingshuizen, meting 1 april 2008.

^a Percentage betreft ADL- of HDL-afhankelijke cliënten; respectievelijk 53,7% / 43,8% in de thuiszorg en 73,3% / 70,8% in verzorgingshuizen (LPZ).

^b Dit percentage is met aanvullende analyses wel te extraheren. In de LPZ-rapportage van 2008 zijn de preventieve maatregelen bij 'risicocliënten' uitgesplitst naar anti-decubitusmatrassen (in 66,5% van de gevallen *niet* gebruikt in TZ; in VZ 56,8%), anti-decubituskussens (in 68,1% van de gevallen *niet* gebruikt in TZ; in VZ 69,4%) en andere preventieve maatregelen (bijvoorbeeld wissellegging 6,1% in TZ; 5,8% in VZ of hielen vrij leggen 9,9% in TZ; 8,7% in VZ).

^c Percentage betreft alle wonden (dus vanaf graad 1 en ongeacht plaats/periode van ontstaan).

^d Percentage betreft 'voorlichting en instructie'. Dit zou een mogelijke operationalisatie van deze indicator kunnen zijn.

^e Geen cijfers beschikbaar.

Geconcludeerd kan worden dat enkele indicatoren wat betreft de gegevensverzameling in principe haalbaar zijn. Zo zijn er gegevens beschikbaar voor de indicatoren 1, 3a, 3b en 4. Met aanvullende analyses is bovendien indicator 2 te berekenen, met de kanttekening dat

deze indicator mogelijk lastig uitvoerbaar is vanwege de complexe vaststelling van adequate preventieve maatregelen. Mogelijk zijn in de toekomst de indicatoren 5-9 eveneens haalbaar via de LPZ door enkele vragen aan de meting toe te voegen. Hierbij zijn de indicatoren 8 en 9 waarschijnlijk beter uit te vragen op praktijk- of organisatie-niveau. Alleen bij volledige registratie van de gegevens kan op een betrouwbare manier informatie over de kwaliteit van zorg verstrekt worden.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Discussie

Op het gebied van eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus zijn verschillende indicatoren beschikbaar. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 65 indicatoren ten aanzien van de zorgaspecten risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek, behandeling en verzorging, monitoring en samenwerking en afstemming van zorg. In dit aantal is rekening gehouden met overlap tussen dezelfde indicatoren. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op diagnostiek en behandeling en verzorging. Voor monitoring bleek slechts één indicator beschikbaar. Waarschijnlijk omdat samenwerking en afstemming weinig belicht worden in de (beroepsgebonden) richtlijnen, bleken er nauwelijks indicatoren voorhanden op het gebied van decubitus. Vanwege de eerstelijnsbrede insteek van het Voorhoedeproject is naast het zorginhoudelijk, patiëntgebonden handelen expliciet aandacht besteed aan continuïteit van zorg. De zorg voor mensen met (het risico op) decubitus leent zich prima voor een dergelijke benadering gezien de verschillende (ook niet- decubitusgerelateerde) disciplines die bij de zorg betrokken kunnen zijn. Daarom werden algemene ketenindicatoren of indicatoren ontwikkeld voor een andere aandoening, maar mogelijk ook van toepassing op de zorg voor mensen met (het risico op) decubitus, meegenomen in dit project. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren, leidde uiteindelijk tot identificatie van negen indicatoren voor de kernset. Na consultatie van experts werden vijf indicatoren aangepast.

Bij de selectie van de indicatoren kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn de relevantiecriteria met betrekking tot geschiktheid voor publieke informatie en voor de verschillende doelgroepen subjectief van aard. Dit probleem werd zo veel mogelijk ondervangen door de indicatoren door twee personen onafhankelijk van elkaar te laten scoren. Toch is het mogelijk dat hierdoor een aantal indicatoren onterecht is afgevallen of doorgesluist naar de volgende criteria. Het is echter de vraag in hoeverre dit van invloed is geweest op de uiteindelijke samenstelling van de set.

Een tweede kanttekening betreft de relatief zware rol die tijdens de selectie aan nationale richtlijnen is toegekend. Hier is voor gekozen omdat publieke informatie onder andere opgevat kan worden als verantwoordingsinformatie. Dergelijke informatie dient gebaseerd te zijn op (evidence-based) aanbevelingen en afspraken die professionals zelf verwoorden in 'eigen' richtlijnen. Bovendien komt de toepassing van richtlijnen de inhoudsvaliditeit van de set ten goede. Een beperking echter die het gebruik van richtlijnen met zich meebrengt is de selectie van zorgtaken; in richtlijnen ligt de nadruk op het (para)medisch handelen

rondom decubitus. Zo is er minder aandacht voor (zorg)taken op het gebied van comorbiditeit, patiëntinbreng of –betrokkenheid, continuïteit van zorg en praktijkmanagement. Ten slotte zijn richtlijnen onderhevig aan veroudering, hetgeen de noodzaak van regelmatig onderhoud en updaten van de hier gepresenteerde set onderstreept.

Een derde kanttekening bij de selectie betreft (het scoren van) de klinimetrische eigenschappen; dit criterium is steeds coulant beoordeeld; wanneer slechts informatie voorhanden was over de inhoudsvaliditeit of over de gevolgde procedure van ontwikkelen waardoor de betreffende indicator als inhoudsvalide kon worden beschouwd, werd het criterium positief gescoord. Andere klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, zullen in de praktijk getest moeten worden. De praktijktest in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens.

Ten slotte kan bij de selectie van indicatoren als mogelijke beperking worden aangevoerd dat uitgegaan is van reeds bestaande en beschikbare indicatoren. Nu zijn er op het gebied van decubitus diverse indicatoren ontwikkeld waardoor er in zorginhoudelijke zin een compleet beeld van de kwaliteit van zorg verkregen kan worden. Zoals eerder aangegeven waren er echter nauwelijks indicatoren voorhanden die uitdrukking geven aan monitoring en de samenwerking en afstemming tussen professionals. Het is evenwel aannemelijk dat met de hier gepresenteerde selectie uit de huidige beschikbare indicatoren (aangevuld met algemene ketenindicatoren of aangepaste indicatoren, oorspronkelijk bedoeld voor een ander zorgproduct), een inhoudelijk valide indicatie gegeven kan worden van de kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) decubitus.

De hier gepresenteerde set kan aldus beschouwd worden als een inhoudelijk valide set van indicatoren voor publieke informatie; middels de gehanteerde selectiemethodiek, waarbij zwaar geleund is op nationale aanbevelingen in de diverse richtlijnen, in combinatie met de consultatie van experts, is gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit van de set. De set is nu gereed om voorgelegd te worden aan de betrokken partijen voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld; verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer hierover consensus is bereikt en de set eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test in een aantal thuiszorgorganisaties en verzorgingshuizen om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De haalbaarheid heeft dan zowel betrekking op de beschikbaarheid van de gegevens als (voldoen)de aantallen patiënten voor betrouwbare informatie. Beperkingen in de haalbaarheid kunnen immers eveneens gevolgen hebben voor de samenstelling van de set. Uit de praktijktoets in dit project bleek dat momenteel voor slechts een beperkt aantal indicatoren gegevens voorhanden zijn; mogelijk zijn in de toekomst echter de overige indicatoren eveneens haalbaar door aan de huidige meting enkele vragen toe voegen. De qua meetbaarheid meer complexe indicator 2 (adequate preventieve maatregelen), ten slotte, is vanuit inhoudelijke overwegingen in de set gehandhaafd; voor implementatie zal deze een nadere specificering behoeven. Overigens is ook na vaststelling en implementatie van de set van indicatoren regelmatig

onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd.

De 'ruwe' indicatorpercentages, ten slotte, zouden niet zonder beschouwing van andere factoren geïnterpreteerd moeten worden als maat voor goede zorg. Bij onderlinge vergelijking dient rekening te worden gehouden met verschillen in case-mix. Dit is met name van belang bij uitkomstmaten omdat bijvoorbeeld patiëntkenmerken (zoals leeftijd) of therapietrouw de resultaten beïnvloeden, terwijl procesindicatoren uitdrukking geven aan het handelen zelf waarbij over het algemeen verwacht mag worden dat deze plaatsvinden volgens de richtlijn, ongeacht bijvoorbeeld het geslacht of de leeftijd van de patiënt. Uit een studie van Bours et al. [33] naar een aantal case-mixfactoren voor ziekenhuisvergelijking van nosocomiale prevalentie van decubitus vanaf graad 2 kwamen de volgende acht case-mixfactoren naar voren: leeftijd, activiteit (item uit Braden-schaal), mate van ondervoeding, mobiliteit (item uit Braden schaal), frictie/schuifkracht (item uit Braden-schaal), incontinentie, zintuiglijke waarneming (van druk en pijn) (item uit Braden-schaal) en het afdelingsspecialisme. Deze factoren bleken onafhankelijk van elkaar van invloed op het voorkomen van decubitus. Hier kan echter niet direct van worden afgeleid dat dit de factoren zijn waarvoor bij vergelijking in de eerste lijn gecorrigeerd moet worden. Voor wat betreft het specialisme zou bijvoorbeeld gekozen kunnen worden voor het uitsluiten van (normale) kraamzorg en palliatieve zorg in de doelpopulatie. Overigens identificeerde Nixon [34] op basis van een review van 16 studies de volgende kernfactoren voor de ontwikkeling van decubitus, in volgorde van belangrijkheid: mobiliteit, voedingstoestand, weefseldoorbloeding, leeftijd en huidconditie. Een alternatieve manier om bij vergelijking rekening te houden met beïnvloedende factoren is het prevalentiecijfer betrekking te laten hebben op een specifieke groep patiënten; hoe specifiek de doelgroep (noemer van de indicator, bijvoorbeeld patiënten met een vastgesteld risico op decubitus), hoe minder gevoelig de indicator is voor beïnvloedende factoren. Er wordt op deze manier immers al rekening gehouden met bepaalde factoren die van invloed zijn op het voorkomen van decubitus. Hierdoor is een nauwkeuriger vergelijking mogelijk van de prestaties tussen zorgprofessionals en -aanbieders. Wel moet opgemerkt worden dat de methode van risico-inschatting nog niet optimaal betrouwbaar is.

In dit project werd gefocust op de directe patiëntenzorg en de continuïteit ervan. Voor informatie over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn, onder andere ten aanzien van voorlichting en advies, verwijsbeleid, medicatiebeleid en dossiervoering, wordt verwezen naar het afzonderlijke rapport dat in dezelfde reeks als dit rapport is verschenen. Behalve de professionele kwaliteit van het zorginhoudelijk handelen en de organisatie daarvan, kan de kwaliteit van zorg afgemeten worden aan de hand van ervaringen van patiënten. Vanwege mogelijke overlap met het traject van de Consumer Quality Index (CQ-index), waarmee de ervaringen van patiënten met de gezondheidszorg worden gemeten, zijn deze hier buiten beschouwing gelaten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van *patient reported outcomes*, zoals pijn of fysiek functioneren kunnen echter, naast indicatoren die uitdrukking geven aan de professionele kwaliteit, de kwaliteit van de praktijkorganisatie en patiëntervaringen, een zinvolle aanvulling zijn binnen het totale concept van de kwaliteit van zorg.

Conclusie

Op basis van systematische selectie en consultatie van experts konden 9 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het eerstelijns zorgproces voor mensen met (het risico op) decubitus in beeld brengen. De meeste indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf, als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; de praktijktoets in dit project wees uit dat voor een beperkt aantal indicatoren reeds gegevens voorhanden zijn, terwijl de overige indicatoren in de toekomst mogelijk eveneens haalbaar zijn vanwege de aanwezige infrastructuur. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

REFERENTIES

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast. Den Haag: IGZ, 2004.
- 2 Halfens RJG, Meijers JMM, Neyens JCL, Offermans MPW. Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht, onderzoeksinstituut Caphri, Department Health care and Nursing Science, 2008.
- 3 Chel VGM, Germs PH, Wal J van der, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. Huisarts en Wetenschap 1999;42:165-172.
- 4 European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Pressure ulcer guidelines 1998. London.
- 5 CBO. Decubitus. Tweede herziening. Utrecht: CBO, 2002.
- 6 Laat E de. Critical Pressure. Pressure ulcer care in critically ill patients and hospitalised patients at large. (Thesis). Nijmegen: UMC St Radboud, 2006.
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inspectieformulier Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis ten behoeve van de Pilot Normen voor Verantwoorde Zorg, augustus 2006. <http://www.igz.nl/> geraadpleegd 25 september 2007.
- 8 VIKC. Richtlijn Decubitus, januari 2006. www.oncoline.nl.
- 9 Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW). Wijkverpleegkundige Standaard Decubitus. Utrecht: LVW, 2005.
- 10 Werkgroep Infectie Preventie. Lichaamsverzorging van de cliënt. Richtlijn 2004.
- 11 CBO. Model Stuursysteem Decubituszorg. Het sturen van decubituszorg op basis van indicatoren en de evidence based richtlijn decubitus. Utrecht: CBO, 2003.
- 12 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
- 13 Vriezen JA, Bont M de, Kolnaar BGM, Romeijnders ACM, Engelsman C, Germs PH, Schoonhoven L, Flikweert S. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Decubitus. Huisarts en Wetenschap 2004;47(13):652-654.
- 14 Groen H, Liedmeier B, Piersma J, Stelt I van der (Red.). Samenwerking en logistiek rond decubitus (Salode). Tripartiete multidisciplinaire richtlijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NNVVA), 2003.
- 15 Defloor T, Herremans A, Grypdonck M et al. (2004). Herziening Belgische Richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- 16 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline Pressure ulcer risk assessment and prevention. London: NICE, 2001.
- 17 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK), 2003.
- 18 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) sponsored the development of guideline 3 on Prediction and prevention of pressure ulcers (1992) and guideline 15 on Treatment of pressure ulcers (1994). Available at: www.ahrq.gov/CLINIC/cpgonline.htm.
- 19 Australian Wound Management Association. *Clinical Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers*. Perth, Australia: Cambridge Publishing, 2001. Available at: www.awma.com.au.
- 20 VWS (2004). Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie VWS.
- 21 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. www.qualitymeasures.ahrq.gov, geraadpleegd 25 juni 2008.
- 22 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren. Resultaten inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. Den Haag: IGZ, 2006.
- 23 ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN. Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg. Oktober 2007.
- 24 Nationale Zorgmonitor Decubitus: www.decubitus-nederland.nl geraadpleegd 13 september 2007.
- 25 Vilans. Overzicht indicatoren decubitus voor de uitvoering van het Zorg voor Beter Verbetertraject Decubitus. www.vilans.nl. Geraadpleegd 20 juli 2009.
- 26 Bates-Jensen BM, MacLean CH. Quality Indicators for the Care of Pressure Ulcers in Vulnerable Elders. JAGS 2007;55:S409-S416.
- 27 American Medical Directors Association (AMDA). Tool kit for implementation of the clinical practice guidelines for pressure ulcers. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2004.

- 28 Huijsman R, Hagens M. Geïntegreerde eerstelijnszorg expliciteert en contracteert prestaties. <http://82.94.69.36/nieuws/2007/docs/PIG070906.pdf>. Geraadpleegd 16 oktober 2007.
- 29 Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;2:141-146.
- 30 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Werkverslag naar aanleiding van de Invitational Conference ketenzorg en toezicht op 5 juni 2007. Utrecht: IGZ, juni 2007.
- 31 Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado, K et al. Pressure Ulcer Classification: Differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2005.
- 32 Defloor T, Clark M, Witherow A, Colin D, Lindholm C, Schoonhoven L, Moore Z; European Pressure Ulcer Advisory Panel. EPUAP Statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence. *Tissue Viability Society* 2005 15 3:20-27.
- 33 Bours GJJW, Halfens RJG, Berger MPF, Huier Abu-Saad H, Grol RTPM. Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcers prevalence rates. *Medical Care* 2003,41(1):45-55.
- 34 Nixon J. Pressure ulcers. In: Morison M, Ovington L, Wilkie K (Eds.). *Chronic Wound Care*. Edinburgh: Mosby, 2004, p. 227-245.
- 35 Sting (landelijke beroepsvereniging verzorging) & NIZW. Decubitus. Handwijzer voor verzorgden. Voorkomen beter dan genezen. De handwijzer is te downloaden via: www.zorgvoorbeter.nl/docs/decubitus.pdf.

BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren

Ten aanzien van elk zorgaspect heeft systematische selectie plaatsgevonden aan de hand van onderstaande selectiecriteria. Deze zijn in de genoemde volgorde toegepast en beoordeeld met “ja”, “nee”, “?” of “niet van toepassing”:

(1) Relevantie (afgeleid van NQMC) [21]

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld verschillende typen antidecubitusmatrassen - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk, zorggroep, of thuiszorgorganisatie);
- Doelgroep: inschatting dat de informatie relevant is voor patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en inspectie, en voor professionals zelf;
- Impact op de gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant, bijvoorbeeld in termen van een hoge prevalentie of incidentie, en heeft effect op de ziektelast, zoals mortaliteit en morbiditeit;
- Toepasbaarheid op verschillende groepen van patiënten binnen de totale doelgroep: de indicator is stratificeerbaar; met de indicator kan de mate van (gelijke) verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten gemeten worden;
- Ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg: het is in zijn algemeenheid bekend dat de kwaliteit van zorg zoals uitgedrukt met de indicator laag is of dat er variatie is tussen professionals of organisaties;
- Beïnvloedbaarheid van de zorg: de resultaten van de indicator kunnen omgezet worden in acties of interventies in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op de relevant bevonden indicatoren - een indicator dient daarbij aan alle genoemde criteria voor relevantie te voldoen, met hooguit twee keer een “?” - vindt verdere selectie plaats:

(2) Nationale aanbevelingen

Bij keuze tussen verschillende indicatoren geven nationale aanbevelingen de doorslag. Indien alleen indicatoren beschikbaar zijn die afwijken van Nederlandse richtlijnen, wordt gekeken of deze aangepast kunnen worden. Dit selectie criterium is niet van toepassing op incidentie- en prevalentie-indicatoren.

De indicatoren die betrekking (kunnen) hebben op nationale aanbevelingen of waarbij dit criterium niet van toepassing is (bijvoorbeeld prevalentie), komen in aanmerking voor verdere selectie:

(3) Getest op validiteit en betrouwbaarheid

Bij keuze tussen indicatoren waarbij informatie voorhanden is over goede validiteit en betrouwbaarheid en indicatoren die nog in ontwikkeling zijn of waarbij dergelijke informatie ontbreekt, wordt gekozen voor eerstgenoemde indicator(en).

In geval er alleen indicatoren beschikbaar zijn die nog in ontwikkeling zijn of waarvan informatie over klinimetrische kenmerken ontbreekt, volstaan deze indicatoren en worden de volgende criteria toegepast:

(4) Richting van de indicator

Bij keuze tussen positieve of negatieve informatie is gekozen voor een positieve richting omdat op deze manier de nadruk wordt gelegd op de geleverde prestaties. Dit criterium geldt voor structuur- en procesindicatoren.

In geval er alleen in negatieve richting geformuleerde structuur- of procesindicatoren beschikbaar zijn, passen wij zo mogelijk de richting aan.

(5) Meetbaarheid en inspanningen voor de gegevensverzameling

Nagaan of de indicator meetbaar is. Bij keuze tussen indicatoren die verder ook aan bovenstaande criteria voldoen wordt gekozen voor indicatoren met de minste inspanningsvereisten voor de gegevensverzameling.

BIJLAGE 2 Functionele omschrijving eerstelijns decubituszorg

Met een functionele omschrijving wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken zijn beschreven en de mogelijke uitvoerders daarvan zijn benoemd. Op basis van de richtlijnen kunnen de primaire zorgtaken voor decubitus ingedeeld worden naar risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek, behandeling en verzorging, monitoring en samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Wie voor welke zorgtaak de uitvoering in handen heeft, kan tussen patiënten verschillen. Uitgangspunt in dit project is dat de decubituszorg goed wordt uitgevoerd; wie de taak uitvoert is daaraan ondergeschikt. Volgens de LESA Decubitus [13] wordt de zorg voor mensen met (het risico op) decubitus in de thuissituatie vooral gegeven door (wijk)verpleegkundigen³ en huisartsen. Daarbij is voor een aantal zorgtaken sprake van overlap. Het is dus van belang dat de zorg onderling goed is afgestemd. Concreet kan daarbij gedacht worden aan het werken met (dezelfde) inhoudelijke protocollen of richtlijnen ten behoeve van eenduidige decubituszorg (dit betreffen primaire zorgtaken). Ook kan gedacht worden aan een ketenprotocol of een andere samenwerkingsafspraken, ten behoeve van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de zorgverlening. Zo wordt in de LESA Decubitus aanbevolen om op regionaal niveau afspraken te maken over de zorgcoördinatie (huisarts of wijkverpleegkundige). Ten slotte kan gedacht worden aan een patiëntgebonden zorgplan, zorgdossier of zorgpas ten behoeve van de onderlinge communicatie. In de LESA Decubitus wordt gesteld dat er een zorgdossier bij de patiënt ter inzage moet liggen en dat daarin onder andere wordt vastgelegd wie de zorgcoördinator is en wie verantwoordelijk is voor welke taak. Bovendien dient het gegevens te bevatten over de zorgverlening door derden. Omdat decubitus vaak samengaat met andere zorgproblemen zullen er vaak andere, niet decubitusgerelateerde zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening. Uit het oogpunt van efficiëntie en veiligheid zullen ook die zorgverleners op de hoogte moeten zijn van, en rekening moeten houden met de preventie en eventuele behandeling van decubitus. Aldus kan gesteld worden dat afstemming van zorg een wezenlijk aspect is van decubituszorg.

Tabel 1 geeft een samenvatting van de (zorg)taken rondom decubitus op basis van de richtlijnen.

Tabel 1: Overzicht van (zorg)taken rondom decubitus

ZORGTAKEN	DOELGROEP PATIËNTEN	BETROKKEN ZORGVERLENER ^T
Risico-inventarisatie		
Schatten van het risico op decubitus	Alle patiënten in zorg	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Dagelijkse inspectie van de huid	Patiënten met risico op decubitus	(wijk)verpleegkundige
Preventie		
Voorlichting aan patiënt en mantelzorgers	Patiënten met risico op decubitus	(wijk)verpleegkundige

³ In de praktijk wordt de zorg rondom decubitus in veel gevallen uitgevoerd door verzorgenden vanwege de (AWBZ) indicatiestelling "PV" (persoonlijke verzorging). Dit geldt in het bijzonder voor preventie en de behandeling/verzorging van decubitus. Ter ondersteuning van deze beroepsgroep heeft Sting (landelijke beroepsvereniging verzorging) samen met NIZW een handwijzer over decubituszorg ontwikkeld [35]. De term wijkverpleegkundigen kan overigens vervangen worden door eerstelijnsverpleegkundigen.

ZORGTAKEN	DOELGROEP PATIËNTEN	BETROKKEN ZORGVERLENER [†]
Het treffen van preventieve maatregelen met als doel drukvermindering en drukpuntverandering	Patiënten met risico op decubitus	(wijk)verpleegkundige, huisarts, eventueel verzorgende
Diagnostiek		
Afnemen van een anamnese	Patiënten met (risico op) decubitus	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Verrichten van lichamelijk onderzoek	Patiënten met (risico op) decubitus	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Beoordelen van de ernst van decubitus	Patiënten met decubitus vanaf graad 1	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Behandeling /verzorging van decubitus		
Wondbehandeling en wondverzorging	Patiënten met decubitus vanaf graad 2	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Toepassen van preventieve maatregelen	Patiënten met decubitus vanaf graad 1	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Bij graad 1 alleen preventieve maatregelen toepassen	Patiënten met decubitus graad 1	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Verwijzen (naar fysiotherapeut, diëtist, chirurg, specialistische zorg)	Patiënten met (risico op) decubitus	huisarts en (wijk)verpleegkundige in onderling overleg
Adviseren van patiënt en/of verpleegkundige over activeren, mobiliseren, aanpassingen van houdingen in bed of stoel	Patiënten met (risico op) decubitus	fysiotherapeut
Verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt	Patiënten met (risico op) decubitus	diëtist
In geval van terminale zorg kan meestal volstaan worden met het verschonen van het verbandmateriaal (wondverzorging) en het zorgdragen voor een goede pijnbestrijding	Terminale patiënten met decubitus vanaf graad 2	(wijk)verpleegkundige, huisarts
Monitoring		
Ten minste één keer per week de wond controleren. Frequentie hangt van de aard van de wond, het geschatte risico op complicaties, de genezingstendens van de wond en de mogelijkheden van wijk- en mantelzorg	Patiënten met decubitus	huisarts
De frequentie van wondcontrole wordt bepaald door de graad van de decubitus en de aanwezigheid van oorzaken en/of beïnvloedende factoren. Met alle betrokkenen worden de gezamenlijke evaluatiemomenten vastgesteld. De frequentie is afhankelijk van de situatie van de patiënt en de mantelzorger.	Patiënten met decubitus	(wijk)verpleegkundige
Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners		
Afspraken over een eenduidige inhoudelijke zorgverlening (bijvoorbeeld werken met dezelfde richtlijn of standaard).	Patiënten met (risico op) decubitus	betrokken zorgverleners
Afspraken over taken, verantwoordelijkheden en zorgcoördinatie.	Patiënten met (risico op) decubitus	betrokken zorgverleners
Communicatie via een patiëntgebonden zorgdossier.	Patiënten met (risico op) decubitus	betrokken zorgverleners

[†] Deze opdeling naar zorgtaken doet geen recht aan de multidisciplinaire aanpak en de uitvoering in de praktijk. De hier genoemde zorgverleners zijn volgens de richtlijnen de meest aangewezen professionals bij de betreffende zorgtaken. In de praktijk wordt de zorg rondom decubitus ook uitgevoerd door verzorgenden.

BIJLAGE 3 Leden projectgroep

Mevr. Dr. J. Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. H. Calsbeek, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Prof. Dr. R. Grol, afdelingshoofd Kwaliteit van Zorg, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Mevr. Drs. I. Maassen, onderzoeksassistent sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. L. Schoonhoven, senior onderzoeker, sectie Verplegingswetenschap, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Dr. M. Wensing, coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen.

BIJLAGE 4 Lijst van experts en vertegenwoordigers betrokken disciplines⁴

Mevr. Drs. M. de Bont, beleidsadviseur, V&VN eerstelijnsverpleegkundigen, Utrecht.

Mevr. I. Borghuis, senior beleidsadviseur innovatie, ActiZ, Utrecht.

Prof. Dr. T. Defloor, universitair docent, Verplegingswetenschap, Universiteit Gent.

Dr. R. Halfens, projectleider Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Department of Health and Nursing Science, Universiteit Maastricht.

Dr. B.G.M. Kolnaar, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid (onder andere NHG-Standaard Decubitus, LESA Decubitus), NHG, Utrecht.

Dr. H.E.W. de Laat, verpleegkundig specialist decubituszorg Regionaal Expertisecentrum Decubitus (RED), Nijmegen en senior onderzoeker sectie Verplegingswetenschap, IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen;

Mevr. Drs. E. Poot, adviseur richtlijn- en indicatorenontwikkeling, LEVV, Utrecht.

P. D. Quataert, verpleegkundig specialist decubitus/wond, Stichting ZorgSaam, Terneuzen, Voorzitter V&VN Decubitus en Wondconsulenten, Utrecht.

Mevr. W. Remijnse, beleidsadviseur, NVD, Houten.

Drs. A.L.J. Verhoeven, senior beleidsmedewerker, KNGF, Amersfoort.

⁴ Naamsvermelding betekent niet dat iedere referent het rapport inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomanagement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkraake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mookink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.