

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), na meer dan 15 jaar nog steeds actueel en belangrijk voor de zorgkwaliteit

J. Schols, J. Meijers, N. van Nie, E. Meesterberends, J. Neyens, R. Halfens*

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht meet jaarlijks de prevalentie van een aantal relevante zorgproblemen in gezondheidszorginstellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. Behalve de prevalentie worden ook de preventie en de behandeling van de zorgproblemen op cliëtniveau gemeten, terwijl op afdelings- en instellingsniveau een aantal kwaliteitsindicatoren beoordeeld worden.

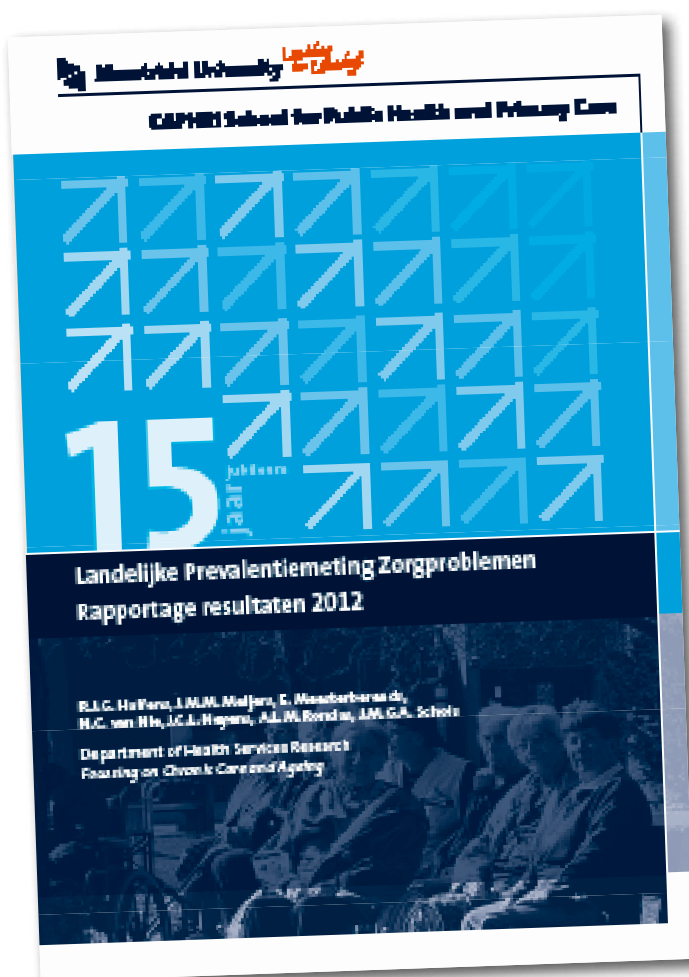
De LPZ startte in 1998 als een eenmalige meting om meer inzicht te krijgen in de prevalentie van decubitus. In 89 instellingen (ziekenhuizen en verpleeghuizen) werd bij elke aanwezige cliënt de prevalentie, de preventie en de behandeling van decubitus gemeten. Elke instelling kreeg vervolgens de eigen resultaten en kon deze vergelijken met de resultaten van vergelijkbare instellingen. Al snel bleek dat zorgorganisaties grote behoefte hadden aan dergelijke informatie, die tot dan toe nog uniek was in de gezondheidszorg. De meting is in de jaren daarna voortgezet en vond steeds plaats op de eerste dinsdag van april. In april 2012 gebeurde dit voor de vijftiende maal en bij het verschijnen van dit artikel zal de zestiende meting ook al zijn uitgevoerd. De zorgproblemen die op dit moment gemeten worden zijn: decubitus, incontinentie, smetten, ondervoeding, valincidenten, vrijheidsbeperkende maatregelen, chronische wonden en infecties.

Hoe werkt het?

Instellingen/zorgorganisaties kiezen vooraf welke zorgproblemen worden gemeten en ontvangen vervolgens alle materialen, inclusief de benodigde vragenlijsten, om de metingen uit te voeren. Het aantal participerende instellingen, vooral ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, is in de loop der jaren gestegen tot ongeveer driehonderd per jaar.

Kenmerkend voor de LPZ is dat alle cliënten van de deelnemende afdelingen of zorgeenheden gemeten worden en ook dat zij op een en dezelfde dag gemeten worden. Daarbij wordt elke cliënt door twee zorgverleners beoordeeld, een van de afdeling waar de cliënt verblijft en een van een andere afdeling. De gegevens worden voor een deel verzameld bij de cliënt zelf (bijvoorbeeld de

aanwezigheid van decubitus, het daadwerkelijke gebruik van preventieve maatregelen, de toegepaste wondverbanden etc.). Voor een ander deel komen ze uit de medische en/of zorgdossiers (bijvoorbeeld opname-datum, ziektebeeld) en tenslotte worden ze deels ook vooraf geregis-



treed gedurende een bepaalde periode (zoals het aantal valincidenten in de afgelopen maand, of de gebruikte vrijheidsbeperkende maatregelen in de afgelopen zeven dagen). In de thuiszorg wordt de meting om praktische redenen alleen uitgevoerd door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige op het moment dat ze voor de eerste maal tijdens vier meetdagen bij de cliënt komt. Ter controle worden vervolgens door de coördinator van de thuiszorgorganisatie willekeurig twintig cliënten opnieuw beoordeeld. Betrouwbaarheidsanalyses laten zien dat de interrater betrouwbaarheid in de thuiszorg hoog is.

De gegevens worden na afloop van de meting door de instelling zelf via een web-based programma ingevoerd. Sinds twee jaar kunnen de gegevens ook direct bij de cliënt ingevoerd worden met behulp van een laptop of tablet. Dit biedt diverse voordelen. Niet alleen is men na afloop van de meting ook helemaal klaar, maar belangrijker nog is het feit dat men geen gegevens meer mist, omdat men alleen verder kan in het invoerprogramma als alle gegevens correct zijn ingevoerd. Het invoerprogramma volgt namelijk een bepaalde routing, zodat er meteen gecorrigeerd wordt voor een foutieve invoer.

Na invoering van de gegevens krijgen de instellingen binnen enkele dagen hun resultaten in de vorm van tabellen. Zodra alle instellingen de gegevens hebben ingevoerd (na zes tot acht weken) krijgt men ook de landelijke gegevens van vergelijkbare instellingen en de daarbij behorende soorten afdelingen, zodat directe vergelijking mogelijk is (benchmarking noemen we dat).

Waar leidt het toe?

Bij de eerste prevalentie-meting in 1998 bleek decubitus vele malen vaker voor te komen dan verwacht. In de loop van de jaren is de prevalentie van decubitus in de meeste zorgsectoren flink afgenomen. Ook bij de andere zorgproblemen is een daling van de prevalentie te zien. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat de ernst van de zorgproblemen door de meting onder de aandacht komt en men daardoor start met verbeteracties. Nadere analyses van de daling van de prevalentie van decubitus in algemene ziekenhuizen heeft bijvoorbeeld geleerd dat deze deels verklaard kan worden door een toename van het gebruik van preventieve maatregelen. Een goede ontwikkeling dus. Verder bleek bij analyse van de daling die geconstateerd is voor ondervoeding, dat bij instellingen die vaker met de LPZ hebben meegedaan, de prevalentie meer afneemt dan bij instellingen die minder vaak hebben meegedaan. De vermoedelijke verklaring is dat men door te meten aandacht creëert, welke een belangrijke prikkel is om de kwaliteit van zorg daadwerkelijk zelf te verbeteren.

Toekomst...

De doelstelling van de LPZ is in de loop der jaren geleidelijk aan verschoven van het primair geven van inzicht in de prevalentie van zorgproblemen, naar het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering. De opbouw van het meetinstrument biedt daartoe immers veel mogelijkheden. Het instrument meet namelijk zowel uitkomstindicatoren (prevalentie van zorgproblemen), procesindicatoren (preventie en behandeling) als structuurfactoren (kwaliteitsindicatoren op instellings- en afdelingsniveau).

Desondanks is het voor de gemiddelde zorgorganisatie niet eenvoudig om op basis van de LPZ-gegevens een verbetertraject te starten. De eerste drempel ligt al bij het interpreteren van de resultaten. Men krijgt een groot aantal tabellen met resultaten, voor elk zorgprobleem apart. Deze grote hoeveelheid tabellen blijkt voor de meeste zorgverleners niet eenvoudig te interpreteren. Men ziet al gauw door de bomen het bos niet meer. Een goede interne analyse kost bovendien veel tijd en werk.

Vandaar dat de LPZ nu is overgegaan op het presenteren van de resultaten aan de hand van een zogenaamd dashboard. Voor de zorgproblemen decubitus en ondervoeding zijn deze al gereed. Een instelling kan nu in een oogopslag de prevalentie door de jaren heen vergelijken met het landelijke gemiddelde. Wanneer er meer locaties van een zorgorganisatie deelnemen, kunnen deze zelfs in een oogopslag onderling vergeleken worden. Hetzelfde geldt voor de onderscheiden afdelingen.

Behalve deze meer inzichtelijke dashboards is, in samenwerking met Vilans en aan de LPZ deelnemende zorgorganisaties, ook een beslisboom ontwikkeld waarmee zorgorganisaties hun data zelf kunnen interpreteren, om na te gaan waar eventuele verbeteringen mogelijk zijn en hoe ze dit het beste kunnen aanpakken. Daarvoor worden bij elk onderdeel in de beslisboom ook 'best practices' beschreven die ontwikkeld zijn naar aanleiding van de landelijke projecten van 'Zorg voor Beter' en 'Sneller Beter' en ook vanuit de landelijke 'Stuurgroep Ondervoeding'. Het betreft hier projecten die uiteraard, waar mogelijk, gebaseerd zijn op evidence based richtlijnen of interventies. Daarmee is de LPZ tot een integraal kwaliteitsinstrument voor zorgorganisaties geworden.

Buiten de grenzen

Sinds 2001 zijn in Duitsland volgens dezelfde LPZ-methode ook decubitusmetingen uitgevoerd. Opmerkelijk was en is dat de prevalentie van decubitus in Duitsland veel lager blijkt te zijn, zowel in de ziekenhuizen als verpleeghuizen. Vandaar dat een nieuwe studie uitgevoerd is in verpleeghuizen, waarbij 600 nieuw opgenomen cliënten, verdeeld over tien Nederlandse en elf Duitse verpleeghui-

zen, drie maanden gevolgd zijn. De resultaten van deze studie worden in de tweede helft van 2013 gepubliceerd.

Het succes van de LPZ in Nederland is niet onopgemerkt gebleven in het buitenland. Sinds 2009 vindt de LPZ ook plaats in Oostenrijk, Zwitserland en Nieuw-Zeeland en sinds 2011 zijn alle ziekenhuizen in Zwitserland ook verplicht met de LPZ mee te doen. Op dit moment zijn er voorbereidingen gestart om in 2013 de eerste metingen van de LPZ in Indonesië en Brazilië te starten. De invoer van de gegevens vanuit alle participerende landen vindt plaats via het webbased programma van de Universiteit Maastricht, zodat optimale controle van de vergelijkbaarheid mogelijk is. Omdat in elk land hetzelfde instrument en dezelfde instrumenten toegepast worden, vormt dit een ideale basis om gegevens tussen landen te vergelijken en letterlijk van elkaar te leren.

Wetenschappelijke waarde

Omdat overal dezelfde instrumenten gebruikt worden, zijn de gegevens van de inmiddels enorme database vanuit allerlei invalshoeken te bestuderen en te vergelijken (bijvoorbeeld verschillen in prevalentie van zorgproblemen tussen typen instellingen en landen) én ook op relevante verbanden te analyseren (bijvoorbeeld de relatie tussen gevonden prevalentiecijfers en proces- of structuurfactoren en ook bijvoorbeeld het verband tussen decubitus en ondervoeding).

Conclusie

We mogen concluderen dat de LPZ door de jaren heen de kwaliteitsmonitor van de basiszorg in de Nederlandse gezondheidszorg is geworden. De LPZ geeft zorgorganisaties concrete aanwijzingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en biedt ook de wetenschap mogelijkheden om nader onderzoek te doen naar zorgproblemen. Nu de LPZ ook internationaal metingen verricht, krijgen we steeds meer inzicht in de kwaliteit van de basiszorg in andere landen en dus ook mogelijkheden om ook internationaal van elkaar te leren.

Nadere informatie over de LPZ is te vinden op www.lpz-um.eu

** Prof. dr. Jos Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde, dr. Judith Meijers, onderzoeker, drs. Noémi van Nie, onderzoeker, drs. Esther Meesterberends, onderzoeker, dr. Jacques Neyens, onderzoeker, dr. Ruud Halfens, projectleider, drs. Suzanne Rijcken, onderzoeksassistent en drs. Saskia Wolters, onderzoeksassistent, allen Universiteit Maastricht.*