

LPZ stelt een diagnose als je de zorgkwaliteit wilt verbeteren

J. Rosier*

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) geeft zorginstellingen inzicht in de kwaliteit van hun basiszorg. In 2016 is de LPZ vernieuwd. Het invullen kost nu minder tijd en de uitkomsten zijn overzichtelijker. Ruud Halfens, universitair hoofddocent Verplegingswetenschap aan de Universiteit Maastricht, is grondlegger en projectleider van de LPZ. Hij vertelt over de vernieuwing en het belang van de meting.

LPZ

De LPZ is een jaarlijkse meting. Zorginstellingen die eraan deelnemen, meten één dag in het jaar verschillende zorgproblemen bij patiënten en cliënten. Het gaat om decubitus, ondervoeding, incontinentie, vallen, vrijheidsberkende maatregelen en pijn. Ook gegevens over preventie en behandeling worden meegenomen in de meting. De LPZ vindt plaats in een groot aantal ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties, zodat de instellingen zich kunnen vergelijken met soortgelijke instellingen en afdelingen. In 2016 is de LPZ op basis van de wensen van zorginstellingen omgevormd tot de LPZ 2.0. De vragenlijst is ingekort, de meting vereist minder tijd en de uitkomsten worden overzichtelijker gepresenteerd, in dashboards.

Veranderingen in LPZ 2.0

Wat is in de LPZ 2.0 veranderd aan de meting voor decubitus?
‘Daar is niet veel aan veranderd. Wel is het aantal preventieve maatregelen dat we meten teruggebracht. Ook nemen we wondbehandelingen niet meer mee, omdat de uitkomsten daarvan weinig gebruikt werden. Verder is in de meting van 2016 het bepalen van risicopatiënten met de Bradenschaal weggelaten en vervangen door het klinisch oordeel. De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) concludeert namelijk dat het klinische oordeel en het gebruik van risicoschalen vergelijkbare uitkomsten geven. Geen van beiden zijn nauwkeurig, maar ze geven wel een bruikbare indicatie. Daarom vroegen we naar het klinische oordeel. Uit de reacties van de instellingen bleek echter dat zij toch liever de Bradenschaal gebruiken. In de meting van 2017 is deze weer toegevoegd.’

Tijdwinst

Waarom zit de tijdswinst bij het meten?

‘De LPZ meet nu niet meer de zorgproblemen smetten en chronische wond. Bij andere zorgproblemen is het aantal

vragen flink verminderd, bijvoorbeeld bij de zorgproblemen vallen en ondervoeding. Verder hebben we de LPZ nu zo opgezet dat je veel gegevens rechtstreeks uit het elektronische cliëntendossier kunt uploaden.’

Zorgprobleem pijn

Het zorgprobleem pijn is juist toegevoegd. Waarom is dat gedaan?

‘We hebben instellingen gevraagd welke andere zorgproblemen ze graag gemeten willen hebben. Pijn bleek daarbij hun voorkeur te hebben. Ze willen inzicht hebben in hoeveel patiënten pijn hebben en ze willen dat vergelijken met andere instellingen. De LPZ meet de pijn, ook van cliënten die pijnstillers gebruiken. We vragen naar pijn in de afgelopen week, of de pijn chronisch of acuut is en welke pijninterventies zijn toegepast. Door zich te vergelijken met andere instellingen krijgt men inzicht in het eigen pijnbeleid en de uitvoering daarvan.’

Publiceren van de LPZ uitkomsten

U publiceerde elk jaar de uitkomsten van de LPZ, maar met de meting van 2016 bent u daarmee gestopt. Waarom?

‘Het aantal instellingen dat aan de LPZ meedoet daalt, omdat veel instellingen zelf zijn gaan meten, met name decubitus. Dat is op zich mooi, maar je moet de uitkomsten wel vergelijken met landelijke gegevens, anders weet je niet hoe goed je het doet. Instellingen zeggen tegen ons dat ze zich dan vergelijken met de landelijke LPZ-uitkomsten. Maar als alle instellingen dat doen, hebben we straks geen landelijke gegevens meer. Vandaar dat we sinds de meting van 2016 geen rapportage hebben gepubliceerd. Alleen de deelnemende instellingen krijgen een rapportage. Ook voor de meting van 2017 zullen we geen rapport publiceren. Of we dit ook weer zo doen voor de meting van 2018 weten we nog niet.’

Misschien doen minder instellingen mee aan de LPZ omdat ze denken: we doen al zo lang mee, we hebben verbeteringen

doorgevoerd, we zitten goed, het hoeft niet meer zo nodig. 'Ja, dat zal zeker een rol spelen. Maar het is belangrijk de druk erop te houden, de zorgproblemen te blijven monitoren en te blijven nagaan hoe goed je het doet. Dat weet je als je één keer per jaar de meting doet en zoveel tijd kost dat nu ook weer niet.'

Registreren en aanleveren

Instellingen registreren al veel, onder meer voor zorgverzekeraars. Levert dat geen landelijke data op waarmee ze zich kunnen vergelijken?

'De zorgverzekeraars bieden geen data voor landelijke vergelijkingen. Het Zorginstituut Nederland vraagt verpleeghuizen naar indicatoren Basisveiligheid, als onderdeel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De eerste indicatoren die daarvoor ontwikkeld zijn, zijn voor decubitus en vrijheidsbeperkende maatregelen. De komende jaren komen er meer, bijvoorbeeld voor ondervoeding en vallen. De LPZ-projectgroep is nauw betrokken bij de ontwikkeling ervan. Sterker nog, we hebben suggesties gedaan voor de indicatoren en die zijn nu ook opgenomen in de LPZ.'

Dus als je aan de LPZ meedoet, heb je meteen de indicatoren Basisveiligheid?

'Ja, we sluiten aan op de vragen die het Zorginstituut stelt. Maar geldt dan ook niet andersom dat als de je de indicatoren aanlevert aan het Zorginstituut je niet meer aan de LPZ hoeft mee te doen?

'De rol van de LPZ is diepgang bereiken. Je kunt wel weten hoeveel procent van de bewoners decubitus heeft, maar wat doe je daarmee? Met de LPZ kun je er dieper induiken. Bij decubitus bijvoorbeeld: hoeveel risicopatiënten zijn er eigenlijk in je instelling? Zijn dat er veel, dan is het logisch dat meer mensen decubitus hebben. Je kunt ook kijken welke interventies je instelling gebruikt en of je daarin afwijkt van andere instellingen. Dat kan indicaties geven om andere interventies toe te passen zodat de decubitusprevalentie weer gaat dalen. De indicatoren Basisveiligheid geven alleen aan of het goed of slecht gaat met je bewoners. Maar er wordt geen onderliggende diagnose gesteld. Dat doet de LPZ wel.

Verder zijn we ermee bezig de uitkomsten van de meting ook beter op de afdelingen bekend te maken. Eén van de bezwaren van verpleegkundigen en verzorgenden is dat ze met registraties moeten meedoen, maar er nooit wat van terug zien. We hebben nu een poster ontwikkeld waarop je per afdeling de belangrijkste gegevens ziet voor elk zorgprobleem. Instellingen vullen de gegevens handmatig in op de poster, maar dat gaan we nog automatiseren, zodat ze de gegevens direct kunnen printen. Het is belangrijk dat de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd en dat moet op de afdelingen gebeuren. Daarom willen we de uitkomsten dichterbij het dagelijkse werkveld brengen.'

Decubitusprevalentie

Bij de allereerste meting in 1998 bedroeg de decubitusprevalentie 12%. De jaren daarna is dat flink gedaald. De laatste jaren is er stabilisatie, met een prevalentie rond de 4% in de ziekenhuizen en verpleeghuizen en 2% in de thuiszorg. Is dat voldoende of kan de prevalentie verder omlaag?

'Het mag zeker nog verder omlaag. Ik hoor van decubitusverpleegkundigen dat ze weer meer ernstige decubitus tegenkomen. In de meting van 2016 zie ik dat nog niet terug, maar we houden het in de gaten. Er is de afgelopen jaren veel aandacht geschonken aan decubitus. Die aandacht verslapt op een gegeven moment en dan is er een reëel risico dat decubitus weer vaker gaat voorkomen. We wachten met spanning de uitkomsten van de meting van november 2017 af, maar ik verwacht dat de prevalentie nog wel stabiel is.' (Op het moment van dit interview waren de uitkomsten nog niet bekend.)

U houdt al vele jaren een pleidooi voor wisselgeving. Kan de decubitusprevalentie nog omlaag door meer wisselgeving te geven?

'Ja, zonder meer. Wat je ook aan andere interventies bedenkt, wisselgeving is dé manier om de druk op te heffen. En druk is de belangrijkste factor bij het ontstaan van decubitus. Ook uit de meest recente metingen blijkt dat wisselgeving nog te weinig wordt toegepast. En jammer genoeg is dat al vele jaren zo.'

Internationale uitkomsten

Ook enkele andere landen doen de metingen uit de LPZ. Kunnen we in Nederland nog wat leren van hun uitkomsten?

'Onderzoek waarin Nederlandse en Duitse verpleeghuizen zijn vergeleken laat zien dat we de decubitusprevalentie hier kunnen verlagen door vaker wisselgeving toe te passen. Ook blijkt dat bij goede pijnbestrijding de kans op decubitus toeneemt en dat je daar dan meer alert op moeten zijn. Het ene probleem oplossen zou immers niet mogen leiden tot verergering van een ander probleem. En er is meer aandacht nodig voor het goed gebruik van transferhulpmiddelen, omdat ook deze de kans op decubitus vergroten.

In een ander onderzoek zijn ziekenhuizen in Nederland, Zwitserland en Oostenrijk vergeleken. Daaruit blijkt dat patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen vaker decubitus oplopen dan in Zwitserland en Oostenrijk. Als je kijkt naar vergelijkbare patiëntengroepen, namelijk degenen met een verhoogd risico op decubitus, dan blijkt dat in Nederland 6 à 7 procent van deze groep decubitus categorie II, III of IV krijgt tijdens de opname, in Zwitserland circa 4 procent en in Oostenrijk 2 à 3 procent. Waar dit verschil door komt, weten we niet. Je ziet dat landen verschillen in de interventies die ze toepassen, maar er is geen duidelijk verband met de prevalentie. Wel is het opmerkelijk dat landen nog zo verschillen in de interventies terwijl er allerlei internationale richtlijnen zijn ontwikkeld.'

Aandacht geven aan zorgproblemen

Tien jaar geleden stelde u dat de basiszorg onvoldoende was en dat dit te maken heeft met het verdwijnen van hoofdverpleegkundigen. Degenen die aandacht gaven aan zorgproblemen zaten niet in leidinggevende functies, dus niet in de posities waarin je veranderingen kunt doorvoeren. Hoe kijkt u daar nu tegenaan, er is toch veel bereikt als je kijkt naar de decubitusprevalentie?

'Het punt dat ik maakte is wel opgepakt. Het blijft belangrijk dat mensen die op een afdeling op de inhoud letten daar ook bevoegdheden in hebben. Dat niet alleen een stafmedewerker op een centraal bureau zich met decubitus bezighoudt. Je moet mensen hebben die kijken of hun collega's het goed doen en die zo nodig direct iets kunnen veranderen. Zonder bevoegdheden is dat lastig. Uit onderzoek in Nederlandse en Duitse verpleeghuizen blijkt dat de lagere decubitusprevalentie in de Duitse verpleeghuizen ook komt doordat ze daar geen aandachtsvelders hebben. Als we in Nederland een probleem hebben, zetten we er een aandachtsvelder op en dan denken we dat het probleem is opgelost. Dan loop je het risico dat andere verpleegkundigen en verzorgenden denken: daar hebben we de aandachtsvelder voor. Maar de taak van aandachtsvelders is niet om het over te nemen van hun collega's, maar om hen te ondersteunen. Je moet ze daar dan wel voldoende bevoegdheden voor geven. Ik durf niet te zeggen dat dit nu al voldoende is gebeurd. Wat ik wel durf te zeggen is dat er blijkbaar meer mensen zijn gekomen die zich inhoudelijk met de zorg bemoeien op de afdeling.'

Meer informatie over de LPZ vind je op de LPZ-website:
lpz-um.eu

** Joop Rosier, freelance journalist*