Bijlage 3

Knelpunteninventarisatie

De knelpunten in de zorg voor zorgvragers met (risico op) decubitus zijn in twee rondes onder de gemandateerde werkgroepleden geïnventariseerd: 1) in een plenaire bijeenkomst (n=14) en 2) met behulp van een online vragenlijst (n=17).

1. Plenaire bijeenkomst

De eerste bijeenkomst van de werkgroep richtlijn Decubitus op 3 april 2018 richtte zich op het inventariseren van de knelpunten. Op systematische wijze werden op vier posters, met als onderwerpen signalering, preventie, interventie en evaluatie, de knelpunten in kaart gebracht.

2. Online vragenlijst

In mei 2018 zijn, als aanvulling op bovenstaande bijeenkomst, online vragenlijsten verstuurd om ook de knelpunten in de zorg voor zorgvragers met een (verhoogd risico op) decubitus bij de werkgroepleden op te halen. De vragenlijst bestond uit twee delen.
1) Een inventarisatie van knelpunten in de praktijk met als vraag: *Welke knelpunten ervaart u in de zorg voor zorgvragers met (risico op) decubitus?* Deze vraag werd verdeeld in negen categorieën: signalering, preventie, behandeling, evaluatie, indicatoren, organisatie van zorg, rapportage, zelfmanagement van zorgvragers, e-health/zorgtechnologie. De deelnemers kregen bij elke categorie ruimte om knelpunten te beschrijven.
2) Een inventarisatie van het gebruik van andere richtlijnen/richtlijnen in de praktijk en de ervaren knelpunten met de bestaande richtlijn (V&VN Preventie en behandeling van decubitus, 2011), kijkend naar de categorieën: signalering, preventie, behandeling, evaluatie, indicatoren, organisatie van zorg, rapportage, zelfmanagement van patiënten, e-health/zorgtechnologie.

In totaal namen 23 van de 26 werkgroepleden deel aan deze knelpunteninventarisatie en werden 306 knelpunten verzameld. In een Excel-bestand zijn alle knelpunten onder elkaar gezet en gecodeerd door twee onderzoekers (ME en BvG). De resultaten van deze analyse zijn te vinden in tabel 5.1. Het totale Excel-bestand is opvraagbaar via richtlijnen@venvn.nl.

Tabel 5.1: Overzicht van codes (alfabetisch), aantallen (n) en knelpunten

Code	***N***	**Voorbeeld van knelpunt**
Complexiteit van doelgroep	12	“Preventieve maatregelen zijn niet altijd mogelijk of lastig in combinatie met klinische situatie IC-patiënt”
Evaluatie	1	“Inventariseren van cliënt-tevredenheid”
Financieel – Fase van decubitus	5	“Kosten voor preventie van decubitus worden niet vergoed”
Financieel – Materiaal en middelen	3	“Gebruik van dure wondzorgmaterialen”
Financieel – Vergoeding	5	“Mogelijkheden beperkt door vergoedingen (zorgverzekeraars)”
Gebruik van systemen	10	“Er bestaan geen fijne wondzorgformulieren online (thuiszorg)”
Gebruik van evaluatie	3	“Evaluatie van wat? Welke uitkomstmaat?”

Gebruik van zorgtechnologie	4	“Te weinig gebruik van beeldbellen”
Herkennen signalen/risico’s	4	“Herkennen van voedingstoestand cliënt (wijk)”
Houding van professional	24	“Wel aandacht voor wond, niet voor preventie” “Risicosignalering voor ondervoeding wordt vaak niet adequaat ingevuld omdat het nut niet wordt ingezien”
Houding organisatorisch	3	“Prikkel tot presteren is verminderd doordat decubitus geen IGZ-indicator meer is”
Indicatoren	4	“IC-patiënt: Onderscheid maken tussen een verhoogd risico en nog hoger risico. Bij IC-patiënten zou dit handzaam zijn om het belang van preventieve maatregelen te benadrukken”
Kennis – Algemeen	23	“Kennistekort verzorgende/verpleegkundige”
Kennis – Behandeling	10	“Thuiszorgmedewerkers zijn niet allemaal deskundig om wondplan goed uit te voeren”
Kennis – Classificatie	3	“Verschillen in classificatie”
Kennis – Evaluatie	3	“De criteria waarop moet worden geëvalueerd zijn niet bekend”
Kennis – Gevolgen	2	“Consequenties niet (kunnen) overzien (zowel voor cliënt als professional)”
Kennis – Herkennen signalen	10	“Hoe kun je iets toepassen als je niet weet wat je moet zien?”
Kennis – Materiaal en middelen	11	“Te veel diversiteit in AD-materialen”
Kennis – Oorzaak	5	“Etiologie onbekend” “Onduidelijkheid over verschil decubitus, vochtletsel, en incontinentiedermatitis”
Kennis – Preventieve maatregelen	12	“Onbekendheid bij professionals dat voeding, wisselligging etc. ook bij preventie een belangrijke issue is”
Kennis – Procedures	2	“Onduidelijk wondzorgprotocol”
Kennis – Risicofactoren	5	“Onvoldoende kennis over daadwerkelijke risicofactoren van decubitus”
Kennis – Patiënt	1	“Patiënteninformatie: Weet de patiënt wanneer hij aan de bel moet trekken?”
Materiaal en middelen	15	“Ontbreken van juiste middelen: niet voorhanden, te lange wachttijd levering, specialistische middelen niet vergoed”
Organisatie van zorg	7	“Gebrek aan continuïteit” “Steeds meer dementerenden thuis, met te weinig zorgmomenten”
Procedures	20	“Te lange wachttijden voor doorverwijzing, waardoor continuïteit niet voortgang heeft”
Rapportage	9	“Te weinig/niet goed vastleggen van je bevindingen”
Samenwerking	9	“Geen overleggen meer: te duur en tijdsdruk”
Samenwerkingsafspraken	14	“Onduidelijkheid wie wat doet”
Samenwerking – Afstemming tussen disciplines	28	“Andere disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, diëtist, wondspecialist) worden te laat betrokken” “Behandeling te veel gekoppeld aan ‘eilanden’: er ontbreekt samenwerking”
Tailoren op individu	7	“Focus is vaak op wond in plaats van persoon (holistisch)”
Verantwoordelijkheden – Eigenaarschap	13	“Wie is eigenaar van het specialisme decubitus?” “Er zijn meerdere adviseurs in de keten: huisarts, medisch specialist,

		verpleegkundig specialist, wondverpleegkundige, thuiszorg winkel adviseur, …"
Zelfmanagement	11	"Er is te weinig aandacht voor zelfmanagement van de patiënt"

Opstellen van uitgangsvragen

Aan de hand van vijf hoofdthema's (organisatie van zorg, diagnostiek, preventie, behandeling, evaluatie) zijn de gestelde knelpunten door twee onderzoekers (BvG en ME) gegroepeerd en vertaald naar 55 potentiële uitgangsvragen. Uit deze 55 potentiële uitgangsvragen moesten ongeveer 10 uitgangsvragen worden geselecteerd die het meest relevant zijn voor de doelgroep. Het aantal van 10 werd door de eigenaar (V&VN) voorgeschreven op basis van beheersbaarheid van het project en om te stimuleren dat de belangrijkste knelpunten de kern van de richtlijn vormden.
De volgende stappen werden uitgevoerd om tot de definitieve uitgangsvragen te komen:

1. Prioriteren van potentiële uitgangsvragen (Delphi ronde 1)
2. Feedbackronde door projectteam (adviseurs)
3. Plenaire bijeenkomst: definiëren van uitgangsvragen
4. Aanpassingen n.a.v. overleg met V&VN en methodologen
5. Overeenstemming over uitgangsvragen (Delphi ronde 2)
6. Plenaire bijeenkomst: definitief maken uitgangsvragen

De stappen zijn en bijhorende resultaten zijn hieronder beschreven.

1. Prioriteren van potentiële uitgangsvragen

De werkgroepleden beoordeelden 55 potentiële uitgangsvragen op relevantie en belangrijkheid voor uitwerking in de richtlijn Decubitus. Dit gebeurde met de Delphi-methode. Dit is een gevalideerde onderzoeksmethode om meningen op een systematische manier te verzamelen en consensus bij een groep mensen te bereiken over een bepaald onderwerp.[1] De relevantie werd gescoord aan de hand van een 9-punts Likert-schaal. Vervolgens werd per onderwerp een topscore gegeven om de mate van belangrijkheid van de potentiële uitgangsvragen te bepalen:
- Organisatie van zorg: 4 vragen met top 2-selectie
- Diagnostiek: 13 vragen met top 5-selectie
- Preventie: 14 vragen met top 5-selectie
- Behandeling: 12 vragen met top 4-selectie
- Evaluatie: 12 vragen met top 4-selectie

Deze online Delphi-studie werd uitgevoerd door 22 werkgroepleden, van wie 2 leden alleen het eerste deel (beoordelen van relevantie) invulden. Met behulp van de IQ-consensustool[2] zijn de selectiecriteria bepaald en de resultaten geanalyseerd in Microsoft Office Excel.
De resultaten zijn beoordeeld op twee punten: a) Preselectie (is de potentiële uitgangsvraag relevant?) en b) Consensus (zijn de werkgroepleden het eens over de mate van relevantie?). Tabel 5.2 laat beide resultaten zien. Voor de groen gemarkeerde vragen (n=12) geldt dat er consensus in de werkgroep is over de hoge mate van relevantie van de uitgangsvraag. Bij de oranje gemarkeerde vragen is er twijfel over (mate van) relevantie (n=29). De grijs gemarkeerde vragen worden als niet relevant gezien om te bespreken in de richtlijn Decubitus (n=14).

Tabel 5.2: Resultaten van de Delphi-analyse over 55 uitgangsvragen

Vraag nummer	potentiële uitgangsvragen	top	mediaan	consensus	preselectie
ORGANISATIE VAN ZORG					
1	Op basis van welke samenwerkingsafspraken (bijv. organisatie van zorg, overdracht, voorlichting) kan de zorg rondom de patiënt met decubitus worden vormgegeven?	63%	9	ja	ja
2	Wie is hoofdverantwoordelijke voor de zorg van een patiënt met decubitus?	23%	8	ja	twijfel
3	Hoe kan inzicht gegeven worden in de financiële vergoedingen voor decubitus zorg in de diverse zorglijnen?	23%	8	ja	twijfel
4	Wie is verantwoordelijk voor de aanvraag en inzet van materialen en middelen in decubituszorg in de diverse zorglijnen?	40%	8	ja	ja
DIAGNOSTIEK					
1	Wat zijn signalen van decubitus en hoe (vaak) moet dit gecontroleerd worden?	54%	9	ja	ja
2	Wat zijn risicofactoren van decubitus en hoe (vaak) moet dit gecontroleerd worden?	42%	8,5	ja	ja
3	Hoe kan signalering van decubitus in de zorg beter op de doelgroep en complexiteit van de patiënt worden aangepast?	9%	8	ja	nee
4	Hoe dient de classificering van decubitus te worden toegepast in de signalering van decubitus?	7%	7	nee	nee
5	Welke screenings- en signaleringsinstrumenten zijn effectief en bruikbaar bij de signalering van decubitus?	17%	8	ja	twijfel
6	Welke ICT-mogelijkheden/zorgtechnologie zijn helpend bij de signalering en screening van de huid? Bijv. huidscanner	12%	7	nee	nee
7	Hoe kan signalering van decubitus beter geïntegreerd worden in het rapportagesysteem van de patiënt?	16%	7,5	ja	twijfel
8	Hoe kan signaleren van decubitus meer uniform en objectief tussen zorgverleners worden afgestemd?	40%	8	ja	ja
9	Hoe kan een onderscheid gemaakt worden tussen decubitus en andere huidletsels? Bijv. smetten en vochtletsel	18%	8	ja	twijfel
10	Wat is de rol van de patiënt bij het signaleren van decubitus?	31%	8	ja	ja
11	Hoe kan signalering van decubitus worden ingebed in het dagelijks leven van de patiënt/cliënt? (tailoring, aanpassen aan patiëntengroepen)	33%	8	ja	ja
12	Welke screenings- en signaleringsinstrumenten zijn volgens patiënten effectief en bruikbaar in de signalering van decubitus?	13%	7	nee	nee

13	Hoe dient volgens de patiënt de huid te worden beoordeeld met het oog op risico-inschatting?	8%	7	nee	nee
PREVENTIE					
1	Welke effectieve preventieve maatregelen zijn er en hoe moeten deze gebruikt worden?	44%	9	ja	ja
2	Welke preventieve maatregelen zijn mogelijk ten aanzien van patiënten behorende tot een complexe doelgroep? Bijv. IC-patiënten, kinderen	22%	8	ja	twijfel
3	Bij welke patiëntgroepen is er altijd risico op decubitus en kan preventie als standaardzorg gezien worden?	25%	8	ja	twijfel
4	Welke druk-reducerende onderlagen en hulpmiddelen zijn effectief in de preventie van decubitus?	21%	8	ja	twijfel
5	Hoe kan de beschikbaarheid van preventieve maatregelen worden geoptimaliseerd voor alle werkvelden?	25%	8	ja	twijfel
6	Welke zorgprofessionals zijn betrokken bij de preventie van decubitus? (afhankelijk van zorginstelling)	8%	7,5	ja	nee
7	Op welke wijze speelt voeding een rol in de preventie van decubitus?	14%	8	nee	twijfel
8	Welke nieuwe ontwikkelingen zijn er (e-health/ zorgtechnologie) op het gebied van preventieve maatregelen?	17%	8	nee	twijfel
9	Welke preventieve maatregelen kan de patiënt zelf uitvoeren en wanneer is de zorgprofessional nodig?	34%	8	ja	ja
10	Wat is de inbreng van een patiënt bij de keuze voor preventieve maatregelen?	7%	8	ja	nee
11	Hoe kunnen preventieve maatregelen worden aangepast aan het dagelijks leven van de patiënt?	27%	8	ja	twijfel
12	Hoe kan therapietrouw van zowel patiënt als professional worden vergroot?	23%	8	ja	twijfel
13	Hoe kan de patiënt meer betrokken worden bij de uitvoering van preventieve maatregelen?	22%	8	ja	twijfel
14	Kan zorgtechnologie en/of e-health patiënten ondersteunen bij het zelf managen van preventieve maatregelen in de dagelijkse praktijk?	11%	7	ja	nee
BEHANDELING					
1	Welke verpleegkundige interventies met betrekking tot behandeling zijn effectief? Hierbij denkend aan wondverbanden, infectiebehandeling en biologische verbanden.	46%	8	ja	ja
2	Hoe kan behandeling van decubitus worden toegepast rekening houdend met comorbiditeiten van patiënten?	16%	8	ja	twijfel
3	Welke nieuwe ontwikkelingen zijn er (e-health/ zorgtechnologie) op het gebied van behandeling?	11%	7,5	ja	twijfel
4	Welke rol speelt voeding in de behandeling van decubitus?	15%	8	ja	twijfel

5	Hoe kunnen zorgprofessionals in de keten rondom de individuele patiënt de voortgang van decubitus monitoren?	31%	8	ja	ja
6	Welke zorgprofessionals zijn betrokken bij preventie en behandeling van decubitus en hoe kunnen deze optimaal worden ingezet?	14%	8	ja	twijfel
7	Hoe kan de overdracht van de individuele behandeling van de patiënt doorgevoerd worden tussen de zorglijnen?	29%	8	ja	twijfel
8	Op welke manier kan de patiënt in de behandeling worden betrokken?	24%	8	ja	twijfel
9	Welke vormen van behandeling kan de patiënt zelf uitvoeren en waar is de zorgprofessional nodig?	20%	8	ja	twijfel
10	Wat is de inbreng van een patiënt bij de keuze voor behandeling?	8%	8	ja	nee
11	Hoe kan de behandeling worden aangepast aan het dagelijks leven van de patiënt?	26%	8	ja	twijfel
12	Kan zorgtechnologie en/of e-health patiënten ondersteunen bij het zelf managen van behandeling in de dagelijkse praktijk?	10%	7,5	ja	nee
EVALUATIE					
1	Welke uitkomstmaten (PROM's) zijn beschikbaar om de kwaliteit van decubituszorg te monitoren?	49%	8	ja	ja
2	Welke indicatoren zijn beschikbaar om de kwaliteit van decubituszorg te monitoren?	31%	7	ja	twijfel
3	Hoe dient de decubituszorg voor de patiënt te worden gemonitord binnen en tussen de zorglijnen?	25%	8	ja	twijfel
4	Hoe krijgen we inzicht in de toe- en afname van decubituspatiënten (in alle sectoren)?	9%	8	ja	nee
5	Hoe krijgen we inzicht in de prevalentie en incidentie van decubitus (in alle sectoren)?	23%	8	ja	twijfel
6	Wanneer is een behandeling afgerond? (wond gesloten, patiënt tevreden etc.)	13%	8	ja	twijfel
7	Wat is de ervaring met diverse materialen, middelen, bedden etc.?	14%	7	ja	nee
8	Welke (digitale) systemen zijn beschikbaar voor rapportage van decubituszorg?	10%	7	ja	nee
9	Hoe kan gebruik van e-health optimaal geïntegreerd worden in de behandeling?	9%	8	ja	nee
10	Hoe meet je patiënttevredenheid bij decubituszorg?	19%	8	ja	twijfel
11	Hoe dient volgens de patiënt de decubituszorg (preventie en behandeling) te worden gemonitord?	20%	7,5	ja	twijfel
12	Hoe evalueer je rondom een patiënt door de ketens en zorglijnen heen (NIET rondom de instelling/afdeling)?	29%	8	ja	twijfel

2. Feedback ronde door de adviesgroep

Op 21 juni 2018 zijn de resultaten van de Delphi-studie voorgelegd aan de adviesgroep. Zij gaven per e-mail feedback op de uitvoering van de analyse en opgehaalde resultaten. Ontvangen feedback op de potentiële uitgangsvragen (onder andere samenvoegen van vragen en overlappende vragen) zijn verwerkt. De adviezen over de twijfelgevallen zijn besproken in de plenaire bijeenkomst.

3. Definiëren van uitgangsvragen

De resultaten van de Delphi-studie zijn besproken in een plenaire bijeenkomst op 26 juni 2018. Hierbij waren 16 werkgroepleden aanwezig. Het doel van deze bijeenkomst was het reduceren van de prioriteitenlijst tot het gewenste aantal van 10 definitieve uitgangsvragen.
In deze bijeenkomst werd gebruik gemaakt van het 'wereldcafé': De aanwezigen werden ingedeeld in vijf subgroepen waarin een onderwerp (algemeen, signalering, preventie, behandeling, evaluatie) en de bijhorende resultaten uit de Delphi-studie werden besproken. Dit gebeurde aan vijf tafels, elk met een voorzitter die eigenaar was van het onderwerp. In rondes wisselden de samenstellingen van elke tafel - met uitzondering van de voorzitter - en aan het einde presenteerden de voorzitters de twee definitieve uitgangsvragen van hun onderwerp (zie onderstaand). Hierop konden de aanwezigen vragen stellen en/of opmerkingen maken. De werkgroepleden waren vrij om de vragen waar nodig samen te voegen, te verbreden of taaltechnisch te wijzigen. Aan dit proces nam het kernteam niet deel.

<u>Organisatie van zorg:</u>

1. Op basis van welke samenwerkingsafspraken (bijv. organisatie van zorg, overdracht, voorlichting) kan de zorg rondom de patiënt met decubitus worden vormgegeven?
2. Wie is verantwoordelijk voor de zorg voor decubitus en wie heeft de regie?

Opmerkingen: Verschil tussen verantwoordelijkheid en regie moet duidelijk blijken: "Als iedereen wordt gezien als verantwoordelijk, neemt niemand de verantwoordelijkheid."

<u>Diagnostiek:</u>

3. Wat zijn klinische verschijnselen van decubitus en hoe vaak en door wie moet dat gecontroleerd worden?
4. Wat zijn risicofactoren van decubitus en hoe vaak en door wie moet dat gecontroleerd worden?

Opmerkingen: In het veld bestaat onduidelijkheid over risicofactoren en bepalen van frequentie van controle. Dit is afhankelijk van doelgroep en situatie.

<u>Preventie:</u>

5. Welke effectieve preventieve maatregelen zijn er en in hoeverre zijn deze beschikbaar en haalbaar in de dagelijkse praktijk?
6. Hoe kunnen we preventieve maatregelen aanpassen aan dagelijks leven patiënt met inachtneming van het te bereiken doel?

Opmerkingen: Opletten dat er ook aandacht is voor mantelzorger/vertegenwoordiger van patiënt.

<u>Behandeling:</u>

7. Welke interventies m.b.t. de behandeling van decubitus (classificatie 1-6) zijn effectief, rekening houdend met de context (fysiek, sociaal, mentaal) van de individuele patiënt?
8. Welke zorgprofessionals zijn betrokken bij de behandeling van decubitus (classificatie 1-6), rekening houdend met de context (fysiek, sociaal, mentaal), wensen, zelfredzaamheid en regiefunctie van de patiënt?

Opmerkingen: Werkgroep geeft aan dat ze 'verpleegkundige' interventies graag uit de vraag houden. Het is juist van belang dat alle professionals nodig zijn in het proces. Het is van belang dit proces in de richtlijn uit te werken: Verpleegkundigen en verzorgenden moeten weten wanneer ze wie moeten inschakelen.

Evaluatie:

9. Hoe meet je de kwaliteit van decubituszorg?
10. Hoe evalueer je rondom een patiënt (binnen en tussen zorglijnen)?

Opmerkingen: Opletten met overlap tussen 'organisatie van zorg' en 'diagnostiek'.

De werkgroepleden hadden een duidelijke voorkeur voor het verbreden van de vragen, zodat meer deelconcepten per thema behandeld konden worden. De voorgestelde uitgangsvragen van de werkgroepleden zijn na afloop van de bijeenkomst door het kernteam doorgenomen en waar nodig (taaltechnisch) bijgesteld. Deze uitgangsvragen zijn op 17 juli 2018 voorgelegd aan V&VN.

4. Aanpassingen n.a.v. overleg met V&VN en methodologen

Tussen juli en december 2018 vond meerdere malen overleg plaats met V&VN en methodologen. Gedurende deze maanden hebben diverse wijzigingen plaatsgevonden in het formuleren van de uitgangsvragen en bijhorende PICO's (zie bijlage Verantwoording per uitgangsvraag). Na het uitvoeren van een aanvullende Delphi-studie (punt 5) is de formulering van de uitgangsvragen aangepast in samenspraak met een adviseur en methodoloog (MT).

5. Overeenstemming over uitgangsvragen (Delphi-studie 2)

In november 2018 zijn de uitgangsvragen opnieuw in een Delphi-studie voorgelegd aan de werkgroepleden (n=24). Zij hebben de vragen beoordeeld op twee punten: 1) In hoeverre vind je het belangrijk dat deze vraag in de richtlijn Decubitus wordt beoordeeld? 2) In hoeverre ondersteun je, als gemandateerde van jouw beroepsvereniging, de uitgangsvraag? Een samenvatting van de resultaten is te vinden in tabel 5.3. Uit deze Delphi-studie bleek dat de meerderheid van de werkgroepleden de uitgangsvragen beoordeelt als relevant en deze ondersteunt (scores hoger dan 7).

Tabel 5.3: Resultaten van Delpi-studie 2: Belangrijkheid en ondersteuning van uitgangsvragen

Uitgangsvraag	**Belangrijkheid (n=24)**			**Ondersteuning (n=21)**		
	<4	4-7	>7	<4	4-7	>7
Vraag 1: Wat zijn de samenwerkingsafspraken om de continuïteit van decubituszorg te kunnen waarborgen en wat zijn daarbij de taken van de verpleegkundigen en verzorgenden?	1	3	20	1	2	18
Vraag 2: Op welke wijzen kan het risico op decubitus worden ingeschat?	0	4	20	0	2	19
Vraag 2a: Welke screeningsinstrumenten worden geadviseerd om het risico op decubitus in te schatten?	1	4	19	0	2	19
Vraag 2b: Bij welke specifieke patiëntengroepen en/of situaties is het risico op decubitus een vast gegeven?	0	6	18	0	2	19
Vraag 3: Welk classificatiesysteem dient gebruikt te worden om de ernst van decubitus vast te stellen?	1	4	19	0	1	20
Vraag 3a: Welke differentiaaldiagnoses moeten in overweging worden genomen op basis van de klinische verschijnselen van decubitus?	2	4	18	0	3	18

Vraag 3b: Op basis van welke criteria kan een onderscheid worden gemaakt tussen decubitus en andere huidaandoeningen?	2	5	17	0	5	16
Vraag 4: Welke preventieve maatregelen zijn het meest effectief om decubitus te voorkomen?	0	1	23	0	1	20
Vraag 5: Welke interventies gerelateerd aan de ernst van decubitus zijn het meest effectief bij de behandeling van decubitus?	0	1	23	0	0	21
Vraag 6: Welke methoden zijn beschikbaar om de voortgang van decubituszorg bij patiënten te monitoren en evalueren?	1	3	20	0	2	19
Vraag 7: Hoe kunnen patiënten met (risico op) decubitus het beste worden ondersteund in zelfmanagement en het nemen van eigen regie in de dagelijkse zorg?	1	2	21	0	2	19

6. Definitieve uitgangsvragen

In januari 2019 zijn de ‘voorlopig definitieve’ uitgangsvragen naar alle werkgroepleden verstuurd. Tijdens een plenaire bijeenkomst op 17 januari 2019 hebben alle werkgroepleden aangegeven deze vragen te ondersteunen. In februari 2019 werden de definitieve uitgangsvragen in samenspraak met de opdrachtgevers vastgesteld.