

Ervaringen pilotziekenhuizen in screeningsproject:

Ziekenhuisbrede aanpak noodzaak bij screening ondervoeding

Begin dit jaar is in het kader van het project 'Vroege screening en behandeling van ondervoeding in ziekenhuizen' bij zes Nederlandse ziekenhuizen een pilottraject van start gegaan. Dit artikel beschrijft de ervaringen van de projectleiders van de Stuurgroep 'Wie beter eet wordt Sneller Beter', Hinke Kruijenga en Anja Evers, en de projectleiders in de pilotziekenhuizen.

In oktober 2005 zegde het Ministerie van VWS financiering toe voor de pilotfase van het project 'Vroege screening en behandeling van ondervoeding in ziekenhuizen'. Na enige maanden van voorbereiding door de projectgroep, ging begin dit jaar de pilot van start. Er doen zes ziekenhuizen aan het project mee: het AMC en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) in Amsterdam, het Gelre Ziekenhuis Apeldoorn/Zutphen, het Máxima Medisch Centrum Eindhoven/Veldhoven, het St. Elizabeth Ziekenhuis in Tilburg en het UMCG in Groningen.

Twee kernvragen

'Weet u hoeveel patiënten in uw ziekenhuis zijn opgenomen die matig tot ernstig ondervoed zijn?' en 'Krijgen deze patiënten een adequate behandeling?' Dit zijn de twee kernvragen van het project 'Vroege screening en behandeling van ondervoeding in ziekenhuizen'. Om het probleem van ondervoeding in het ziekenhuis grondig aan te pakken, zijn twee dingen nodig. Om te beginnen moeten alle patiënten bij opname worden gescreend met behulp van een gevalideerd screeningsinstrument. Vervolgens moeten alle ondervoede patiënten gedurende de opname in het ziekenhuis een optimale voedingszorg krijgen; ernstig ondervoede patiënten moeten worden behandeld door de diëtist.

Simpel. In theorie tenminste, want voor het slagen van een dergelijk project is een breed gedragen en goed voorbereide multidisciplinaire aanpak vereist.

Multidisciplinaire aanpak noodzakelijk

Projectgroep

Bij de start van het pilotproject, gecoördineerd door de Stuurgroep, heeft ieder ziekenhuis een ziekenhuisbrede projectgroep ingesteld. Deze groep bestaat in principe uit een manager, een verpleegkundige, een diëtist, een arts en een medewerker van het facilitair bedrijf en/of een stafmedewerker. De belangrijkste taak van de projectgroep is het agenderen, faciliteren en organiseren van de implementatie van de screening op ondervoeding en het behandelplan. Daarnaast is per deelnemende afdeling een werkgroep ingesteld. De ziekenhuizen starten het project op twee afdelingen; tijdens de pilot volgen nog eens twee afdelingen.

Om ervoor te zorgen dat het project tot op het hoogste niveau wordt ondersteund, heeft de projectgroep erop toegezien dat de Raad van Bestuur van elk ziekenhuis het 'Werkplan tot samenwerking' heeft ondertekend. In dit werkplan zijn afspraken tussen het deelnemende ziekenhuis en de Stuurgroep vastgelegd.

Acties

De acties die horen bij het project zijn weergegeven in kader 'Instellingsbeleid ondervoeding', op pagina 196. Dit betreft de organisatie rond screening en vroege multidisciplinaire behandeling. Dit omvat het traject tót aan de consultatie van de diëtist. Over de taken en verantwoordelijkheden van de diëtist vanaf dat moment

Instellingsbeleid ondervoeding

Een van de taken van de ziekenhuisbrede projectgroep is het ontwikkelen van een instellingsbeleid ondervoeding. Dit beleid moet in ieder geval de volgende elementen bevatten:

- Multidisciplinaire aanpak tussen verpleegkundigen, voedingsassistenten, medisch specialisten, diëtisten en de facilitaire dienst
- Keuze van een gevalideerd screeningsinstrument ondervoeding bij opname
- Afspraken over de uitvoering van de screening op ondervoeding bij opname
- Aanwezigheid van een registratiesysteem om de ondervoede patiënten ziekenhuisbreed te registreren
- Aanwezigheid van een voedingsbeleid bij matige en ernstige ondervoeding (volgens de score uit de screening)
- Aanwezigheid van een lijst met geschikte tussentijdse verstrekkingen en afspraken over het

verrijken van hoofdmaaltijden met eiwit en energie

- Aanwezigheid van een behandelbeleid bij patiënten met ernstige ondervoeding met betrekking tot voedselinname en voedingsbehoefte
- Afspraak over het tijdstip van het inschakelen van de diëtist en het starten met de behandeling
- Aanwezigheid van een weegbeleid
- Continue scholing voor alle betrokken disciplines op het gebied van screening en behandeling van ondervoeding
- Patiëntenvoorlichting over ondervoeding
- Aanwezigheid van een commissie of werkgroep die het instellingsbeleid ondervoeding op basis van deze registraties zonodig bijstelt
- Afspraak dat het instellingsbeleid ondervoeding niet ouder is dan twee jaar.

moet nog een protocol ontwikkeld worden. Dit is onder andere een taak van het nieuw opgerichte Diëtisten Ondervoeding Netwerk (DON).

De pilotfase moet worden afgesloten met een plan van aanpak voor implementatie in de hele organisatie. Daarnaast moet de ziekenhuisbrede projectgroep een instellingsbeleid ondervoeding ontwikkelen: het beleid van de instelling ten aanzien van ondervoeding (doorverwijzing naar de diëtist, tussentijdse verstrekkingen, weegbeleid, behandelplan ten aanzien van sondevoeding, tpv, et cetera).

Ervaringen deelnemende ziekenhuizen

Ervaring met screening

De zes deelnemende ziekenhuizen verschillen onder andere in grootte, regio en specialismen. De projectgroep hoopt op die manier de toepasbaarheid van de resultaten bij andere ziekenhuizen te vergroten. Ook de ervaringen met screening op ondervoeding lopen per ziekenhuis uiteen. In het Gelre Ziekenhuis wordt al sinds 2006 op alle zeventien afdelingen (verdeeld over drie ziekenhuizen) gescreend met behulp van de SNAQ. Ook in het Máxima Medisch Centrum wordt de SNAQ gebruikt voor preoperatieve screening; daarnaast op de poli oncologie in Veldhoven. In het St. Elisabeth Ziekenhuis wordt sinds 1997 een weeg- en meetbeleid uitgevoerd, en het UMCG screent al op een aantal polikli-

nieken en test sinds 2005 op vier verpleegafdelingen de bruikbaarheid van de MUST. Het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis voerde bij bepaalde patiëntengroepen al een pre-behandelfase screening in. Het AMC deed tot voor de pilot nog niet aan screening.

Knelpunten

De knelpunten bij de aanvang van het project waren volgens de projectleiders uit de ziekenhuizen: iedereen betrokken krijgen, de logistiek, de rol van de verpleegkundigen (met bijkomende werkdruk), het bevechten van een officiële status van het project, en de cultuuromslag. Projectleider Miriam van Hastenberg van het St. Elisabeth Ziekenhuis: “Je kunt absoluut spreken van een cultuuromslag: ineens worden er in een maatschappij met zorgen over overgewicht ‘ongezonde’ voedingsmiddelen verstrekt, in de vorm van energie- en eiwitrijke (tussen)maaltijden. Ook het feit dat een patiënt met overgewicht ook ondervoed kan zijn, is voor velen moeilijk te bevatten.”

Het creëren van een breed draagvlak is eerste vereiste, om van daaruit verder te gaan. Door de breedte van het project is het noodzakelijk dat iedere discipline tijdig en voldoende wordt geïnformeerd. Een goed communicatieplan is hierbij een voorwaarde, evenals een goed draaiboek en scholing.

In het NKI-AVL waren de opstartproblemen het grootst.



Marleen Ariëns: “Omdat het een klein ziekenhuis is, hebben wij alleen een projectgroep en geen afdelingswerkgroepen. Hierdoor liepen taken soms door elkaar. Het heeft daardoor wat langer geduurd voordat de structuur van het overleg vorm kreeg. Maar nu ligt er een duidelijk projectplan. De nulmeting is uitgevoerd en de implementatiefase start januari 2007.”

Ingrid de Langen van de Gelre ziekenhuizen constateerde als knelpunt dat er (al langer) slecht en niet consequent gewogen wordt bij opname. Marianne Nieboer van het Máxima Medisch Centrum stelt vast: “Behandeling van ondervoeding vraagt in ons ziekenhuis om een herinrichting van het zorgproces. Bijvoorbeeld op het punt van de inhoudelijke functie van de keuken-/voedingsassistenten, maar ook ten aanzien van de continuïteit en taakafstemming met de verpleegkundigen en de rol van de diëtist.”

Betrokken disciplines

Voeding is van oudsher een zaak van de diëtist, maar de projectleiders zijn niet in alle gevallen diëtisten; in enkele ziekenhuizen is een manager of arts voorzitter van de projectgroep. Wel zijn de afdelingen diëtetiek van de ziekenhuizen initiatiefnemers en ‘trekkers’ van het project. De praktische uitvoering van de screening ligt echter in eerste instantie op het bord van de verpleegkundigen. Dit betekent voor hen extra werk. Ook van de

voedingsassistenten wordt meer gevraagd. “Het is daarom aan te raden om de extra handelingen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij bestaande procedures en routines”, aldus Cora Jonkers van het AMC.

Over het algemeen zijn de reacties, na hier en daar wat opstartmoeilijkheden, positief. Ingrid de Langen: “De meeste disciplines staan achter de screening. En het is prettig dat er na constatering ook iets wordt gedaan, want er zit een duidelijk behandelplan achter.”

Voor een effectieve samenwerking zijn goede communicatie en grote betrokkenheid noodzakelijk. Alle projectleiders zijn het erover eens dat er wel gewaakt moet worden voor ‘pilotmoetheid’. Het is daarom zaak alle betrokkenen scherp te houden. De betrokkenheid van de medische hoek blijft volgens Bert van Zoggel, projectleider van het UMCG, een extra punt van aandacht. Cora Jonkers deelt deze mening: “Artsen vinden het prachtig, maar ze gaan daarna weer door met werken.”

De patiënten zijn alleen maar positief. Zij zijn vooral blij met de aandacht en de extra verstrekingen.

Screeningsinstrument

In vijf ziekenhuizen wordt in de pilot de SNAQ als screeningsinstrument gebruikt; in het UMCG de MUST (voor details over deze instrumenten zie: Ned Tijdschr Diëtisten 2006;61 (4):16-22). Als voordelen van de SNAQ wordt unaniem genoemd dat deze snel en eenvoudig is. Daar-

naast noemt Miriam van Hastenberg het feit dat de SNAQ goed in te voeren is in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. Nadelen die worden genoemd zijn dat het lastig is om aan te sluiten op de verpleegkundige anamnese, omdat iedereen bij voorkeur zijn eigen anamneseformulier gebruikt. Ook is het onderscheid tussen subjectief en objectief gewicht niet altijd voor iedereen duidelijk. Verder noemt Ingrid de Langen dat het belangrijk is dat bij afvallen 'onbedoeld' afvallen benadrukt wordt. Ook blijkt het in de praktijk soms lastig om gewichtsverlies te 'vertalen'. De Langen: "Meer dan 3 kg gewichtsverlies in 1 maand is duidelijk, meer dan 6 kg in 6 maanden ook, maar wat doe je bijvoorbeeld met 8 kg in een jaar?" Ze merkt verder op dat er in het Gelre Ziekenhuis weinig patiënten zijn gescreend met een *risico* van ondervoeding; ze zijn ondervoed of niet. Als voordelen van de SNAQ noemt Marianne Nieboer dat de verpleegkundigen deze als prettig ervaren en dat er gelijk een interventie aan gekoppeld is. Een nadeel – dat vooral op chirurgische afdelingen wordt ervaren – is de onduidelijkheid over wanneer de meting herhaald wordt na een eerste screening bij opname. Bert van Zoggel zegt over het in Groningen gebruikte screeningsinstrument: "De MUST is op alle afdelingen goed te gebruiken. Maar het is een 'grove' filter, waardoor je vermoedelijk niet alle ondervoede patiënten eruit haalt. Momenteel wordt gekeken of een en ander niet verfijnd moet worden. Verder is het natuurlijk zo dat zowel de SNAQ als de MUST niet geschikt is als

Prestatie-indicator ondervoeding

Ziekenhuizen dienen over een aantal aspecten van de zorg jaarlijks te rapporteren. Een van de onderdelen van het pilotproject is het ontwikkelen van een prestatie-indicator ondervoeding. Met ingang van 2007 vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg ieder ziekenhuis het percentage gescreende patiënten bij opname weer te geven, met een uitsplitsing naar matig en ernstig ondervoede patiënten. De indicatoren voor matige en ernstige ondervoeding zijn ziekenhuizen natuurlijk niet aan te rekenen. Ze geven echter wel een indicatie van de mate waarin echt gescreend wordt, de mate waarin ziekenhuizen belast worden door ondervoede patiënten en de omvang van het probleem op nationale schaal. De bedoeling is dat in 2008 de prestatie-indicator wordt uitgebreid met indicatoren over (de resultaten van) de behandeling.

monitorinstrument voor verandering in de voedings-toestand op de korte termijn."

Resultaten

De projectleiders kunnen nog weinig tot geen concrete uitspraken doen over de resultaten. Een uitgebreide evaluatie zal plaatsvinden door de projectleiders van de Stuurgroep. Bert van Zoggel vindt het wel opvallend dat de eerste resultaten van de MUST-scores in het UMCG opvallend laag zijn, vergeleken met de uitkomsten uit eerdere pilots in 2005. "Het gaat echter niet in alle gevallen om dezelfde patiëntengroepen, dus daar wordt nader onderzoek naar gedaan."

De projectleiders verwachten geen van allen dat het ondervoedingsprobleem met screening 'opgelost' kan worden. Cora Jonkers: "De signalering en behandeling zullen beter worden, maar ik denk niet dat echte ondervoeding zal afnemen." Wel verwachten de meesten dat door screening en behandeling van ondervoeding de opnameduur korter zal worden. Hierbij maakt Ingrid de Langen nog een kanttekening: "Pas als er in de eerste lijn meer aandacht aan ondervoeding wordt besteed, zal dat bij binnenkomst in het ziekenhuis merkbaar zijn."

Toekomstverwachtingen

Alle ziekenhuizen geven aan ook na de pilot door te gaan met screening. In de meeste gevallen zoals het nu gebeurt, met mogelijk hier en daar een logistieke aanpassing. In het NKI-AVL past de SNAQ heel goed binnen het zorgdossier dat nu wordt ontwikkeld. Hierin vult de patiënt met een soort puntenscoresysteem eerst zelf de verpleegkundige anamnese en klachtenanamnese in, waarna deze met een verpleegkundige besproken worden. In het St. Elisabeth wordt bovendien gewerkt aan een regionale afstemming van zorginstellingen betreffende screening en behandeling van ondervoeding. In de Gelre ziekenhuizen zal in de toekomst meer aandacht komen voor het weegbeleid.

Bert van Zoggel over de toekomst: "Wij beschouwen in het UMCG de huidige ziekenhuisbrede implementatie in de kliniek – en binnenkort wordt ook poliklinisch gestart – als structureel onderdeel van ons werk, en dat zal zo blijven. Wel is bij ons momenteel een punt van discussie of we de MUST als enige screeningsinstrument moeten gebruiken, of ook andere screeningsmethoden. Ook is de vraag gerezen of we, met het oog op de prestatie-indicator, alle patiëntengroepen moeten screenen of alleen de risicogroepen." (Zie kader 'Prestatie-indicator ondervoeding'.)

Tips en aandachtspunten

De projectleiders van de deelnemende ziekenhuizen benadrukken unaniem dat een breed draagvlak onontbeerlijk is voor het slagen van de screening. Een goede en continue communicatie is daarbij essentieel. Evenals een goed draaiboek en goede scholing. Een praktische tip is om zoveel mogelijk nieuwe handelingen te laten aansluiten bij bestaande procedures.

De verpleegkundigen spelen bij screening een cruciale rol. Het is daarom belangrijk er goed voor te zorgen dat vragen goed in de verpleegkundige anamnese worden opgenomen, bijvoorbeeld door opname van het screeningsinstrument in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. Als punt van aandacht voor de toekomst noemt Marianne Nieboer de vraag: hoe neemt de verpleegkundige de voortgang mee in de visite met de arts(assistent) en hoe neemt deze het mee in het medisch beleid?

“Want waarom meldt een verpleegkundige wel aan de arts dat iemands bloedsuiker hoger is dan 15 mmol per liter, maar niet dat een patiënt (weer) gewichtverlies vertoont!”

Verder is het van belang dat alle betrokkenen continu gestimuleerd en geprikkeld worden. Screening moet leven op de werkvloer; lobbyen dus. Alle hulpmiddelen kunnen daarbij worden ingezet. Artikelen in personeelsbladen, een ‘sneeuwbaaleffect’ door enthousiaste collega’s, het gebruiken van nationale media-aandacht: alles draagt bij aan een breed en structureel draagvlak. Bert van Zoggel: “Mijn ervaring is: zorg voor voldoende draagvlak, tot op het hoogste niveau, maar wacht niet af tot het honderd procent rond is. Begin met een aantal enthousiaste mensen op de werkvloer en ga stug door. Gebruik daarbij de ervaringen van andere ziekenhuizen.” Een valkuil die nog wordt genoemd is dat de afdeling diëtetiek het project weliswaar gaat leiden, maar dat vooral ook het zorgmanagement kartrekker moet zijn om het uiteindelijk tot een succes te maken.

Ervaringen van de projectleiders

Vorbereiding

De ervaringen van de projectleiders Anja Evers en Hinke Kruijenga sluiten aan bij de genoemde ervaringen. “Voor het slagen van het project is commitment van alle betrokkenen vereist”, aldus Evers. “Het is dan ook noodzakelijk om ruim de tijd te nemen voor een goede voorbereiding. Dat hadden we natuurlijk ingecalculleerd, maar in de praktijk bleek het toch nog meer tijd in beslag te nemen dan we hadden gedacht. Een goede voorbereiding betreft niet alleen het instellen van de projectgroep en de keuze van deelnemende afdelingen, maar ook organisatorische zaken, zoals wie wanneer

en op welke wijze het screeningsinstrument toepast, wat de rol is van de voedingsassistenten, op welke wijze de diëtist wordt ingeschakeld, de aanschaf van een serverwagen voor de tussentijdse verstrekkingen, afspraken over weegbeleid et cetera. Het is van groot belang dat deze taakverdeling als onderdeel van het project vastgelegd wordt. Alleen met een goed voorbereide implementatie – bijvoorbeeld door middel van klinische lessen – een heldere taakverdeling, een goed behandelplan ondervoeding en een patiëntenfolder zal de introductie van de screening succesvol kunnen verlopen.”

Toolkit

De projectgroep heeft een toolkit samengesteld met allerlei mogelijke materialen en hulpmiddelen om het project te kunnen voorbereiden en uitvoeren. Deze bevat onder andere: een format voor een plan van aanpak voor de projectgroepen en de afdelingswerkgroepen; Powerpoint-presentaties (te gebruiken voor de Raad van Bestuur, de medische staf en de verpleegafdelingen); een factsheet met achtergrondinformatie over screening en behandeling van ondervoeding; een lijst met geschikte tussentijdse verstrekkingen ten behoeve van de broodserverwagens; een folder voor ondervoede en niet-ondervoede patiënten; en een procesevaluatie om de voortgang van de implementatie te monitoren. Projectleider Hinke Kruijenga: “De reacties op deze toolkit zijn positief. De instellingen zetten de toolkit zeer regelmatig in en ontwikkelen ook zelf nieuwe tools, die weer op de website worden geplaatst.” Alle ontwikkelde producten worden getest en bijgesteld, ten behoeve van de volgende fase van het project. De ervaringen uit de pilot zijn immers de basis voor het vervolgtrajec. Nu al worden ervaringen uitgewisseld tussen de projectleiders in de diverse pilotziekenhuizen. Kruijenga: “Wij merken dat de ziekenhuisbrede projectteams veel waarde hechten aan gezamenlijke bijeenkomsten waarin kennisoverdracht centraal staat en waarin ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Ook wordt zeer regelmatig gebruikgemaakt van de mogelijkheid om vragen te stellen via de website of rechtstreeks aan ons. Ook hier een goede communicatie dus, en dat werkt heel prettig.”

Vervolg implementatieproject

Oproep ziekenhuizen

Inmiddels is de werving gestart voor het vervolg op de pilot: het implementatieproject (zie *NVD Nieuws* november). De ervaringen die zijn opgedaan in de zes pilotziekenhuizen zullen worden toegepast in 25 andere zieken-

Petitie aan Tweede Kamer

In september hebben vertegenwoordigers van de Onderzoeksgroep Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) en de Stuurgroep Wie beter eet wordt Sneller Beter een petitie aangeboden aan de Tweede Kamer. Hierin vragen zij politieke steun voor:

- Het opzetten van een apart kwaliteitsprogramma voor de eerstelijnsgezondheidszorg, met extra aandacht voor zorgproblemen als ondervoeding
- Het voortzetten van de huidige kwaliteitsprogramma's Sneller Beter en Zorg voor beter, als extra stimulans voor de sector om kwaliteit te verankeren in de Nederlandse basiszorg
- Het formuleren van een noodzakelijke integrale aanpak van ondervoeding tussen cure, care en eerstelijnsgezondheidszorg.
- Toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg door opname van prestatie-indicatoren met betrekking tot screening en behandeling van ondervoeding ook bij ziekenhuiszorg en thuiszorg.

Uit de LPZ-metingen van 2004, 2005 en 2006 blijkt dat er geen verbetering is opgetreden in het aantal patiënten met (het risico van) ondervoeding, ondanks alle initiatieven tot dusver. Nog altijd is in het ziekenhuis 25 tot 40% van de patiënten ondervoed, in het verpleeghuis 20 tot 25% en in de thuiszorg 15 tot 25%. En het aantal patiënten met het risico hiervan neemt toe.

huizen. Deze implementatie van het screeningsproject gebeurt in twee fases: 14 ziekenhuizen in 2007 en 11 in 2008. Onlangs zijn alle Nederlandse ziekenhuizen aangeschreven met een oproep zich aan te melden voor dit

vervolgtraject. Het aanmeldingsformulier is te vinden op: www.snellerbeter.nl/ondervoeding.

Polikliniek en kinderafdeling

Binnen bovengenoemd implementatieproject zullen ook twee nieuwe pilots starten: vroege herkenning en behandeling van patiënten op de polikliniek en op de kinderafdeling. Er is inmiddels een screeningsinstrument gevalideerd voor hoogrisico-poliklinieken, zoals chirurgie, cardiologie, geriatrie, gynaecologie, interne geneeskunde, longziekten, neurologie en oncologie. De tweede pilot start op de kinderafdeling. Bij slechts twintig procent van de kinderen wordt ondervoeding herkend. Om te screenen is de groeicurve een geschikt instrument. In de praktijk blijkt dat de interpretatie van de groeicurve en het daaraan gekoppelde behandelplan nog onvoldoende in de praktijk worden toegepast. Een werkgroep vanuit de Nederlandse Vereniging van Kinderartsen is hiermee gestart.

Evaluatie en vervolgtraject

De pilot loopt tot het eind van dit jaar. Dan zal ook de evaluatie plaatsvinden. Projectleiders Hinke Kruizenga en Anja Evers zullen in samenwerking met de pilot-ziekenhuizen een evaluatie schrijven voor het dagelijks bestuur van het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in ziekenhuizen'. Vervolgens gaat begin 2007 de volgende set van ziekenhuizen aan de slag. De leerpunten uit de pilot zullen gebruikt worden om die fase nog beter te laten verlopen. Ook zal dan de toolkit aangepast en geoptimaliseerd zijn.

W E N D Y V A N K O N I N G S B R U G G E N

Correspondentieadres:

ondervoeding@snellerbeter.nl,

t.a.v. Hinke Kruizenga of Anja Evers

Meer informatie over het project is te vinden op

www.snellerbeter.nl/ondervoeding.