

IN NEDERLAND 2000 ONDERVOEDE POLIKLINIEKPATIËNTEN PER DAG

1680 gaan naar huis zonder advies van de diëtist

Te weinig poliklinische patiënten die zijn ondervoed, gaan naar de diëtist. Maar hoe verander je dat? 'De herkenning is het allereerste begin. Dat moet een plek krijgen', zegt projectleider dr. ir. Hinke Kruizenga naar aanleiding van recent onderzoek. Het vraagt om een multidisciplinaire benadering. 'Je moet inzicht hebben in de grootte van het probleem en met elkaar vaststellen wat je gaat doen.' Prof.dr. Chris Mulder vindt dat diëtetiek een medisch specialisme moet worden.



Drs. Eva Leistra (l.) en dr. ir. Hinke Kruizenga (r.)

Ondervoeding die gerelateerd is aan ziekte, komt in ziekenhuizen veel voor. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen blijkt dat 25-40% van de patiënten die worden opgenomen, is ondervoed. 'We zijn in de ziekenhuizen al lang bezig met dat onderwerp', zegt dr. ir. Hinke Kruizenga, diëtist-onderzoeker bij het VUmc in Amsterdam en samen met mr. Anja Evers projectleider 'Vroege herkenning & behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen'. 'We weten wat de prevalentie in de kliniek is, maar hoe is dat gesteld met de polikliniek? Wij hebben in 2005 op de dag van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen op de poliklinieken van het VUmc daar onderzoek naar gedaan en vonden een prevalentie van 6%.' 'Maar', waarschuwt Kruizenga: 'Het ging maar om één dag en wij zijn een academisch ziekenhuis. De vraag was, hoe verhoudt die uitkomst zich tot alle ziekenhuizen in Nederland?' Er was tot dus-

ver weinig bekend over de prevalentie van ondervoeding op de poliklinieken. Daarom heeft de 'Stuurgroep Ondervoeding' in maart, april en mei van dit jaar er onderzoek naar gedaan, gefinancierd door ZonMw. Het onderzoek geeft antwoord op de vraag hoe hoog het percentage ondervoede patiënten op poliklinieken is en op welke van die afdelingen ondervoeding het meeste voorkomt. Drs. Eva Leistra is onderzoeksmedewerker van het project. Zij vertelt dat aan het onderzoek 9 ziekenhuizen hebben meegewerkt. 'Dat zijn ziekenhuizen die al mee hadden gedaan aan een 'Sneller Beter-project' (zie ook www.stuurgroepondervoeding.nl/ziekenhuis/deelnemende-ziekenhuizen/). Ze hebben van ons een kant-en-klaar pakket – met onder andere een doos met vragenlijsten – gekregen waarmee ze het onderzoek konden uitvoeren'. De ziekenhuizen regelden intern de uitvoering van het onderzoek. Eva Leistra: 'Alle poliklinieken deden één dag mee en op die dag was een onderzoeker

aanwezig die de vragenlijst aan de patiënt uitdeelde, met hen de ingevulde lijst naliep en de patiënt op de weegschaal zette.' De data werden door de ziekenhuizen ingevoerd in een computerbestand, waarna de Stuurgroep alle gegevens analyseerde.

Ik geloof in vroege herkenning

Hinke Kruizenga had verwacht dat de prevalentie van ondervoeding op de poliklinieken hoger zou zijn. 'De prevalentie is laag, maar de herkenning is ook laag. Dat laatste is jammer, want elke dag worden heel veel patiënten in Nederland op poliklinieken behandeld.' Uit het onderzoek blijkt dat één op de twintig patiënten ondervoed is. 'In vergelijking met het ziekenhuis is dat weinig. Maar slechts 16% van de ondervoede patiënten wordt doorgestuurd naar de diëtist. Daaruit blijkt dat de herkenning en aandacht voor ondervoeding op de poliklinieken te laag is. En ik geloof juist in die vroege herkenning. Op de poliklinieken kun je echt wat

Ondervoeding bij ziekte

Ondervoeding (bij ziekte) wordt veroorzaakt door een te geringe inname van nutriënten maar kan ook het gevolg zijn van een gestoorde assimilatie of absorptie van voedingsstoffen. Ondervoeding leidt tot een toename in morbiditeit, mortaliteit, hogere kosten (door onder andere verhoogd medicijngebruik en toename van de zorgcomplexiteit) en langere opnameduur in het ziekenhuis. De voedingstoestand van patiënten inventariseren is een belangrijke eerste stap, maar daar moeten adequate interventies aan worden gekoppeld. Dat is een belangrijk onderdeel van goede patiëntenzorg. De 'Stuurgroep Ondervoeding' is opgericht om de aandacht voor ondervoeding als gevolg van ziekte op te sporen, te voorkomen en te behandelen, vooral bij de risicogroepen (kwetsbare ouderen, chronisch zieken en mensen die een grote operatie ondergaan). (Zie ook www.stuurgroepondervoeding.nl)

doen voor de mensen. Het is essentieel om de slechte voedingsstatus te herkennen.' Gemiddeld wordt de polikliniek van een ziekenhuis elke (werk)dag bezocht door circa 400 patiënten. Dat betekent voor de 100 Nederlandse ziekenhuizen dat er dagelijks bij ongeveer 2000 patiënten wat aan de voeding zou moeten worden gedaan omdat ze ondervoed zijn. Maar 1680



De resultaten

In het voorjaar 2008 zijn gedurende 3 maanden op poliklinieken van 9 ziekenhuizen de gegevens van 2288 patiënten verzameld. Gemiddelde leeftijd 57 jaar (18-91 jaar, 47% mannen en 53% vrouwen). 5% van hen verkeerde in een slechte voedingstoestand, 2% had een matige voedingstoestand en 93% was niet ondervoed (47% mannen en 53% vrouwen). Ondervoeding kwam het meest voor op de poliklinieken mond- en kaakchirurgie (17%), oncologie (10%), revalidatie (8%), heilkunde (7%), maag-darm- en leverziekten (7%) en longziekten (7%). Van de ondervoede patiënten is slechts 16% onder behandeling van een diëtist.

Herkenning is het begin

Te weinig poliklinische patiënten die zijn ondervoed, gaan naar de diëtist. Hoe verander je dat? 'De herkenning is het allereerste begin. Dat moet een plek krijgen. Het vraagt om een multidisciplinaire benadering. Medische staf, verpleegkundige zorg, diëtist en management moeten het probleem belangrijk vinden en de aanpak ondersteunen. Je moet inzicht hebben in de grootte van het probleem en met elkaar vaststellen wat je gaat doen.' Advies van Hinke Kruizenga aan alle ziekenhuizen in Nederland: 'Bespreek de uitkomsten van ons onderzoek met de betrokkenen' »

disciplines, maar doe ook prevalentieonderzoek in je eigen ziekenhuis. Eigen onderzoek is belangrijk omdat de situatie zo verschillend kan zijn, afhankelijk van de speerpunten van het ziekenhuis. Voor dergelijk onderzoek kun je het hele jaar nog gebruik maken van de formulieren die wij daarvoor hebben ontwikkeld.' Op de vraag hoe het met de financiering van de diëtist is gesteld, antwoordt Kruijenga: 'Als de aanpak tot meer kwaliteit van zorg en een grotere efficiency leidt, moet financiering voor screening en extra beschikbaarheid van de diëtist tot de mogelijkheden behoren.' En zegt ze nog: 'Immers, geen arts doet niets met een probleem waar hij of zij weet van heeft.' Op basis van gegevens uit de literatuur worden de gezondheidszorgkosten van ondervoeding geschat op minimaal 300 miljoen euro per jaar zijn. Sommige berekeningen lopen zelfs op tot ruim 1 miljard euro per jaar. De verwachting is dat het probleem en de kosten de komende jaren alleen maar zullen toenemen door de groeiende groep ouderen en chronisch zieken. Er zijn dus voldoende argumenten om een formatieplaats voor de diëtist te creëren. Kruijenga noemt diverse mogelijkheden. De diëtist uit het ziekenhuis behandelt de patiënten, of de diëtist van de thuiszorg of een zelfstandig gevestigde diëtist werkt op de poliklinieken, of de behandelend arts verwijst naar de diëtist van de thuiszorg of Diëtheek (zie www.dietheek.nl). Maar merkt ze op: 'Soms zijn er wachtlijsten en dan is de samenwerking een nadeel omdat snelheid gewenst is. Maar als klinische afdeling diëtist kun je best veel doen om die zorg goed te organiseren.'

Multidisciplinair behandelplan

Voor de screening en behandeling van patiënten op de polikliniek is een behandelplan opgesteld. Daarin staat onder andere wat er moet worden gedaan voor de patiënt met een matige voedingstoestand en voor de patiënt in slechte voedingstoestand. Die laatste moet in ieder geval na 1 dag met de diëtist hebben gespro-

ken, na 3 dagen een behandelplan hebben en na 5 dagen moet werkelijk behandeld worden. In het plan staat ook omschreven wie binnen het multidisciplinaire team welke verantwoordelijkheid heeft. Arts en diëtist moeten bijvoorbeeld zorgen dat de diëtist binnen 1 werkdag in consult is geweest, arts en diëtist stellen de diagnose en de patiënt, verpleegkundige en diëtist bewaken de uitvoering van het behandelplan. De taken van de diverse teamleden staan omschreven, maar ook de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zoals het toepassen van de adviezen die zijn gegeven en het bijhouden van het gewichtsverloop. Om het de polikliniek gemakkelijk te maken de herkenning van ondervoede patiënten te implementeren is een toolkit ontwikkeld. Daarin zijn onder andere achtergrondinformatie opgenomen, de opzet voor het projectplan, voorlichtingsmateriaal, factsheet en handvatten voor de procesevaluatie.

Screeningsinstrument voor huisartspraktijk

De herkenning van ondervoeding op de poliklinieken schiet dus tekort, maar in de fase daarvoor wordt de slechte voedings-toestand ook te weinig herkend. De patiënt zelf zou er op moeten letten, maar ook de huisarts en/of praktijkondersteuner. Op de vraag wat de huisarts nu al doet, zegt Hinke Kruijenga: 'Daar heb ik geen goed beeld van. Daarom heeft de 'Stuurgroep Ondervoeding' begin augustus 2008 bij het ministerie van VWS subsidie aangevraagd om daar onderzoek naar te doen. Op 1 september 2008 zijn we gestart met het project Vroege herkenning & behandeling van ondervoeding in eerste lijn en thuiszorg.' De onderzoekers zijn begonnen met een probleemschets en gaan daarna een haalbaar scenario uitwerken voor vroege herkenning en behandeling van ondervoede patiënten bij de huisarts en in de thuiszorg. In de volgende fase van het project worden implementatie en een (kosten)effectiviteitsonderzoek uitgevoerd.

■ ANNEKE GEERTS

Diëtistiek moet medisch specialisme worden

Prof.dr. Chris Mulder is hoogleraar MDL in het VUmc en voorzitter van de Stuurgroep Ondervoeding. Op de vraag of medisch specialisten voldoende aandacht schenken aan het probleem van ondervoeding op de polikliniek antwoordt hij met een resoluut nee. Maar zegt hij, het ligt er aan over welk specialisme je praat. MDL-artsen, trauma-abdominaal chirurgen en kindergastroenterologen vinden voeding doorgaans belangrijk, maar andere specialisten hebben in hun opleiding maar weinig (of geen) voeding gehad. 'Als een dokter het onderwerp leuk vindt, dan doet hij of zij iets aan voeding. Maar als er een goeroe weg valt, dan verdwijnt de aandacht voor het onderwerp vaak. Daar word ik niet vrolijk van. Het mag niet afhankelijk zijn van de goede wil van een individuele dokter.' Diëtistiek moet een medisch specialisme worden, bepleit Mulder. 'Als de diëtistiek volwaardig is, dan wordt voeding ook een volwassen onderwerp. Dan wordt de diëtistiek specialist de natuurlijke partner van de MDL-artsen.' Er zijn voldoende argumenten om tot zo'n zelfstandig specialisme te komen. 'Maar wie gaat dat doen? Ik hoop dat we over een paar jaar hebben bereikt dat er na de 'master voeding' de mogelijkheid komt om een dergelijke specialisme vorm te geven. De ziekenhuisdiëtist moet dan net zo vanzelfsprekend worden als de ziekenhuisapotheeker. De beroepsgroep diëtistiek moet dit vorm geven en ook echt willen.' Chris Mulder hoopt ook dat tegen die tijd de prestatie indicatoren een vaste plaats in de zorg hebben gekregen. Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding is vastgelegd in de prestatie indicator ondervoeding in de basisset voor ziekenhuizen 2008. De indicator bestaat uit screening op ondervoeding bij opname en een snelle en adequate voedingsinterventie bij de ondervoede patiënten (zie ook www.snellerbeter.nl). 'Met de prestatie indicatoren kun je de situatie fundamenteel veranderen. Dat is nodig, want nu is de situatie versplinterd. En je redt het niet met een beetje bijsturen.'

KENNISCENTRUM OVERGEWICHT (VU MEDISCH CENTRUM) ONDERZOEKT GROEPSEUCATIE



Pubers met overgewicht: Go4it!

'Go4it', een groepseducatieprogramma voor adolescenten van 12 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas. Deelname aan het programma leidde bij het merendeel van de deelnemers tot een stabilisering of vermindering van het overgewicht. De resultaten van de pilot zijn onlangs gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Onderzoeker Ageeth Hofsteenge vertelt over haar bevindingen, over toekomstig onderzoek en over toepassing in de praktijk.

Overgewicht op kinderleeftijd leidt tot een grotere kans op overgewicht op volwassen leeftijd en gaat op lange termijn samen met onder meer een verhoogd risico op harten vaatziekten en kanker (1-4). Daarnaast heeft overgewicht sociale en emotionele gevolgen. Op de kinderleeftijd en in de adolescentie kunnen medische complicaties als gevolg van overgewicht worden waargenomen, zoals ademhalingsproblemen, hypertensie, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en metabole complicaties. Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat 20 tot 25% van de kin- »