

# Evaluatie van de kwaliteitsindicatoren ondervoeding bij kinderen in Nederlandse ziekenhuizen

---

Resultaten van de enquête uitgevoerd onder kinderartsen,  
verpleegkundigen, diëtisten en kwaliteitsmedewerkers van  
Nederlandse ziekenhuizen.

September 2015

Dr. Jessie M.Hulst, voorzitter sectie kinderen  
Dr. Koen F.M.Joosten, voorzitter wetenschappelijke advies raad  
Dr. Aeltsje Brinksma, projectleider sectie kinderen





## Inleiding

***Ondervoeding bij zieke kinderen kan leiden tot ernstige gevolgen. Ondervoede kinderen hebben grotere kans op complicaties zoals infecties en slechtere wondgenezing en zij liggen gemiddeld langer in het ziekenhuis. Daarnaast heeft ondervoeding nadelige gevolgen voor de groei en ontwikkeling van kinderen. Het voorkomen en tijdig behandelen van ondervoeding draagt dan ook in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van kinderen die opgenomen worden in het ziekenhuis. Om die reden zijn in 2008 vroege herkenning en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ).***

De kwaliteitsindicatoren *ondervoeding* voor kinderen bestaan uit:

- *Screening op ondervoeding*: wegen en meten van alle kinderen bij opname
- *Behandeling van ondervoeding*: registreren van de energie- en eiwitinname bij ondervoede kinderen op de 4<sup>de</sup> opname dag

Uit de resultaten van de metingen in de afgelopen jaren blijkt dat steeds meer kinderen bij opname gescreend worden op ondervoeding. In 2013 werd gemiddeld 73,4% van de kinderen bij opname gescreend (zie [http://www.igz.nl/actueel/nieuws/het\\_resultaat\\_telt\\_ziekenhuizen\\_2013.aspx](http://www.igz.nl/actueel/nieuws/het_resultaat_telt_ziekenhuizen_2013.aspx).) Dit was een stijging van 4,3% ten opzichte van 2012 (69,1%), maar de spreiding tussen de verschillende instellingen was groot: 22%-100%. Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwit- en energie-inname op dag 4 was 77,6% en liep uiteen van 0% tot 100%. Interpretatie van deze cijfers is echter moeilijk, omdat veel ziekenhuizen de voedingsinname steekproefsgewijs evalueerden en de registratie daardoor betrekking had op kleine aantallen kinderen. Daarom heeft de Inspectie besloten dat met ingang van 2015 de gegevens van de indicator *behandeling ondervoeding* door middel van continue meting aangeleverd worden.

De cijfers van de kwaliteitsindicatoren zijn erg waardevol, maar ze geven geen inzicht in hoe het proces van screenen en behandelen van ondervoeding verloopt en of professionals daarbij problemen ondervinden. Daarom heeft de Stuurgroep Ondervoeding besloten alle instellingen met een kinderafdeling een enquête te sturen. Het doel van deze enquête is om in kaart te brengen hoe het proces van screenen, behandelen en ontslag verloopt, welke knelpunten daarbij ervaren worden en welke ondersteuning professionals wensen op het gebied van het signaleren en behandelen van ondervoeding.

## Werkwijze

In maart 2015 werden alle instellingen met een kinderafdeling, in totaal 89 instellingen, benaderd voor deelname aan het onderzoek. Van iedere instelling werd de functionaris die optreedt als contactpersoon van de IGZ benaderd met het verzoek de digitale vragenlijst door te sturen naar de kinderarts, de diëtist, de hoofdverpleegkundige van de kinderafdeling en de kwaliteitsfunctionaris. Deze vier professionals zijn betrokken bij de prestatie-indicator screening en behandeling van ondervoeding. De vragen van de enquête hadden achtereenvolgens betrekking op het screenen op ondervoeding, het proces rondom de behandeling van ondervoeding, het ontslag en de overdracht van zorg van ondervoede kinderen, de wijze waarop de gegevens van de kwaliteitsindicatoren verzameld werden en de laatste vragen hadden betrekking op de behoefte aan scholing en ondersteuning.

De vragen zijn zowel op instellingsniveau als op het niveau van de professionals geanalyseerd. Aangezien er meerdere professionals per instelling deelnamen en de antwoorden van de professionals niet altijd overeen hoeven te komen, vallen de percentages bij de resultaten op instellingsniveau soms hoger uit dan 100%. De uitkomsten van de enquête zijn tenslotte afgezet tegen de resultaten van de meting van de IGZ in 2013. Er is onder andere gekeken of er een verband is tussen het percentage kinderen dat gescreend werd op ondervoeding en het weeg- en meetbeleid van de instelling.

## Resultaten

Van de 89 instellingen die zijn benaderd voor het onderzoek, hebben van 78 instellingen één of meerdere professionals een vragenlijst geretourneerd. Dit betekent dat er van 88% van de instellingen informatie is ontvangen over de prestatie-indicator ondervoeding. Van 8 instellingen hebben alle 4 de professionals de vragenlijst geretourneerd en van 21 instellingen hebben 3 professionals deelgenomen. Van de overige instellingen hebben 2 (22 instellingen) of 1 (32 instellingen) professional (s) deelgenomen. De hoogste respons was onder de diëtisten (zie tabel 1).

**Tabel 1.** Respondenten (n=170)

	Kinderarts	Diëtist	Verpleegkundige	Kwaliteitsmedewerker
Aantal	32	59	33	46
% van totaal aantal respondenten	19	35	19	27
% van uitgenodigde professionals	36	66	37	52

## 1. Screening op ondervoeding

### Indicator screening op ondervoeding<sup>1</sup>

Een eerste stap om ondervoeding aan te pakken, is iedere patiënt bij opname in de kliniek te screenen (op het risico) op ondervoeding en zo nodig een behandelplan op te stellen. De actuele voedingstoestand bij kinderen kan bepaald worden middels het meten van gewicht en lengte bij kinderen  $\geq 1$  jaar en het gewicht bij kinderen  $< 1$  jaar. Aan de hand van deze gegevens kan de standaarddeviatiescore berekend worden en kan vastgesteld worden of er sprake is van acute ondervoeding. Een optimale screening bevat naast de vaststelling of er sprake is van acute ondervoeding ook een bepaling van chronische ondervoeding. Hiervoor kan er bij kinderen  $\geq 1$  jaar aan de hand van de gemeten lengte vastgesteld worden of er sprake is van chronische ondervoeding. Om vast te stellen of het kind een risico heeft om tijdens opname ondervoed te raken, dient bij opname een screeningsinstrument gebruikt te worden. Een voorbeeld van een screeningsinstrument is de STRONGkids; aan de hand van een viertal vragen kan het risico op ondervoeding bij opname bepaald worden.

Definitie acute ondervoeding

- Gewicht naar leeftijd  $< -2$  SD (kinderen 28 dagen - 1 jaar)
- Gewicht naar lengte  $< -2$  SD (kinderen 1 - 18 jaar)

<sup>1</sup> Tekst overgenomen uit *Basisset Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2015*

Volgens de kwaliteitsindicator moet bij alle kinderen ( $> 28$  dagen) bij opname gewicht en lengte gemeten worden. Het wegen van kinderen bij opname wordt *meestal* tot *altijd* gedaan (zie tabel 2). Bij kinderen die voor een chirurgische ingreep opgenomen worden, liggen de percentages beduidend lager. Het meten van de lengte wordt minder vaak gedaan dan het meten van gewicht.

**Tabel 2.** Gerapporteerde frequentie van verrichte metingen van gewicht en lengte bij opname

	altijd	meestal	soms
<b>Alle kinderen</b>			
Gewicht	65%	32%	
Lengte	36%	47%	17%
<b>Chirurgische kinderen</b>			
Gewicht	49%	36%	9%
Lengte	29%	37%	23%

Van 11 instellingen zijn er antwoorden van alle 3 de professionals, kinderarts, diëtist en verpleegkundige, beschikbaar en met elkaar vergeleken (tabel 3). Verpleegkundigen geven aan dat kinderen bij opname *altijd* gewogen worden, terwijl de diëtist antwoordt dat dit in ruim de helft van de opnames *altijd* gebeurt. De kinderartsen zitten daar tussenin. Bij het meten van de lengte, is het percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat dit *altijd* gebeurt ook beduidend hoger dan het percentage diëtisten.

De registratie van de screening op ondervoeding voor de kwaliteitsindicator gebeurt bij de meeste instellingen (79%) digitaal, 14% van de instellingen doet dit op papier en 6% gebruikt zowel een digitale als een papieren registratie.

**Tabel 3.** Gerapporteerde frequentie van metingen van gewicht en lengte: vergelijking van antwoorden professionals

	altijd	meestal	soms
<b>Meting van gewicht</b>			
Kinderarts	80%	20%	
Diëtist	55%	45%	
Verpleegkundige	100%		
<b>Meting van lengte</b>			
Kinderarts	60%	30%	10%
Diëtist	18%	55%	18%
Verpleegkundige	75%	25%	

### Opmerkingen bij wegen en meten

Als belangrijkste reden waarom kinderen bij opname niet gewogen en gemeten worden, wordt genoemd dat kinderen daarvoor soms te ziek zijn of dat de situatie te acuut is voor extra handelingen en bijvoorbeeld het meten van de lengte niet mogelijk is. Soms wordt er gebruik gemaakt van een recent gewicht of wordt het gewicht nagevraagd bij de ouders. Tenslotte wordt het wegen en meten ook wel eens vergeten of wordt het wel gedaan maar wordt verzuimd de gegevens te noteren in de groeicurves.

### Screenen op risico ondervoeding

In 76% (59/78) van de instellingen wordt de STRONG<sub>kids</sub> gebruikt om het risico op ondervoeding te vast te stellen. Zeven instellingen gebruiken de SNAQ, die alleen gevalideerd is voor volwassen patiënten, ook om kinderen te screenen en eenmaal wordt het programma *Onderob* gebruikt waarin de STRONG<sub>kids</sub> is opgenomen. De overige 14% (11/78) van de instellingen maken alleen gebruik van de SD scores.

### Knelpunten signalering van ondervoeding

De knelpunten die ervaren worden bij het signaleren van ondervoeding kunnen onderverdeeld worden in de organisatie van zorg en in patiëntfactoren.

#### Organisatie van zorg

- Werkdruk en/of tijdgebrek: bij een opname liggen de prioriteiten soms anders waardoor screening achterwege blijft; lastig om consequent alle kinderen te screenen.
- Inzichten over het belang van screening verschillen: de ene arts vindt het wel belangrijk en de andere niet.
- Screening is (nog) geen routine, bijvoorbeeld omdat het niet goed is ingevoerd, of omdat het geen onderdeel uitmaakt van de visite, of door wisselingen van personeel.
- Screenen heeft geen prioriteit: ondervoeding komt zelden voor; screenen levert geen risico patiënten op die anders gemist zouden zijn.
- ICT is een obstakel: registratie en verwijzing is niet gedigitaliseerd

#### Patiënt factoren

- Het kind is ernstig ziek: wegen en meten is niet mogelijk is of andere handelingen hebben prioriteit hebben.
- Bij dehydratie of oedeem is het gewicht geen betrouwbare maat voor de voedingstoestand.

Uit de meting van de kwaliteitsindicatoren in 2013 bleek dat 76% (=mediaan) van de kinderen bij opname gescreend werd op ondervoeding. De spreiding tussen de verschillende instellingen was groot en varieerde van 22% tot 100%. Vergelijking van het percentage gescreende kinderen in 2013 met de resultaten van de enquête wijst uit dat er geen verband is tussen het percentage gescreende kinderen en de gerapporteerde uitvoering van het weeg- en meetbeleid binnen instellingen. Instellingen die aangeven kinderen altijd te wegen of te meten hebben geen hogere percentages gescreende kinderen dan instellingen die zeggen meestal of soms te wegen en te meten.

### **Conclusies en aanbevelingen screening**

Het wegen van kinderen bij opname wordt meestal tot altijd gedaan. Echter in acute situaties bij ernstig zieke kinderen is wegen niet altijd haalbaar en ligt de prioriteit bij het stabiliseren van de situatie van het kind. In deze situaties is het belangrijk, om zodra de gezondheid van het zieke kind het toe laat, alsnog te wegen en meten juist omdat ernstig zieke kinderen een groter risico lopen ondervoed te raken. Opvallend is het verschil in perceptie dat de professionals hebben of kinderen wel of niet altijd gewogen en gemeten worden. De hoge score van verpleegkundigen kan verklaard worden door het feit dat wegen en meten veelal de verantwoordelijkheid is van de verpleegkundigen en zij ook de overtuiging en intentie hebben om alle kinderen bij opname te wegen en te meten. Diëtisten scoren beduidend lager omdat zij waarschijnlijk regelmatig geconfronteerd worden met het feit dat er geen gewicht of lengte genoteerd staat in een kinddossier. Dit kan betekenen dat de meting niet is uitgevoerd, maar het is ook mogelijk dat de meting wel is uitgevoerd maar niet is opgeschreven of niet is ingevoerd in het digitale systeem.

Extra aandacht is nodig voor het wegen en meten van kinderen die voor een chirurgische ingreep worden opgenomen. Het navragen van gewicht en lengte is absoluut onbetrouwbaar als het gaat om het signaleren van ondervoeding.

Voor het screenen van het risico op ondervoeding wordt in de meeste instellingen de **STRONG<sub>kids</sub>** gebruikt. Gebruik van de SNAQ-score wordt afgeraden aangezien deze score niet gevalideerd is bij patiënten jonger dan 18 jaar.

## 2. Behandeling van ondervoeding

### Indicator behandeling van ondervoeding<sup>1</sup>

Deze indicator inventariseert bij welk percentage van de ondervoede patiënten de vastgestelde eiwitbehoefte en/of energie-behoefte op de vierde opnamedag daadwerkelijk wordt gehaald. Gekozen is voor de vierde opnamedag, omdat het van belang is dat de patiënt zo snel mogelijk adequaat wordt gevoed, nadat ondervoeding is geconstateerd. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is natuurlijk eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

U registreert de voedingsinname bij alle acuut ondervoede kinderen (> 1 jaar). U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwit- en energieinname van de vierde opnamedag.

<sup>1</sup> Tekst overgenomen uit *Basisset Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2015*

Als ondervoeding is geconstateerd wordt volgens de respondenten in 10% (8/78) van de instellingen het behandelplan opgesteld door de kinderarts, in 59% (46/78) van de instellingen wordt dit gedaan door de diëtist en in 49% (38/78) van de instellingen is dit een gedeelde taak van de kinderarts en de diëtist. In de meeste instellingen is de diëtist dus betrokken bij het opstellen van het behandelplan.

De meeste instellingen registreren *dagelijks* de voedingsinname van ondervoede kinderen, hoewel diëtisten van 13 instellingen (17%) aangeven dat de inname van ondervoede kinderen niet geregistreerd wordt. Als commentaar wordt aangegeven dat het al of niet registreren van de inname afhankelijk is van de afspraken die daarover gemaakt worden, soms wordt het 2x per week gedaan of pas na 4 dagen. Overigens, als gekeken wordt hoe deze 13 instellingen in 2013 presteerden op de indicator *behandeling van ondervoeding*, dan blijkt het percentage kinderen met een adequate inname te variëren van 0-100% en presteren ze niet beter of slechter dan andere instellingen.

Bijna de helft 47% (37/78) van de instellingen registreert de voedingsinname digitaal; 29% (23/78) registreert op papier en 12% (9/78) registreert zowel op papier als digitaal.

De evaluatie van de voedingsinname op de 4<sup>de</sup> opname dag wordt in ruim de helft van de instellingen *altijd* gedaan en in een kwart van de instellingen wordt dit *niet* gedaan (tabel 4). Als redenen voor het niet evalueren van de inname antwoorden instellingen: dit is nog niet geregeld; het wordt alleen bij puntmetingen gedaan; de opname duur is te kort.

De registratie van de voedingsinname op de 4<sup>de</sup> opname dag wordt vooral door de verpleegkundige gedaan (80%, 62/78), soms in combinatie met registratie door de voedingsassistente (32%, 25/78) en heel af en toe in combinatie met de diëtist (12%, 9/78). Vijf instellingen rapporteren dat ook ouders de inname op de 4<sup>de</sup> opname dag noteren, maar dan altijd in combinatie met een professional.

**Tabel 4.** Gerapporteerde frequentie van voedingsinname op de 4<sup>de</sup> opname dag

Ja altijd	Soms	Nee
54%	45%	26%
(42/78)	(35/78)	(20/78)



## Knelpunten bij behandeling van ondervoeding

Door 35% (60/170) van de respondenten worden knelpunten gerapporteerd bij de behandeling van ondervoeding. Deze knelpunten kunnen onderverdeeld worden in de organisatie van de zorg en in patiënt factoren.

### Organisatie van zorg

- Het ontbreken van beleid en/of richtlijnen: geen eenduidige afspraken over verwijzing naar diëtist, ontbreken van behandelrichtlijnen.
- Beleid wordt niet goed uitgevoerd: slechte screening en doorverwijzing naar diëtist, ondervoeding is geen prioriteit, onvoldoende communicatie, diëtist te laat in consult, inname niet goed genoteerd.
- Het proces is niet geautomatiseerd.

### Patiënt factoren

- Korte opname duur: kinderen op dag 4 al ontslagen
- Te ziek: optimale inname niet haalbaar (slechte tolerantie enterale voeding, anorexia)

## Conclusie en aanbevelingen behandeling

In bijna alle instellingen wordt de diëtist betrokken bij het opstellen van het behandelplan van ondervoede kinderen, in slechts 10% van de instellingen is dit uitsluitend de taak van de kinderarts. Bij de behandeling van ondervoeding is het van belang de voedingsinname te registreren om te kunnen vaststellen of het kind de voorgeschreven hoeveelheid voeding binnen krijgt. Alleen dan kan de behandeling effectief zijn. Deze registratie is in de meeste instellingen de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige, soms in combinatie met de voedingsassistent. Helaas verloopt in 17% van de instellingen de registratie van de voedingsinname niet optimaal en bestaat het risico dat niet wordt opgemerkt dat ondervoede kinderen onvoldoende voeding krijgen. De uitvoering van de indicator *behandeling van ondervoeding* heeft in bijna de helft van de instellingen nog verbetering nodig. Respondenten van 26% van de instellingen geven zelfs aan dat de energie- en eiwitinname op dag 4 helemaal niet geëvalueerd wordt. Dit percentage is opmerkelijk hoger dan de 12% van de instellingen die in 2013 geen gegevens aanleverde voor deze indicator. Kennelijk worden in een aantal instellingen deze gegevens alleen verzameld ten behoeve van de kwaliteitsindicator en niet ten behoeve van de patiëntenzorg.

Er worden verscheidene knelpunten gesignaleerd zowel ten aanzien van het opstellen van het voedingsbeleid als bij de uitvoering van het beleid. Dit betekent dat niet alleen goede richtlijnen en behandelafspraken nodig zijn, maar ook dat meer aandacht gewenst is voor de implementatie en consolidatie van de behandelrichtlijnen.

### 3. Ontslag van ondervoede kinderen

De gemiddelde opname duur is kort en ondervoeding is vaak niet een contra-indicatie voor ontslag, dat betekent dat de zorg van ondervoede kinderen overgedragen moet worden naar de 2<sup>de</sup> of 1<sup>ste</sup> lijn. Bij de overdracht van zorg is het belangrijk dat informatie over de voedingstoestand vermeld wordt in de ontslag brief. Van de professionals zegt 48% dat ontslaggewicht en lengte *altijd* tot *meestal* in de ontslag brief worden vermeld. Vijftientig procent antwoordt dat dit *nooit* of *soms* gebeurt en 27% geeft aan niet te weten of deze gegevens in de ontslag brief vermeld worden. Bij het vermelden van ontslaggewicht en lengte in de ontslag brief, worden in 38% van de gevallen de SD scores vermeld, in de overige gevallen wordt gewicht of lengte in kg respectievelijk cm genoteerd.

In hoeverre niet alleen de voedingstoestand maar ook de voedingszorg wordt overgedragen antwoordt 44% van de professionals dat de voedingszorg van een ondervoed kind *altijd* wordt overgedragen en 16% geeft aan dat dit *zelden* tot *nooit* gebeurt (zie tabel 5). De kinderarts antwoordt het meest positief over de overdracht van de voedingszorg en de diëtist en minst.

**Tabel 5.** Gerapporteerde frequentie van overdracht van de voedingszorg na ontslag uit het ziekenhuis (n=170)

	Ja altijd	Soms	Zelden	Nooit
Alle professionals	44%	40%	11%	5%
Kinderarts	63%	28%	9%	
Diëtist	29%	51%	12%	9%
Verpleegkundige	55%	33%	9%	3%

Er is niet een eenduidige manier waarop de voedingszorg wordt overgedragen. Indien de voedingszorg wordt overgedragen, antwoordt 51% van de respondenten dat daarvoor de ontslagbrief wordt gebruikt. Verder geeft 13% van de respondenten aan hiervoor een overdrachtsformulier te gebruiken, dit formulier wordt door sommige diëtistes gebruikt, en draagt 13% via de mail of EPD de zorg over. Vier procent draagt de zorg mondeling over en nog eens 4% draagt de voedingszorg over via de ouders. Tenslotte gebruikt 15% van de respondenten een combinatie van deze methodes.

De voedingszorg wordt afhankelijk van de problematiek en de situatie aan verschillende professionals overgedragen. De ondervoede kinderen worden vooral op de eigen polikliniek teruggezien (tabel 6). Verwijzing naar de eigen polikliniek wordt evenveel door de UMC's als door de andere instellingen gedaan. Verwijzing naar een kinderarts in de 2<sup>de</sup> lijn wordt vooral vanuit de UMC's gedaan. De UMC's geven vaker aan te verwijzen naar de huisarts, maar verwijzen in tegenstelling tot de andere instellingen, geen enkele keer naar de CB arts en verwijzen ook minder vaak naar een 1<sup>ste</sup> lijns diëtist.

**Tabel 6.** Overdracht van voedingszorg van het ondervoede kind bij ontslag

Professional	Percentage
Eigen polikliniek kindergeneeskunde	38%
Kinderarts 2 <sup>de</sup> lijn	11%
Diëtist 2 <sup>de</sup> lijn	21%
Diëtist 1 <sup>ste</sup> lijn	39%
Huisarts	30%
CB arts	18%

### Knelpunten bij ontslag

Als belangrijkste knelpunt bij ontslag van ondervoede kinderen wordt genoemd dat hier geen standaard procedure voor is en dat het niet altijd duidelijk is aan wie de zorg overgedragen moet worden en bij wie welke zorg thuis hoort. Veel instellingen dragen daarom de zorg ook niet over naar de eerste lijn maar vervolgen de kinderen op de eigen polikliniek.

### Conclusie

De werkwijze rondom ontslag en overdracht van zorg van een kind met ondervoeding verschillen per instelling en per situatie. Bij de overdracht zijn veel verschillende partijen betrokken en de overdracht van de voedingszorg vindt zowel schriftelijk, elektronisch, als mondeling plaats naar verschillende professionals al naar gelang de gewoonte of de situatie. Echter, de overdracht van de voedingszorg is niet vanzelfsprekend en geschiedt volgens de diëtisten in ruim 20% van de gevallen *zelden* of *nooit* en in slechts 29% van de gevallen *altijd*.

Ontslag en overdracht van kinderen met ondervoeding verdient meer aandacht en behoeft duidelijke afspraken rondom het te volgen beleid. De IGZ overweegt daarom een ontslagindicator toe te voegen aan de kwaliteitsindicatoren ondervoeding om de kwaliteit van zorg van ondervoede kinderen die het ziekenhuis verlaten te verbeteren.

## 4. De kwaliteitsindicatoren

In dit onderdeel van de enquête is in kaart gebracht hoe instellingen de gegevens voor de kwaliteitsindicator verzameld worden. In de meeste instellingen worden de gegevens voor de indicator *screening op ondervoeding* conform de eis continu verzameld, dat wil zeggen dat alle kinderen bij opname worden gescreend (tabel 7). Bij 28% van de instellingen worden deze gegevens achteraf verzameld en loopt de registratie van de indicator dus niet parallel aan de daadwerkelijk screening. Ruim een vijfde van de instellingen voert puntmetingen uit en voldoet als zodanig niet geheel aan de eisen van de kwaliteitsindicator.

De gegevens voor de indicator *behandeling van ondervoeding* worden door 79% van de instellingen al continu verzameld. Pas vanaf 2015 is de continue verzameling van deze gegevens vereist. Van de 29% instellingen die de gegevens door middel van een puntmeting verzamelt, geeft het merendeel aan in 2015 over te gaan op continue meting. Slechts 9/23 instellingen zullen ook in 2015 weer een puntmeting uitvoeren, omdat de continue meting nog niet ondersteund wordt door een digitaal systeem.

**Tabel 7.** Gerapporteerde manier van gegevensverzameling PI screenen en behandelen ondervoeding

Methode	Screenen		Behandelen	
	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal
Continu	95%	71/78	79%	62/78
Prospectief <sup>1</sup>	81%	63/78	-	-
Retrospectief <sup>2</sup>	28%	22/78	-	-
Puntmeting	22%	17/78	29%	23/78

<sup>1</sup> Prospectief betekent dat de gegevens van gewicht en lengte na het meten meteen geregistreerd worden tbv de kwaliteitsindicator.

<sup>2</sup> Retrospectief wil zeggen dat de gegevens van gewicht en lengte *achteraf* uit het systeem worden gehaald.

Het merendeel (81%) van de respondenten is van mening dat de indicator *ondervoeding* heeft bijgedragen aan een betere voedingszorg van patiënten. Het percentage positieve reacties varieert van 63% van de kinderartsen tot 88% van de diëtisten. Een vijfde van de respondenten vindt dat de kwaliteitsindicatoren geen bijdrage heeft geleverd, omdat de voedingszorg altijd al goed geregeld was, of omdat enkel registratie plaats vindt maar de daadwerkelijke zorg daardoor niet verbeterd is, of omdat ondervoeding weinig voorkomt.

## 5. Behoeftte aan scholing

Twee derde (65%) van de respondenten is tevreden over het niveau van de voedingszorg binnen de eigen instelling; de tevredenheid is het hoogst bij de verpleegkundigen en het laagst bij de diëtisten (tabel 8).

**Tabel 8.** Percentage tevreden medewerkers over voedingszorg

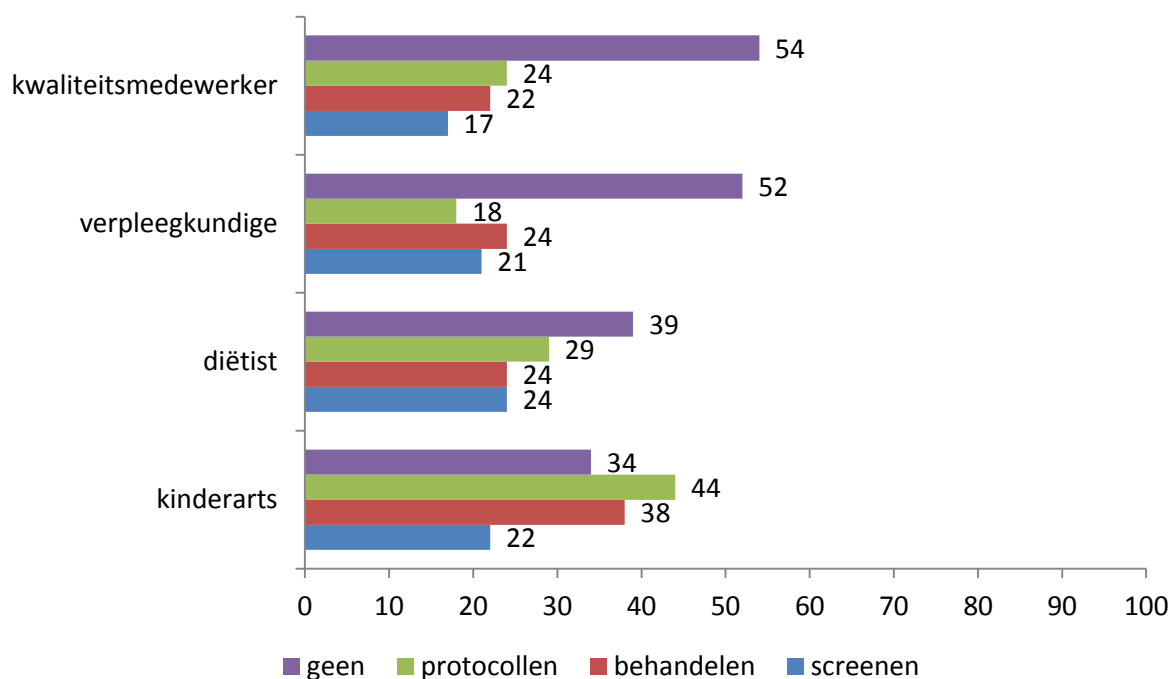
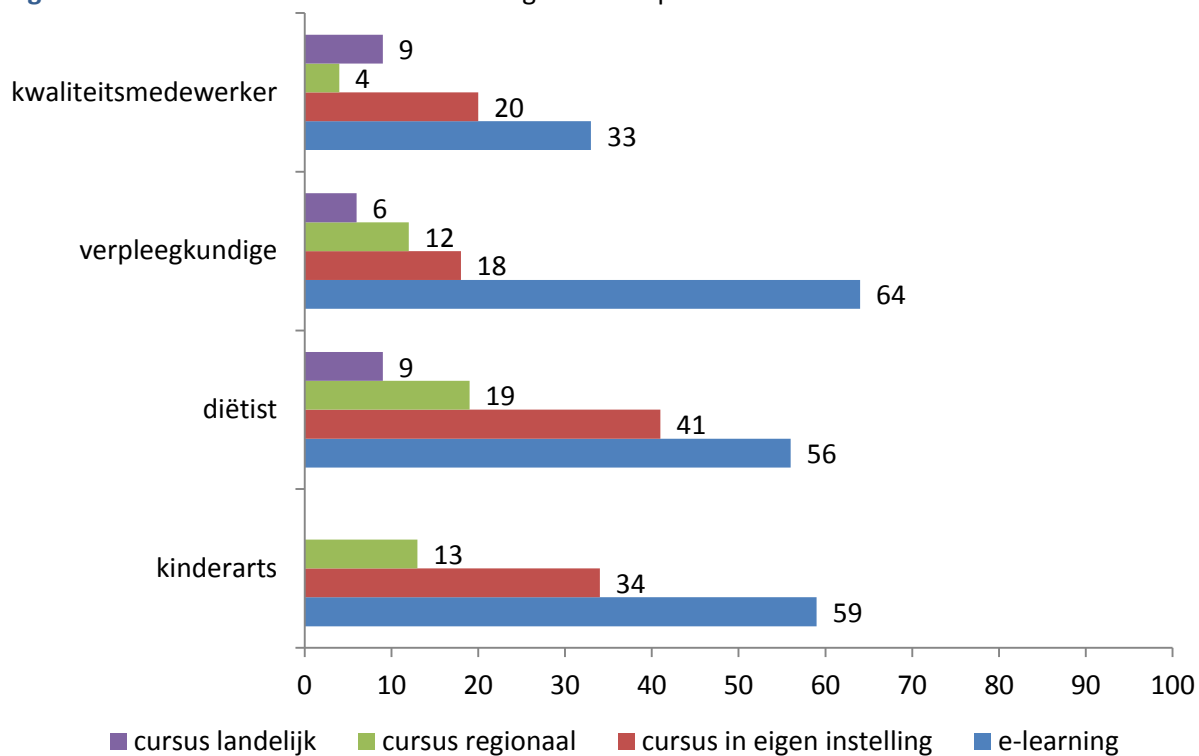
	<b>% tevreden</b>
Alle professionals	65
Kinderarts	72
Diëtist	50
Hoofdverpleegkundige	84
Kwaliteitsmedewerker	62

Als verbeterpunten voor de voedingszorg worden genoemd:

- meer aandacht voor ondervoeding
- betere communicatie (tussen kinderarts en chirurg en tussen kinderarts, verpleegkundigen, diëtist en voedingsassistent)
- verantwoordelijkheden goed vastleggen
- betere registratie en vastlegging van gegevens in digitaal systeem/EPD
- kennis vergroten van alle disciplines
- verbeteren (voedings) assortiment
- aanstellen voedingsteam
- uitbreiding formatie diëtetiek.

De Stuurgroep Ondervoeding kan professionals en organisaties ondersteuning bieden op het gebied van screening en behandeling van ondervoeding. De belangstelling voor scholing op het gebied van een behandelprotocol is het grootst (28%), met name kinderartsen geven aan hier behoefte aan te hebben (figuur 1). Daarnaast geeft 26% en 21% van de respondenten aan behoefte te hebben aan scholing op het gebied van respectievelijk screening en behandeling van ondervoeding. Van alle respondenten geeft 45% aan geen behoefte te hebben aan scholing.

E-learning verdient bij alle respondenten de voorkeur als het om scholing gaat, op afstand gevolgd door scholing binnen de eigen instelling. Slechts 7% van de respondent verkiest een landelijk cursus (figuur 2).

**Figuur 1.** Behoefte aan scholing onder de verschillende professionals**Figuur 2.** Voorkeur voor manier van scholing onder de professionals

## Tot slot

Dankzij de kwaliteitsindicatoren *ondervoeding* is de afgelopen jaren de aandacht voor ondervoeding bij kinderen die worden opgenomen in ziekenhuizen toegenomen, wordt ondervoeding en het risico op ondervoeding beter en eerder gesignaleerd en is de zorg voor ondervoede patiënten verbeterd. Qua voedingsbeleid vervult Nederland daarmee internationaal gezien een voorbeeldrol. Dit rapport toont echter ook aan dat hoge of lage scores op de kwaliteitsindicatoren zoals die door de IGZ jaarlijks worden gemeten, niet één op één terug te vertalen zijn naar klinisch goede of minder goede zorg volgens de zorgprofessionals. Er zijn instellingen die laag scoren op het percentage gescreende kinderen bij opname onder meer door het ontbreken van een goed functionerend EPD, maar bij wie het signaleren van ondervoeding uitstekend verloopt. Andersom zijn er instellingen die 100% scoren op de indicator *behandeling van ondervoeding* maar bij wie de dagelijkse inname van ondervoede kinderen niet geregistreerd wordt. Ook laat dit rapport zien dat de zorg voor ondervoede kinderen nog lang niet optimaal is en dat professionals verschillende knelpunten ervaren.

### Ondersteuning professionals

De landelijke Stuurgroep Ondervoeding fungeert als kenniscentrum op het gebied van ondervoeding en richt zich op het verminderen van ondervoeding en het bevorderen van optimale zorg. Naar aanleiding van dit rapport biedt de sectie Kinderen van de Stuurgroep binnenkort via haar website ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)) 3 scholingsvideo's aan getiteld: voedingsanamnese & voedingstoestand, ondervoeding en enterale voeding. Hiermee kunnen professionals hun kennis op het gebied van ondervoeding vergroten. Hiernaast werkt de Stuurgroep op dit moment aan een voorbeeld behandelprotocol voor ondervoeding waarin de verschillende stappen beschreven worden om een kind met ondervoeding adequaat te behandelen. In dit protocol zal ook een richtlijn rondom ontslag en overdracht beschreven worden. Het protocol zal waarschijnlijk eind 2015 beschikbaar worden gesteld via de website van de Stuurgroep. Tenslotte is de Stuurgroep in gesprek met de IGZ om een ontslagindicator te ontwikkelen waarmee het ontslag en de overdracht van ondervoede kinderen in kaart gebracht kan worden. Gezien de korte opnameduur is het namelijk uiterst belangrijk dat instellingen de follow-up van ondervoede kinderen goed organiseren.