

# Verlag 1<sup>e</sup> fase project

## “optimale transmurale voedingszorg voor de ondervoede patiënt”



Amsterdam, Januari 2015

## Inleiding

De afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in vroege herkenning en behandeling van ondervoeding. Er wordt in ziekenhuizen bij opname gescreend op ondervoeding. Vervolgens krijgen de ondervoede patiënten een optimale dieetbehandeling, geïntegreerd in de totale medische behandeling. De ziekenhuisopname is echter te kort (gemiddeld ca. 5 dagen) om de patiënten in een goede voedingstoestand te brengen. Het is daarom noodzakelijk dat de dieetbehandeling in de thuissituatie wordt voortgezet.

In augustus 2010 is de LESA Ondervoeding gepubliceerd. Deze Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak is opgesteld door NHG, V&VN en de NVD. De LESA heeft al veel positieve effecten gehad in de samenwerking tussen de relevante disciplines in de eerste lijn maar heeft nog wel een vervolg nodig.

De huisarts en eerstelijnsdiëtist zijn vaak niet op de hoogte van de diagnose ondervoeding als de patiënt het ziekenhuis verlaat. Oorzaken zijn onder andere:

- De overdracht van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>ste</sup> lijn is onvoldoende geregeld
- Betrokken partijen in de 1e lijn gezondheidszorg, maar ook de patiënt zelf en de familieleden onderschatten het probleem van ondervoeding

De dieetbehandeling wordt daarom niet of laat in de thuissituatie voortgezet. Dit vertraagt onnodig het herstel van de patiënt.

### *Missie:*

Door de transmurale overdracht te verbeteren, is er voor de zieke patiënt en kwetsbare ouderen gezondheidswinst te halen. Een goede voedingstoestand betekent voor de patiënt meer (spier)kracht, een betere conditie, minder vermoeidheid, sneller herstel, minder kans op complicaties; belangrijke factoren die de kwaliteit van leven vergroten en de zelfredzaamheid stimuleren. Gezien de impact van ondervoeding op de patiënt zou het terugdringen van de prevalentie de allerhoogste prioriteit dienen te hebben.

In 2014 en 2015 wordt, gefinancierd door Fonds Nuts/Ohra, door 1stelijns Amsterdam, de Stuurgroep Ondervoeding en diëtistenpraktijk Equilibrio een project uitgevoerd met als doel het verbeteren van de voedingszorg van de ondervoede patiënt

(kwetsbare ouderen en chronisch zieken) in Amsterdam door verbeteren van de organisatie/communicatie rondom de transmurale voedingszorg met behulp van een:

- **Toolkit Transmurale Voedingszorg** waar concrete werkafspraken + duidelijke overdrachtsformulieren staan beschreven, die door alle betrokken Amsterdamse professionals in de 1e, 2e en 3e lijn wordt gebruikt.
- **Sociale Kaart Ondervoeding**: een duidelijk overzicht van namen van gespecialiseerde professionals in ondervoeding binnen 3<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn, zodat men elkaar gemakkelijk weet te vinden.

Als dit is geïmplementeerd in Amsterdam kan dit als blauwdruk gebruikt worden door andere gemeenten.

## Methode

Het project is ingedeeld in de volgende fasen.

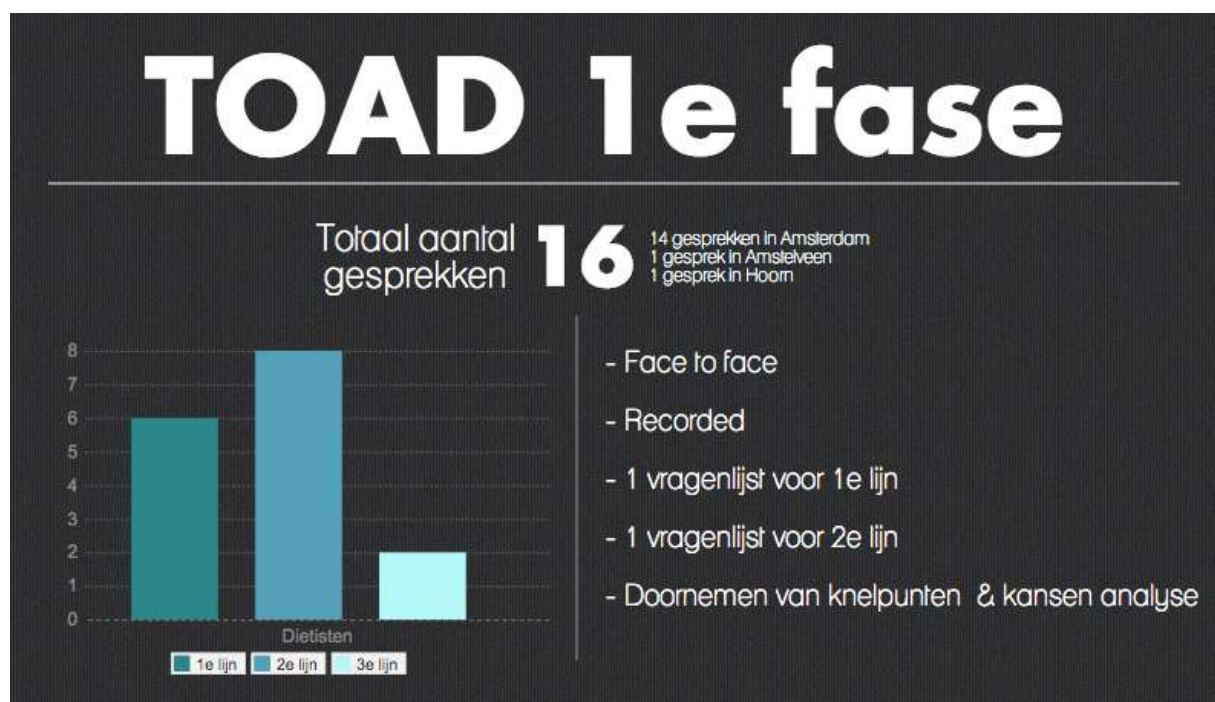
Fase	Periode	Werkzaamheden
1	mei – juli 2014	<i>Inventarisatieronde</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventarisatie van bestaande afspraken en formulieren</li> <li>- Inventarisatie van wensen</li> <li>- Inventarisatie van knelpunten</li> </ul>
2	juli tot oktober 2014	<i>Voorstel van toolkit maken</i>
3	november 2014 tot februari 2015	<i>Toolkit voorleggen aan de klankbordgroep</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacties verwerken</li> <li>- Toolkit publiceren op website <a href="http://www.stuurgroepondervoeding.nl">www.stuurgroepondervoeding.nl</a></li> <li>- Artikel in NTVD en andere relevante media</li> </ul>
4	februari tot oktober 2015	<i>Implementatie in Amsterdam</i>
5	september en oktober 2015	Toetsing effectiviteit van logistiek van de gemaakte afspraken in toolkit

In fase 1, in de periode van mei tot juli 2014 zijn interviews uitgevoerd bij Amsterdamse diëtisten in alle sectoren van zorg. In een face-to-face vraaggesprek zijn diverse onderwerpen en de knelpunten en kansen analyse aan de orde gekomen. Zie voor de gestelde vragen en de voorgelegde kansen en belemmeringen bijlage 1-3. De onderwerpen die aan bod kwamen bij de 2<sup>e</sup> lijn waren voornamelijk punten met betrekking tot de huidige overdracht van de ondervoede patiënt, samenwerkingsafspraken, protocollen bij te korte ligduur om bij een patiënt in consult te komen, criteria voor behandeling in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn en de visie op de optimale overdracht van de ondervoede patiënt. Bij de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn werd er gevraagd naar samenwerkingsafspraken, netwerk van de diëtist, visie op telefonische begeleiding door de 2<sup>e</sup> lijn en de visie op de optimale overdracht van de ondervoede patiënt.

De gesprekken zijn allemaal opgenomen en later uitgebreid uitgewerkt. Deze uitgewerkte gesprekken zijn gebundeld.

## Resultaten

Er zijn zestien interviews uitgevoerd afgenomen met zes eerstelijnsdiëtisten, acht tweedelijnsdiëtisten en twee derdelijns diëtisten. In totaal zijn veertien interviews in Amsterdam afgelegd, één gesprek vond plaats in Amstelveen met het Amstellandziekenhuis en één gesprek in Hoorn met Dieetcompleet.



De huidige werkwijze van de transmurale overdracht van de ondervoede patiënt is zeer divers in de deelnemende instellingen/praktijken.

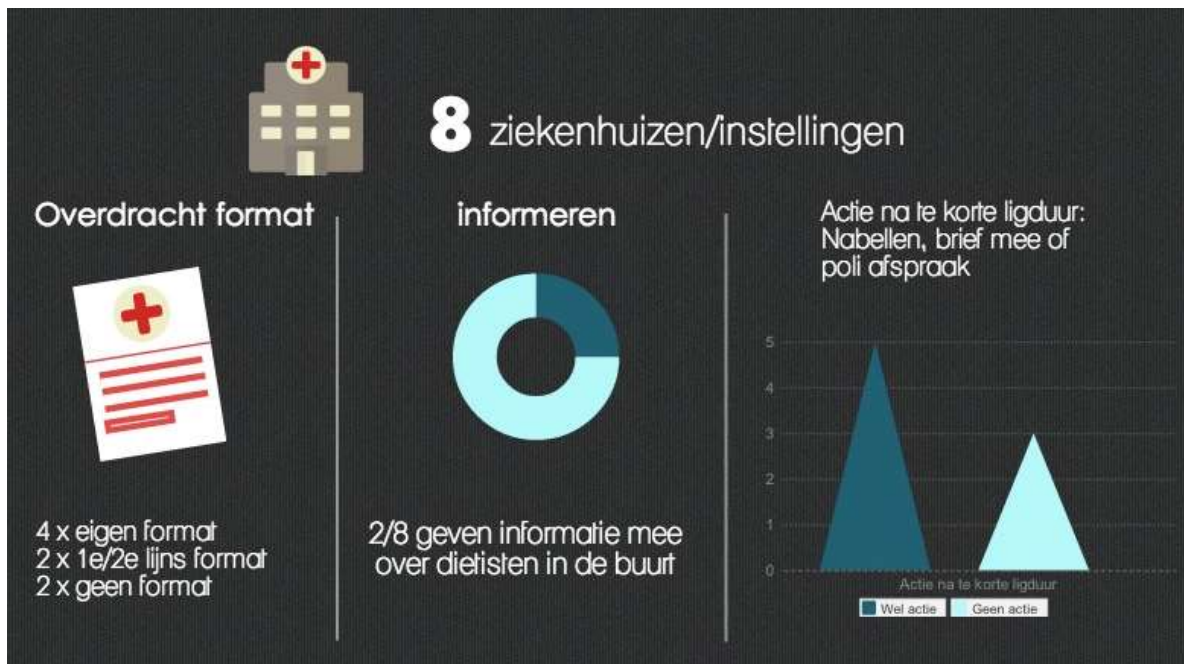
Bij zes instellingen/praktijken gaat de overdracht per mail, bij vijf een combinatie van mail en/of telefonisch, bij vier instellingen/praktijken wordt een combinatie van fax en/of post en/of overdracht meegeven. En tot slot wordt er bij één instelling de overdracht op papier meegegeven. Geen enkele instelling heeft een samenwerkingsafpraak op papier.



Vier instellingen gebruiken een 'eigen' overdrachtsformat, twee het format van de 1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup> lijn en bij twee instellingen wordt er geen gebruik gemaakt van een format.

Twee instellingen geven informatie aan de patiënt over diëtisten in de buurt.

In vijf instellingen wordt er actie ondernomen bij patiënten die te kort zijn opgenomen om door een diëtist gezien te worden en bij drie instellingen is er geen actie en/of beleid bij deze patiëntengroep. De acties die ondernomen worden kunnen zijn: patiënt wordt gebeld, wordt gezien op de polikliniek of krijgt een brief mee.



Vijf instellingen hebben (wel eens) contact met eerstelijnsdiëtisten, drie instellingen hebben dit nooit. Er vindt vanuit de 2<sup>e</sup> lijn weinig contact met de huisarts plaats.



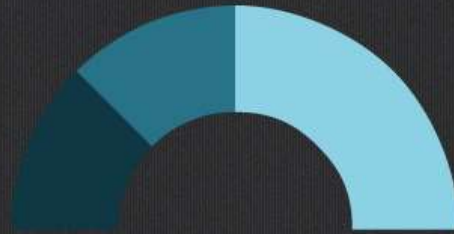
De visie vanuit de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn over telefonische consulten vanuit de 2<sup>e</sup> lijn zijn divers. Twee diëtisten vonden dit prima, twee niet voldoende en vier vonden dit slecht.



## 8 1e/3e lijn dietisten



Visie telefonische  
consulten door 2e lijn



■ prima (25%) ■ niet voldoende (25%) ■ slecht (50%)



## Knelpunten en kansen

Bij de ziekenhuizen werd 'onbekendheid met de diëtist', 'ontbreken van de medische gegevens' en 'onvoldoende vertrouwen in de 1<sup>e</sup> lijn/kennissniveau van sondevoeding te laag' als de top 3 van knelpunten benoemd. Andere knelpunten die worden genoemd zijn: 'slechte ervaring met alternatieve diëtist' en 'patiënt gehecht aan eigen diëtist'. In de ziekenhuizen springen er geen specifieke kansen uit. Vijf van de acht ziekenhuizen is het eigenlijk met alle vooraf geformuleerde kansen eens. Twee ziekenhuizen benadrukken extra 'de toenemende kwaliteit en continuïteit van zorg voor ondervoede patiënt' en een ziekenhuis benadrukt de 'verlaging van de werkdruk voor de 2<sup>e</sup> lijns diëtist'.

Bij de 1<sup>e</sup> lijns en 3<sup>e</sup> lijns diëtisten worden ook 'onbekendheid met de diëtist' en 'ontbreken van de medische gegevens' genoemd in de top drie. De laatste in de top drie is 'patiënt heeft meer zorg nodig dan drie uur'. Naast de top drie wordt ook 'privacy gevoeligheid' en 'onvoldoende kennis over sondevoeding' genoemd. Als belangrijkste kansen wordt door vier diëtisten 'nieuwe doelgroep voor de 1<sup>e</sup> lijn genoemd' en noemen vier diëtisten geen specifieke kansen

## Knelpunten en kansen

 Top 3	 Top 3
 <ul style="list-style-type: none"><li>- onbekendheid met de diëtist</li><li>- ontbreken van de medische gegevens</li><li>- onvoldoende vertrouwen in de 1e lijn/kennissniveau van sondevoeding te laag</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- onbekendheid met de diëtist</li><li>- ontbreken van de medische gegevens</li><li>- patiënt heeft meer zorg nodig dan 3 uur</li></ul>
 <ul style="list-style-type: none"><li>- Eens met alle kansen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 50% nieuwe doelgroep voor de 1e lijn genoemd</li><li>- 50% geen specifieke kansen</li></ul>



Op de vraag hoe de optimale transmurale overdracht er uit ziet springen er diverse belangrijke wensen uit, namelijk; de overdracht digitaal/per mail, een sociale kaart en het kort en bondig noteren van de overdracht.



# Optimale transmurale overdracht



- Overdracht digitaal/per mail
- Sociale kaart
- Kort en bondig noteren

## **Voorstel samenstelling Toolkit**

### Formulieren

- overdracht sondevoeding/ondervoeding
- aanvraagformulier laboratoriumwaarden door huisartspraktijk
- Uitleg procedure en kosten / vergoeding laboratoriumwaarden
- Formulier screeningsuitslag wijkverpleegkundige / POH-er – diëtist
- Brief / overdracht aan huisarts vanuit diëtist kliniek of diëtist eerste lijn
- Procedurebeschrijving (onderdeel zorgpad)
- Informatie voor patiënt bij ontslag uit ziekenhuis (reden verwijzing naar eerstelijns diëtist, contactgegevens, uitleg procedure, uitleg vergoeding / kosten, behandeldoel en verwachte duur, info over communicatie met huisarts en / of specialist
- Dropdown lijst met behandeldoelen voor in overdrachtformulier

### Transmuraal Overleg Amsterdamse Diëtisten (TOAD)

Naar voorbeeld van het Transmuraal Overleg Diëtisten Utrecht (TODU: [www.todu.nl](http://www.todu.nl)) is in Amsterdam het Transmuraal Overleg van Amsterdamse Diëtisten (TOAD) opgericht. 9 maart is de startvergadering. Via deze structuur zal de ontwikkelde aanpak worden geïmplementeerd in Amsterdam.

## **Bijlage 1: Vragenlijst 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn**

1. Wat is de huidige werkwijze in de transmurale overdracht van ondervoede patiënten?
2. Welke samenwerkingsafspraken zijn er nu of in verleden schriftelijk vastgelegd?
  - a. Op welke manier zijn de afspraken schriftelijk vastgelegd?
  - b. Met wie zijn deze samenwerkingsafspraken opgesteld?
    - Diëtisten in de 3<sup>e</sup> lijn/Verpleeghuizen?
    - Diëtisten in de 2<sup>e</sup> lijn/Ziekenhuizen
    - Zelfstandig gevestigd/Diëtisten in een keten
    - Anderen?
  - c. Welke formulieren worden hierbij gebruikt?
  - d. Welke criteria zijn gebruikt bij het opstellen van de formulieren?
3. Wordt het formulier transmurale overdracht sondevoeding gebruikt?
4. Welke criteria hanteer je of een patiënt in de eerste lijn of 2<sup>e</sup> lijn moet worden behandeld?

### **Vragen m.b.t. knelpuntenanalyse en kansen:**

5. Welke knelpunten/kansen herken je?
6. Zijn er nog meer knelpunten of kansen?

7. Welke plannen zijn er bij jou/jullie om de oplossing van de knelpunten en benutten van de kansen te realiseren?
  
8. Wat vind je van de telefonische begeleiding van Zelijns diëtisten van ondervoede patiënten in de thuissituatie?
  
- 9. Hoe ziet de optimale transmurale overdracht van de ondervoede patiënt er volgens jou uit? Waar moet het aan voldoen?**

## Bijlage 2: Vragenlijst 2<sup>e</sup> lijn

1. Wat is de huidige werkwijze in de transmurale overdracht van ondervoede patiënten?
2. Wat was de werkwijze voorheen?
3. Wat was de aanleiding voor de verandering?
4. Wat is het protocol in de organisatie bij patiënten die in het ziekenhuis als ondervoed worden gescreend maar te kort in het ziekenhuis liggen om een behandeling door de diëtist te krijgen?
5. Wat gebeurt er met patiënten die in het ziekenhuis als ondervoed worden gescreend maar te kort in het ziekenhuis liggen om een behandeling door de diëtist te krijgen?
6. Zijn er samenwerkingsafspraken met diëtisten in de eerste lijn, thuiszorg en de verpleeghuizen? (of zijn die er in het verleden geweest?)
7. Welke plannen zijn er bij jullie om de oplossing van de knelpunten en benutten van de kansen te realiseren?
8. Wordt het formulier transmurale overdracht sondevoeding gebruikt? Waarom wel/niet?
9. Zijn er criteria op basis waarvan patiënten wel of niet poliklinisch behandeld worden?
10. Nu worden veel patiënten in de thuissituatie nog telefonisch vervolgd. Wat zijn de voor en nadelen?
11. Heeft het meerwaarde om deze patiënten rechtstreeks door te sturen naar de 1<sup>e</sup>lijns diëtist?

12. Heb je contact met 1<sup>e</sup>lijns diëtisten? Op wiens initiatief?

13. Hoe verloopt dit?

14. Heb je wel eens contact met de huisarts van een patiënt?

15. Hoe verloopt dit?

**16. Hoe ziet de optimale transmurale overdracht van de ondervoede patiënt er volgens jou uit? Waar moet het aan voldoen?**

## **Bijlage 3: Knelpunten en kansen analyse**

### **Knelpunten**

- Transmurale overdracht niet wenselijk in verband met specialistische zorg/korte lijn met hoofdbehandelaar noodzakelijk
- Geen tijd voor een goede overdracht
- Geen geld voor goede overdracht
- Overdracht mogelijkheden zijn beperkt door de privacy wetgeving
- Onbekendheid met de diëtist in de 1<sup>e</sup> lijn
- Onvoldoende vertrouwen in de diëtist in de 1<sup>e</sup> lijn
- Kennisniveau van het aandachtsgebied is te laag van de diëtist in de 1<sup>e</sup> lijn
- Kennisniveau over ondervoeding en sondevoeding is te laag van de diëtist in de 1<sup>e</sup> lijn
- Slechte ervaringen met de diëtist in de 1<sup>e</sup> lijn
- Patiënten zijn gehecht aan 'eigen' diëtist
- Onderlinge contact met diëtisten in de 1<sup>e</sup> lijn is onvoldoende
- Onduidelijkheid over criteria verwijzing
- Ontbreken van inzage in medische gegevens (bv lab) van 1<sup>e</sup> lijnsdiëtist
- Voorzetting is niet gewenst door patiënt (door bv onvoldoende kennis of urgentie)
- Patiënt heeft meer zorg nodig dan 3 uur uit het basispakket

### **Kansen**

- Toenemende kwaliteit en continuïteit van zorg voor ondervoede patiënt
  1. multidisciplinaire aanpak geeft verdieping en meer uitdaging
  2. de rol van de huisarts en wijkverpleegkundige etc. wordt belangrijker en dwingt tot samenwerken
  3. betere samenwerking en uitwisseling van informatie transmuraal
- Nieuwe doelgroep voor de 1<sup>e</sup>lijns diëtisten
- Patiënten zijn beter af met zorg in de eigen omgeving
- Verlaging van de werkdruk voor de ziekenhuis diëtist
- Samenwerken maakt werk interessanter/uitdagender
- kennisoverdracht tussen de 1<sup>e</sup>lijns diëtetiek en 2<sup>e</sup>lijns diëtetiek door middel van intervisiegroepen: transmurale casusbesprekingen om inhoudelijk meer uniformiteit te creëren en van elkaar te leren.