

Verbeteren van de eiwitinname op dag 4: regie loont!

Screening en behandeling van ondervoeding is goed doorgevoerd in de Nederlandse ziekenhuizen. Ondervoede patiënten worden tijdig herkend, maar slechts 50% van hen krijgt voldoende eiwit op de vierde opnamedag.

Het TweeSteden ziekenhuis voldoet, net als veel andere ziekenhuizen, (nog) niet aan de gewenste 60% score op de behandelindicator, maar maakt dankzij een structurele aanpak een snelle verbeterslag door. Een voorbeeld van good practice waarvan we de bevindingen graag delen.

Ondervoeding en eiwitinname

Het TweeSteden ziekenhuis, een middelgroot perifeer ziekenhuis in Tilburg en Waalwijk, startte in 2007 met de screening van ondervoeding en in 2008 met het vastleggen van de eiwitinname op dag 4. Omdat de afdeling Diëtetiek al beschikte over een elektronisch diëtistisch patiëntendossier, werd besloten om de eiwitinname niet 4x per jaar te registreren (noodzakelijk voor de indicator behandeling van ondervoeding), maar continu.¹

Kwaliteitsindicatoren zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg meetbaar en transparant te maken. Het uitgangspunt was nu echter dat de gegevens niet vastgelegd worden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), maar vooral om zicht te krijgen op de kwaliteit van de dieetbehandeling.

Weerstand en tijdgebrek

De afdeling Diëtetiek ondervond veel weerstand bij de implementatie van screening op ondervoeding in 2007. De verpleegafdelingen klaagden dat het screenen te veel tijd kostte, omdat door het ontbreken van een elektronisch verpleegkundig dossier de gegevens handmatig verzameld moesten worden. Het hoger management twijfelde of de verkorte opnameduur door screening en behandeling van ondervoeding, zoals gevonden in het academische ziekenhuis VU medisch centrum, vertaalbaar zouden zijn naar een perifeer ziekenhuis.² Daarom werd geen formatie beschikbaar gesteld. De afdeling Diëtetiek kreeg te maken met een stijging van het aantal consulten en dus

een hogere werkdruk.

De eerste resultaten waren dan ook niet goed. Er werd te weinig gescreend, en vaak niet binnen 24 uur, waardoor de dieetbehandeling te laat gestart werd. In 2008 haalde slechts 19% van de ernstig ondervoede patiënten een optimale eiwitinname op dag 4!

De ommekeer

Na kritische vragen van de IGZ ging het management de screening en vroege behandeling van ondervoeding serieus nemen. Besloten werd dat er een goede rapportage van de resultaten op de indicator ondervoeding moest komen. Deze rapportage diende tevens als voorbeeld om een verbeterslag te kunnen maken in de rapportage van de andere indicatoren.

De afdeling Diëtetiek pakte dit samen met de afdeling Informatiebeheer en een kwaliteitsadviseur op. Met de verpleging werd nagedacht over een haalbare manier om de gegevens vast te leggen en de resultaten terug te koppelen. Ook op de verpleegafdelingen werd het elektronisch dossier ingevoerd. Vanaf 2011 werden de verbeterde rapportages ingevoerd (voor gedetailleerde figuren, zie www.ntvd-site.nl). Dit werd ondersteund door een aantal duidelijke afspraken:

- De rapportages moeten prettig te lezen zijn.
- De rapportages worden maandelijks gemaïld naar leden van de Medische Staf, het management, de teamleidinggevenden op de verpleegafdelingen en de afdeling Diëtetiek.
- De norm is: minimaal 80% screenen binnen 24 uur na opname.
- De norm is: minimaal 60% van de ernstig ondervoede patiënten haalt een optimale eiwitinname op dag 4.

- De teamleidinggevenden van de verpleegafdelingen zijn verantwoordelijk voor de behaalde screeningspercentages.
- De afdeling Diëtetiek is verantwoordelijk voor het percentage optimale behandeling van de ondervoede patiënten.

Tevens houden de diëtisten in hun eigen elektronisch dossier bij wat de redenen zijn waarom de eiwitinname op dag 4 niet is gehaald. De redenen worden gecategoriseerd op organisatie-, diëtist- en patiëntniveau (zie figuur 1).

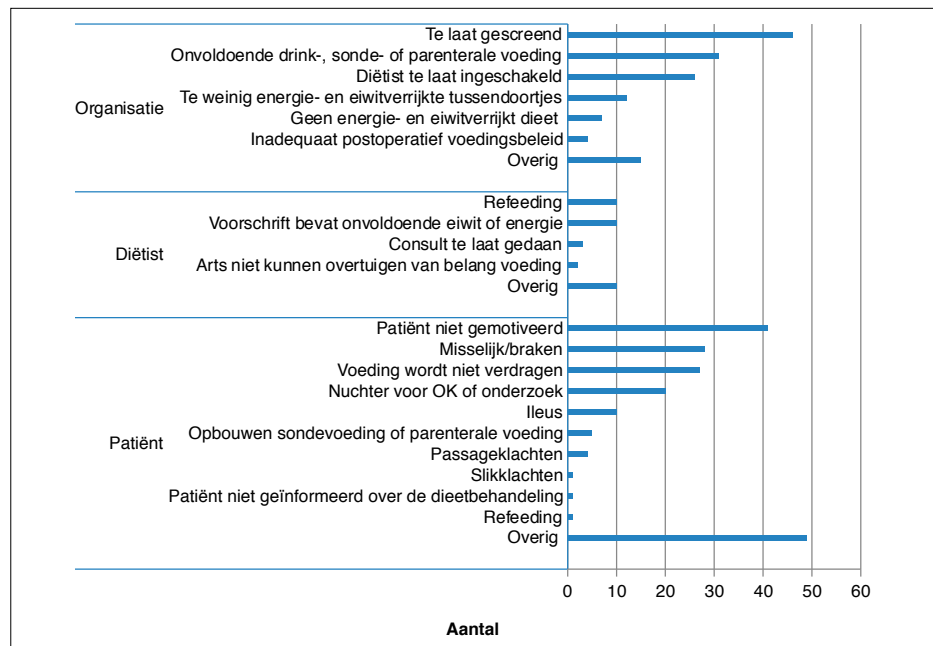
Regie bij diëtisten

De afdeling Diëtetiek nam de regie in handen om de resultaten van de behandelindicator te verbeteren. De afdeling is voortdurend in gesprek geweest met de verpleegafdelingen, specialisten, managers en gastteammedewerkers (de vroegere voedingsassistenten). Het invoeren van de rapportage heeft een continu feedbacksysteem opgeleverd. Iedere diëtist houdt de resultaten van de eigen afdeling bij. Indien nodig, maakt de diëtist een knelpuntenanalyse en een verbeterplan, en rapporteert hierover aan het hoofd van de afdeling Diëtetiek. In de afgelopen jaren zijn verschillende verbeteracties uitgevoerd, uitgaande van de organisatorische, diëtistische en patiëntgebonden knelpunten.

Organisatorische verbeteracties

- Gastteammedewerkers, verpleegkundigen, specialisten, arts-assistenten en co-assistenten zijn geschoold.
- Dagelijks wordt automatisch een e-mail naar de gastteammedewerkers verstuurd met de SNAQ-score van de patiënten. Patiënten die nog niet gescreend zijn, worden door de gastteammedewerkers gemeld bij de teamleidinggevende, die de verpleging daarop wijst.
- Samen met de verpleging is nagedacht over een haalbare manier om de gegevens vast te leggen en de resultaten terug te koppelen.
- Op de verpleegafdelingen is het elektronisch dossier ingevoerd.
- De resultaten van screening en behandeling worden

Figuur 1. Redenen op organisatie-, diëtist- en patiëntniveau voor het niet behalen van de eiwitbehoefte op dag 4 en het aantal patiënten dat in 2012 daaraan voldeed.



maandelijks bekendgemaakt op prikboards op de verpleegafdelingen.

- Fouten bij het screenen en de behandeling worden gemeld in een systeem voor incidentmeldingen.

Door deze acties is de kennis over ondervoeding op de afdelingen toegenomen, zijn ieders taken rondom het signaleren en behandelen van ondervoeding duidelijker geworden en is het proces van screenen en behandelen versneld en verbeterd.

Verbeteracties voor diëtist

- Het digitale systeem is aangepast, zodat de diëtist tijdig de informatie van de SNAQ-screening krijgt en zo snel mogelijk de behandeling kan starten. (Uiteraard worden de indicatie en de veiligheid van de dieetbehandeling ook beoordeeld.)
- De afdeling Diëtetiek heeft keuzes gemaakt voor consulten die de grootste meerwaarde hebben, waarmee efficiëntie is bereikt.
- De continuïteit van zorg is verbeterd door het invoeren van weekenddiensten door de afdeling Diëtetiek.
- De protocollen van de afdeling Diëtetiek zijn aangescherpt met afkappunten voor het starten met aanvullende voedingsmaatregelen (onder andere drinkvoeding en sondevoeding) op basis van het percentage van de eiwit- en energie-inname versus de behoefte.
- De energie- en eiwitverrijkte tussendoortjes zijn verbe-

- terd wat betreft eetgemak, hoeveelheid eiwit en volume.
- Het assortiment drinkvoeding (meer eiwit en minder volume), sondevoeding (meer eiwit) en parenterale voeding (meer aminozuren) is aangepast.

Verbeteracties voor patiënt

- De folder voor patiënten is verbeterd met ruimte voor individuele adviezen.
- Een farmaceutisch consulent heeft tijdens een afstudeeropdracht onderzocht of patiënten met misselijkheid en braken optimaal behandeld worden. Hierdoor is de aandacht voor passende anti-emeticamedicatie verbeterd.

Vervolgacties

Door alle interventies is het aantal patiënten met een adequate eiwitname gestegen van 19% in 2008 tot rond de 60% halverwege 2013 (zie tabel 1). Er is echter nog steeds ruimte voor verbetering. Het voortdurend registreren van het aantal gescreende en behandelde patiënten levert veel informatie op om verbeteracties in te zetten. Uit de registratie blijkt bijvoorbeeld dat minder patiënten boven 65 jaar hun eiwitdoel halen dan patiënten jonger dan 65 jaar; mogelijk hebben zij een andere of aanvullende aanpak nodig. Tevens blijkt dat van de ondervoede patiënten die niet behandeld werden met drinkvoeding, sondevoeding of parenterale voeding slechts 20% de optimale eiwitname op dag 4 haalde. Van de ondervoede patiënten die behandeld werden met drinkvoeding, sondevoeding of parenterale voeding lag dit percentage op 60%. Bij veel patiënten zal aanvullende voeding nodig zijn om voldoende eiwitname te bereiken.

Ook de tijdstippen van de hoofdmaaltijden en tussendoortjes kunnen nog geoptimaliseerd worden, door de tijd tussen de hoofdmaaltijden te verlengen. Op dit moment worden de maaltijden geserveerd om 8.00 uur, 11.45 uur en 16.45 uur. De wens van de afdeling Diëtetiek en de patiënten is om de middagmaaltijd te verplaatsen naar 12.30 uur en de avondmaaltijd naar 18.00 uur.

Het verstrekken van drink- en sondevoeding zou efficiënter

georganiseerd kunnen worden wanneer dit elektronisch geregistreerd zou worden via een barcode op het polsbandje van de patiënt, vergelijkbaar met de toedienregistratie van medicijnen.

Ook de poliklinische screening en behandeling moet nog vorm krijgen, waardoor voor een deel van de patiënten de voedingsbehandeling al in een vroegtijdig stadium kan worden ingezet. De komende jaren zal de afdeling Diëtetiek zich met deze vervolgacties bezig houden.

Beschouwing

In dit praktijkvoorbeeld komen enkele succesfactoren duidelijk naar voren. Allereerst is de steun van het management een belangrijke voorwaarde om grote stappen te kunnen maken. Daarnaast geeft registratie van gegevens veel informatie over mogelijke knelpunten en kan het richting geven aan de verbeteracties. Tot slot blijkt dat het resultaat niet bereikt kan worden met één enkele verbeteractie. De problematiek vraagt om een structurele aanpak, regelmatig overleg en continue evaluatie en bijsturing. Het voorbeeld uit het TweeSteden ziekenhuis laat zien dat met gerichte acties de behandelresultaten van klinisch opgenomen ondervoede patiënten daadwerkelijk sterk verbeterd kunnen worden. Laten we als diëtisten de regie nemen en ervoor zorgen dat onze patiënten de optimale voeding krijgen die ze juist zo hard nodig hebben!

Nellie Overbeek, hoofd afdeling Diëtetiek TweeSteden ziekenhuis, **Peggy Delsink**, diëtist TweeSteden ziekenhuis, **Jacqueline Langius**, projectleider Stuurgroep Ondervoeding

Correspondentie: noverbeek@tsz.nl

Literatuur

1. Basisset kwaliteitsindicatoren 2013 ziekenhuizen. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Utrecht 2012.
2. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr* 2005 Nov;82(5):1082-9.

Tabel 1. Het percentage patiënten onder 65 jaar en 65 jaar en ouder met een optimale eiwitname in de periode 2011-2013.

Leeftijd		2011	2012	2013 1e kwartaal	2013 2e kwartaal
< 65	% patiënten bij wie streven eiwitname is gehaald	39%	51%	54%	59%
≥ 65	% patiënten bij wie streven eiwitname is gehaald	32%	40%	48%	55%
Totaal	% patiënten bij wie streven eiwitname is gehaald	34%	44%	50%	57%