

Succesfactoren en knelpunten in de behandeling van (hoog risico op) ondervoeding in ziekenhuizen

Een verkenning door de Stuurgroep Ondervoeding



November 2020

Dr. E. Naumann

M. Schager

Met dank aan



Samenvatting

De resultaten op de kwaliteitsindicator 'Behandeling ondervoeding' uit de basisset medisch specialistische zorg van de IGJ voor ziekenhuizen zijn zeer uiteenlopend (range van 0-100%) met de laatste twee jaar een gemiddelde van net boven de 50% bij de volwassenen. Het is niet duidelijk welke factoren hierop invloed hebben. Doel van dit project is Verkennen van positieve factoren en knelpunten voor het behalen van een adequate eiwitname op dag 4 van ziekenhuisopname bij volwassenen zoals beschreven in deze kwaliteitsindicator.

Er is een kwalitatieve verkenning gedaan via drie focusgroepen waarvoor medewerkers van verschillende afdelingen (diëtetiek, kwaliteit, verpleging) van ziekenhuizen uit Nederland werden uitgenodigd. In totaal hebben 16 professionals uit 10 ziekenhuizen deelgenomen aan de focusgroepen. De deelnemende ziekenhuizen waren verspreid over verschillende regio's en scoorden divers in 2018 op de kwaliteitsindicator "Behandeling van ondervoeding bij volwassenen. Om open het gesprek te kunnen voeren is afgesproken tot anonimiteit bij het verwerken van de gegevens in dit rapport. De focusgroepen zouden aanvankelijk lijfelijk plaatsvinden, echter door de covid-pandemie is besloten tot online focusgroepen middels Microsoft Teams.

Er zijn uit de gesprekken 12 factoren gedestilleerd die van invloed zijn op de resultaten op deze kwaliteitsindicator. Factoren die zorgen voor goede resultaten, blijken randvoorwaarden voor succes. Wordt niet voldaan aan de randvoorwaarden, dan worden deze factoren knelpunten en leiden tot achterblijvende resultaten.

De IGJ stopt per 2021 met het actief uitvragen van de indicatoren ondervoeding. Uit de focusgroepen bleek dat de meningen zijn verdeeld of de indicator "behandeling van ondervoeding" een goede weerspiegeling geeft van de kwaliteit van zorg. De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis is heden ten dage te kort om ondervoeding adequaat in het ziekenhuis te behandelen bij een groot deel van de patiënten. De Stuurgroep Ondervoeding pleit dan ook voor het opnemen van een indicator in 2022 die inzicht geeft in de kwaliteit van de transmurale voedingszorg door ziekenhuizen. Signaleren en behandelen van ondervoeding is bij uitstek een aandachtspunt wat in de keten opgepakt zou moeten worden.

Terminologie

- Focusgroep:** een kwalitatieve onderzoeksvorm waarbij een groep van mensen gevraagd wordt naar hun percepties, ideeën en meningen over een product, service, concept, advertentie of idee.
- GLIM:** GLIM staat voor The Global Leadership Initiative on Malnutrition. Dit initiatief had als doel om wereldwijd consensus te bereiken over de diagnostische criteria voor ondervoeding bij volwassenen in een klinische setting. Het resultaat is een tool waarbij een stapsgewijze aanpak wordt gehanteerd. Eerst gekeken wordt naar het risico op ondervoeding met daaropvolgend een assessment voor de diagnose en mate van de ondervoeding.
- IGJ:** Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Kwaliteitsindicator:** een kwaliteitsindicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de IGJ kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Indicatoren zijn een hulpmiddel voor het risicogebaseerde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling. De kwaliteitsindicatoren geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Terminologie	3
Voorwoord	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doel	6
2. Methoden	6
2.1 Werkwijze focusgroepen	6
2.2 Selectie deelnemende ziekenhuizen en deelnemers	6
3. Resultaten	7
3.1 Samenstelling focusgroepen	7
3.2 Succesfactoren en knelpunten	7
3.2.1 Elektronisch patiënten dossier (EPD)	7
3.2.2 Genereren en interpretatie van de cijfers/resultaten	7
3.2.3 Aanlevering cijfers	8
3.2.4 Voedingsconcept en assortiment	9
3.2.5 Draagvlak, eigenaarschap en aansturing	9
3.2.6 Multidisciplinaire samenwerking	10
3.2.7 Kennis en vaardigheden	10
3.2.8 Tijd	10
3.2.9 Eigen regie van de patiënt	11
3.2.10 Korte opnameduur	11
3.2.11 Kwaliteitsindicator ondervoeding kinderen	11
3.2.12 Toekomst van de indicator	12
4. Conclusie en aanbeveling	13
4.1 Succesfactoren en knelpunten	13
4.2 Indicator in de toekomst	14
5. Literatuurlijst	15
Bijlage 1 Gesprekshandleiding	16

Voorwoord

In 2019 ontstond bij de Stuurgroep Ondervoeding de wens tot verdieping van de resultaten op de kwaliteitsindicator behandeling ondervoeding. De resultaten op deze kwaliteitsindicator zijn uiteenlopend en de factoren die hierop van invloed zijn onbekend. Zo is het plan ontstaan om met afgevaardigden uit ziekenhuizen om de tafel te gaan, in de vorm van focusgroepen, om te verkennen welke factoren kunnen leiden tot succes of juist het tegenovergestelde.

Op het moment dat de Stuurgroep Ondervoeding het projectplan tot uitvoering wilde brengen, werd de wereld geconfronteerd met een pandemie van het covid-19 virus. Dit deed de Stuurgroep Ondervoeding besluiten om het project tot nader order uit te stellen. In de periode juni/juli kwam er iets meer rust in de maatschappij en is besloten om het project in aangepaste vorm door te zetten. Er is voor gekozen om de focusgroepen online te houden.

Voor u ligt het rapport met de uitkomsten van drie focusgroepen waaraan tien ziekenhuizen hebben deelgenomen.

Als eerste wordt de aanleiding en het doel van het project toegelicht. Daarna volgt een beschrijving van de gebruikte methode. In het daarop volgende stuk worden de resultaten beschreven om vervolgens in het laatste hoofdstuk te komen tot de conclusies en aanbevelingen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De nieuwe diagnostische criteria voor ondervoeding (GLIM) ondersteunen de identificatie van (hoog risico op) ondervoeding bij patiënten opgenomen in het ziekenhuis. De dieetbehandeling moet zo snel mogelijk worden gestart nadat (een hoog risico op) ondervoeding is vastgesteld. Hoofdzaak in de dieetbehandeling van (een hoog risico op) ondervoeding bij kinderen en volwassenen is een adequate eiwitinname. De behandeling van (een hoog risico op) ondervoeding bij patiënten opgenomen in het ziekenhuis wordt gemonitord door de IGJ door middel van de kwaliteitsindicatoren ondervoeding. Ziekenhuizen leveren de verplichte data aan over het percentage van patiënten met ondervoeding dat op dag 4 van opname een adequate eiwitinname heeft. De resultaten per ziekenhuis zijn zeer uiteenlopend (range van 0-100%) met de laatste twee jaar een gemiddelde van net boven de 50% bij de volwassenen. Het is niet duidelijk welke factoren hierop invloed hebben. In dit project wordt door middel van focusgroepen een verkenning gedaan naar succesfactoren en knelpunten in het behalen van een adequate eiwitinname op dag 4 van ziekenhuisopname.

1.2 Doel

Verkennen van positieve factoren en knelpunten voor het behalen van een adequate eiwitinname op dag 4 van ziekenhuisopname bij volwassenen zoals beschreven in kwaliteitsindicator 'Behandeling ondervoeding' uit de basisset medisch specialistische zorg van de IGJ voor ziekenhuizen. De bevindingen willen we als handreiking aanvullen op de website bij de informatie over de kwaliteitsindicatoren ondervoeding.

2. Methodes

2.1 Werkwijze focusgroepen

Kwalitatieve verkenning via 3 focusgroepen waarvoor medewerkers van verschillende afdelingen (diëtetiek, kwaliteit, verpleging) van ziekenhuizen uit Nederland werden uitgenodigd. Gezien de beperkte middelen zetten we in op 3 focusgroepen, gericht op de kwaliteitsindicatoren ondervoeding bij volwassenen, verspreid over Nederland. Bij het opstellen van de gesprekshandleiding (interview guide; bijlage 1) is rekening gehouden met factoren uit de 7 domeinen van de checklist voor determinanten van de zorgpraktijk (Flottorp et al., 2013, p. 7).

2.2 Selectie deelnemende ziekenhuizen en deelnemers

In de voorbereiding is gekeken naar de uitkomsten op de kwaliteitsindicator in de kalenderjaren 2017 en 2018. Daarnaast is gebruik gemaakt van het Resultaat Telt; hierin worden ziekenhuizen soms genoemd als verbetervoorbeeld. Vervolgens is een lijst opgesteld met ziekenhuizen die van hoog tot laag presteren op de kwaliteitsindicator en zijn diverse ziekenhuizen benaderd voor deelname. De keuze van medewerkers van het ziekenhuis is bij het ziekenhuis gelaten waarbij gekozen is om in ieder geval een diëtist te includeren en een andere discipline die nauw betrokken is bij het tot stand komen van de resultaten van de kwaliteitsindicator.

3. Resultaten

3.1 Samenstelling focusgroepen

In totaal hebben 16 professionals uit 10 ziekenhuizen deelgenomen aan de focusgroepen. Van de 16 deelnemers waren 9 diëtist (al dan niet gecombineerd met een rol als projectleider of coördinator), 3 adviseurs kwaliteit en veiligheid, 3 teammanagers van o.a. de afdeling diëtetiek en 1 verpleegkundige.

De deelnemende ziekenhuizen waren verspreid over verschillende regio's en scoorden divers in 2017 en 2018 op de kwaliteitsindicator "Behandeling van ondervoeding bij volwassenen": 4 ziekenhuizen scoorden $\leq 40\%$, 3 ziekenhuizen scoorden tussen de 40 tot 70% en 3 ziekenhuizen scoorden $\geq 70\%$.

Uiteindelijk hebben drie focusgroepen plaatsgevonden in de periode juni – juli 2020 waarbij de focusgroepen verschillende groepsgroottes hadden. Om open het gesprek te kunnen voeren is afgesproken tot anonimiteit bij het verwerken van de gegevens in dit rapport.

De focusgroepen zouden aanvankelijk lijfelijk plaatsvinden, echter door de covid-pandemie is besloten tot online focusgroepen middels Microsoft Teams. De gesprekken zijn opgenomen via Microsoft Teams voor verslaglegging.

3.2 Succesfactoren en knelpunten

Uit de drie focusgroepen kwamen verschillende factoren naar voren die zowel tot succes als knelpunten kunnen leiden. Hieronder staan deze factoren beschreven.

3.2.1 Elektronisch patiënten dossier (EPD)

Het EPD is in alle drie de focusgroepen naar voren gekomen als zowel een positieve als negatieve invloed. Als het EPD goed is ingericht en goed functioneert, ondersteunt dit bij het genereren van de cijfers en het bewaken van het proces. Als het EPD echter niet goed is ingericht of als er mogelijkheden zijn voor de gebruikers om acties te annuleren of over te slaan, kan dit leiden tot ontbrekende gegevens voor het genereren van de cijfers voor de IGJ indicator, maar ook voor de inzet en het vervolgen van de dieetbehandeling zelf. In de ziekenhuizen waar dit speelt, worden veelal de acties of de cijfers handmatig gecontroleerd en waar nodig gecorrigeerd. Dit is tijdrovend.

Tip

- Zorg voor een goed ingericht EPD dat het proces van screening en behandeling van ondervoeding ondersteunt.

3.2.2 Genereren en interpretatie van de cijfers/resultaten

Het helpt als de resultaten van de kwaliteitsindicator inzichtelijk zijn voor gebruikers en het management. Er zijn ziekenhuizen waar de cijfers 1 x per jaar worden gegenereerd; deze ziekenhuizen geven aan de behoefte te hebben dat de cijfers vaker, bijvoorbeeld maandelijks, inzichtelijk zijn om zo eerder bij te kunnen sturen. Er zijn ziekenhuizen waar de resultaten op de IGJ indicator ondervoeding realtime inzichtelijk zijn. Deze ziekenhuizen geven aan dat het management hierdoor meer/tijdig kan sturen. Echter er wordt ook aangegeven dat het belangrijk is dat de cijfers ook gedeeld worden met degenen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de verschillende acties. Met andere woorden: alleen inzicht in de cijfers is onvoldoende, het is aan te bevelen om de

cijfers te gebruiken om het proces aan te sturen of te verbeteren en zowel het management als de uitvoerenden te informeren over de resultaten. Eén ziekenhuis gaf aan dat ze sinds het wegvallen van de indicator screening ondervoeding bij de volwassenen geen zicht meer hebben op hoe goed de screening op ondervoeding plaatsvindt.

Bij het genereren van de cijfers werd de samenwerking met een afdeling/bureau kwaliteit gewaardeerd. In meerdere ziekenhuizen werken een kwaliteitsfunctionaris en een diëtist samen om de cijfers te genereren en ook de cijfers te interpreteren. Bij twee ziekenhuizen vond de check op de cijfers of de aanlevering handmatig plaats door de afdeling diëtetiek.

Tips

- Geef maandelijks, en bij voorkeur realtime, inzicht in de cijfers die aangeleverd worden voor de kwaliteitsindicator.
- Deel de cijfers met alle betrokkenen, van management tot alle betrokken disciplines van de verpleegafdeling.

3.2.3 Aanlevering cijfers

Er blijken verschillen te zijn tussen de ziekenhuizen in de werkwijze om tot de data komen. De mate waarin de ziekenhuizen zich houden aan de beschrijving van de IGJ verschilt. Eén ziekenhuis geeft aan dat zij alleen de cijfers aanleveren die bekend zijn. Andere ziekenhuizen leveren alle cijfers aan waarbij onbekende data worden berekend als zijnde niet behaald. In dit laatste geval zal een ziekenhuis lagere resultaten rapporteren dan in het eerste geval. Er zijn ziekenhuizen die handmatig de data genereren, maar bij de meerderheid gebeurt dit proces geautomatiseerd. Daarnaast zijn er verschillen tussen de ziekenhuizen in welke afdelingen of patiëntencategorieën worden geëxcludeerd van de indicator. De afdelingen/patiëntencategorieën die geëxcludeerd worden, zijn bijvoorbeeld: verloskunde/kraamafdeling, hematologie, palliatieve patiënten, patiënten waarvan de sondevoeding wordt opgebouwd, patiënten die bewust kiezen om niet (meer) te eten. Daarnaast wordt bij enkele ziekenhuizen de diëtistische beoordeling (en dus niet alleen de intake lijst) meegenomen en wordt er wisselend omgegaan met dag 4 (soms wordt dag 5 of 6 geteld). Er wordt uitgesproken dat de indicator gebruikt wordt in lijsten zoals de AD top 100. Het gebruik van de resultaten in deze lijsten lijkt een negatieve impact te hebben op de aanlevering van de cijfers. Om betere resultaten te kunnen behalen in deze lijsten, worden groepen geëxcludeerd van de aanlevering en ontstaan verschillen tussen de ziekenhuizen.

Tips

- Nieuwsgierig hoe een ander ziekenhuis tot bepaalde resultaten komt? Zoek contact en ga met elkaar in gesprek.
- Geef bij aanlevering van de cijfers aan de IGJ een toelichting waaruit blijkt dat je als ziekenhuis de cijfers begrijpt, hebt geanalyseerd en waar nodig stappen tot verbetering hebt ondernomen.

3.2.4 Voedingsconcept en assortiment

Onder voedingsconcept wordt verstaan de wijze waarop de voeding wordt aangeboden, het beschikbare assortiment aan eiwitrijk hapjes, eiwitrijke maaltijden, en assortiment drinkvoeding. Het voedingsconcept en het assortiment aan tussendoortjes en drinkvoeding zijn van invloed op het behalen van de voedingsbehoefte van de patiënten. Belangrijke voorwaarde is dat het voedingsconcept op juiste wijze wordt toegepast door de medewerker die de voeding deelt. Het is belangrijk dat deze medewerker getraind is en op de hoogte is van wat de juiste keuze is voor de patiënten (zie ook bij 'kennis en vaardigheden').

Tips

- Zorg voor een voedingsconcept in het ziekenhuis waarmee het assortiment en de manier van aanbieden voldoende mogelijkheden biedt om te voldoen aan de voedingsbehoefte van de ondervoede patiënt.
- Train bij implementatie van een nieuw voedingsconcept de betrokken medewerkers in het adequaat uitvoeren van het voedingsconcept.

3.2.5 Draagvlak, eigenaarschap en aansturing

Vijf ziekenhuizen geven aan dat er voldoende draagvlak en aandacht is in de organisatie voor dit onderwerp. Eén ziekenhuis geeft aan dat het draagvlak heeft weten te creëren door incidenten te melden zoals het niet verstrekken van voorgeschreven voeding. Het helpt om een ziekenhuisbrede voedingscommissie aan te stellen die zich hard maakt voor dit onderwerp; dit verhoogt het eigenaarschap.

Om de indicator te behalen moeten veel stappen (screening, consult, advies, uitvoering, registratie) worden genomen door verschillende medewerkers op verschillende momenten in een kort tijdsbestek. Dit maakt het proces complex en dit vraagt om sturing en controle. Er wordt door meerdere ziekenhuizen aangegeven dat de medewerker die de voeding uitdeelt, goede aansturing verdient. Zij hebben een vrije rol en het is van belang dat zij de kennis en vaardigheden hebben om de patiënt te stimuleren tot de juiste keuze en inname. Hierbij is eigenaarschap ook een terugkerende factor. Er zijn verschillende disciplines betrokken bij het proces. Het proces verloopt beter als deze disciplines zich verantwoordelijk voelen voor het proces en het resultaat. Een knelpunt dat wordt benoemd is het (hoge) verloop van personeel, zowel verpleegkundigen als leidinggevenden. Hierdoor treedt bij vertrek van een medewerker verlies van kennis op en heeft het tijd nodig voordat de nieuwe medewerker voldoende op de hoogte is van de benodigde kennis en acties.

Tip

- Draag zorg voor borging van taken en kennis: leg ieders rol en benodigde kennis vast, zodat nieuwe medewerkers makkelijk bij de informatie kunnen.

3.2.6 Multidisciplinaire samenwerking

Een goede samenwerking op de afdeling tussen de voedingsassistent, verpleegkundige en diëtist kwam als belangrijke factor in alle focusgroepen terug. Als de samenwerking goed verloopt, dan is dit op positieve wijze terug te zien in de resultaten. Zijn er echter knelpunten in de samenwerking, dan heeft dit negatief effect op de resultaten. Uit één focusgroep bleek dat het helpt om per afdeling een verpleegkundige als contactpersoon voeding aan te stellen. Met deze verpleegkundige kan de indicator maar ook overige onderwerpen over voeding besproken en opgepakt worden. Ook komt in alle focusgroepen naar voren dat de communicatie en/of samenwerking tussen arts en diëtist van belang is. Het benodigde beleid moet worden afgestemd met de arts en het helpt om bij overleg of in rapportages dezelfde taal te spreken. Eén ziekenhuis gaf aan dat de screening op ondervoeding een verplicht onderdeel is in de verpleegkundige anamnese die binnen 24 uur moet worden afgenomen. Hierdoor verloopt de screening in dit ziekenhuis goed. Bij één ziekenhuis bleek de invoering van weekenddiensten voor de diëtisten, gericht op de behandeling ondervoeding, bij te dragen aan de resultaten op de indicator. Hierdoor word de behandeling eerder ingezet en liep geen vertraging meer op in het weekend.

Tips

- Stel per afdeling een verpleegkundige als contactpersoon voeding aan.
- Werk multidisciplinair samen; bespreek aandachtspunten en het proces om gezamenlijk te komen tot verbeteringen.

3.2.7 Kennis en vaardigheden

In alle focusgroepen kwam naar voren dat de resultaten op de indicator kunnen toenemen door het geven van scholing aan verpleegkundigen en voedingsassistenten. Echter om het resultaat te behouden is herhaling van deze scholing nodig. Wordt dit niet gedaan, dan verdwijnt de kennis en de aandacht voor dit onderwerp en verslappen de resultaten op de indicator. In twee focusgroepen is aangegeven dat het niveau van de voedingsassistenten bepalend kan zijn. Zijn kennis en vaardigheden voldoende, dan is dit terug te zien in de resultaten op de behandeling ondervoeding.

Tip

- Geef scholing over ondervoeding aan verpleegkundigen en voedingsassistenten en herhaal de scholing bijvoorbeeld 1 x per jaar.

3.2.8 Tijd

In één focusgroep werd aangegeven dat naast kennis en vaardigheden de voedingsassistent ook over voldoende tijd moet kunnen beschikken om de kennis en vaardigheden toe te passen. Zo kwam ook bij een focusgroep naar voren dat de afdeling diëtiek onvoldoende formatie heeft om op de verpleegafdeling sturing te geven aan de diverse disciplines.

3.2.9 Eigen regie van de patiënt

In twee focusgroepen gaven ziekenhuizen aan te werken aan het verbeteren van de voorlichting aan de patiënt. Door de patiënt beter te informeren over het assortiment en hoe hij/zij hierin keuzes kan maken, wordt de eigen regie vergroot en is de verwachting dat er betere resultaten worden behaald. Ook werd in twee focusgroepen aangegeven dat het zou kunnen bijdragen als de eigen regie van de patiënt vanuit de eerste lijn wordt vergroot. Met andere woorden: als de ondervoeding voor opname wordt gesignaleerd en behandeling wordt ingezet, kan de patiënt dit aangeven bij opname en kan de behandeling worden voortgezet tijdens opname.

Tip

- **Betrek de patiënt bij de behandeling. Zorg voor goed informatiemateriaal en stimuleer eigen regie.**

3.2.10 Korte opnameduur

De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis wordt steeds korter. Bij korte opnames vindt niet altijd een screening plaats. Is er wel gescreend, dan lukt het niet altijd om de behandeling in te zetten en/of te evalueren. De korte opnames worden niet geïncorporeerd voor de indicator, dus hebben hier geen invloed op. Het wordt echter wel als bezwaar genoemd in alle focusgroepen voor het adequaat uitvoeren van de behandeling ondervoeding. De behandeling ondervoeding in het ziekenhuis is eigenlijk maar een klein onderdeel van het gehele traject wat een patiënt doorloopt. Een bijkomend probleem is dat het vervolgen van de patiënt na de opname niet altijd “mag” vanuit het ziekenhuis. Follow-up vindt dan plaats in de eerste lijn. Eén ziekenhuis verzorgt bij ontslag na een korte opname een brief naar de huisarts, maar in welke mate hier opvolging aan wordt gegeven, is onbekend.

Tip

- **Betrek de keten bij de behandeling van ondervoeding. Werk transmuraal samen om ondervoeding te behandelen voor, tijdens en na opname.**

3.2.11 Kwaliteitsindicator ondervoeding kinderen

Hoewel de focusgroepen gericht waren op uitvraag van de indicator behandeling ondervoeding bij volwassenen, kwam in elke focusgroep de indicator screening en behandeling ondervoeding bij kinderen ter sprake. Het blijkt dat het als struikelblok wordt ervaren dat het EPD niet over de juiste groeicurven beschikt of dat de groeicurven niet juist toegepast kunnen worden. Hierdoor genereren en/of controleren veel ziekenhuizen deze cijfers handmatig, wat tijdrovend is.

3.2.12 Toekomst van de indicator

De kwaliteitsindicator is in 2008 opgesteld met als doel om de signalering en behandeling van ondervoeding te verbeteren. Diverse ziekenhuizen vragen zich af of dit doel inmiddels niet is bereikt. De indicator lijkt nu gebruikt te worden als meetinstrument voor kwaliteit, maar de vraag is of de indicator in de huidige vorm de kwaliteit van voedingszorg meet.

In alle focusgroepen werd benoemd dat ondervoeding vaak is ontstaan voor de opname in het ziekenhuis. Het zou de kwaliteit van zorg ten goede komen als de ondervoeding eerder wordt gesignaleerd en behandeling voor opname al opgestart kan worden.

De meningen zijn verdeeld of de indicator in de huidige vorm moet blijven of juist zou moeten komen te vervallen. Acht van de tien ziekenhuizen geven aan dat de indicator helpt om de aandacht en het draagvlak in de organisatie voor de behandeling ondervoeding hoog te houden. Er is twijfel over de haalbaarheid als het gaat om dag 4 (in relatie tot de korte opnameduur) en of dit een realistische termijn is om het behandeldoel te behalen.

Om de indicator meer toekomstbestendig te maken wordt in de volgende richting gedacht:

- Indicator op bepaalde doelgroepen (bv ouderen, preoperatief)
- Monitoren samenwerking 1^e lijn (ketenzorg voor/na opname)
- Behalen van voedingsdoelen op dag 4 of bij ontslag (en dus niet alleen eiwit)
- Monitoren gewicht, nutritional assessment (BIA, handknijp)
- Verbeterdoelen stellen
- Een screening/meting bij ontslag
- Meten van de mate van inzetten van acties (bv consult, overdracht)

Om de verschillen tussen de ziekenhuizen met de huidige indicator te beperken, zou het kunnen helpen om de criteria t.a.v. inclusie- en exclusie van patiëntencategorieën/afdelingen te verduidelijken.

Inmiddels is bekend dat de IGJ heeft besloten om de kwaliteitsindicator screening en behandeling ondervoeding niet meer actief uit te vragen per 2021.

4. Conclusie en aanbeveling

4.1 Succesfactoren en knelpunten

Er is gesproken met tien ziekenhuizen verdeeld over drie focusgroepen. Factoren die zorgen voor goede resultaten, blijken randvoorwaarden voor succes. Wordt niet voldaan aan de randvoorwaarden, dan worden deze factoren knelpunten en leiden tot achterblijvende resultaten.

Belangrijke randvoorwaarde voor goede resultaten is een **EPD** dat de werkprocessen in het ziekenhuis goed ondersteunt. Regelmatig of realtime inzage in de resultaten van de indicator helpt om (tijdig) bij te sturen door het management. De in- en exclusie van gegevens verschilt per ziekenhuis, hierdoor zijn de resultaten van de ziekenhuizen moeilijk met elkaar te vergelijken.

Succesfactoren zijn voldoende **draagvlak** in de organisatie, **eigenaarschap** bij degenen die onderdeel zijn van het proces en voldoende **aansturing** om te komen tot een juiste uitvoering van de processen. Gebeurt dit onvoldoende, dan kan dit ook als knelpunt benoemd worden.

Ditzelfde geldt voor het **voedingsconcept** in het ziekenhuis. Als het ziekenhuis een voedingsconcept hanteert waarbij wordt ingesprongen op de behoefte van de ondervoede patiënt, heeft dit een positief effect op de behandeling van ondervoeding. Biedt het ziekenhuis minder mogelijkheden binnen het voedingsconcept, dan kan dit tot knelpunten leiden.

Andere succesfactoren zijn de mate waarin de **multidisciplinaire samenwerking** goed verloopt. Het is hierbij van belang dat alle betrokken disciplines beschikken over zowel voldoende **kennis en vaardigheden**, als voldoende **tijd** om hun functie en taken goed uit te voeren.

Bij een aantal ziekenhuizen worden momenteel verbeterpunten doorgevoerd. Een daarvan is het stimuleren van de **eigen regie van de patiënt**. De veronderstelling is dat als de patiënt eigen regie kan nemen, dat dit een positieve effect geeft op de resultaten van de behandeling ondervoeding.

Een knelpunt is de steeds **korter wordende opnameduur**. De gemiddelde opnameduur is te kort om ondervoeding goed te behandelen. Het zou de behandeling ondervoeding ten goede komen als de ondervoeding eerder wordt gesignaleerd en behandeling voor opname wordt gestart.

Verschillen in resultaten op deze indicator tussen ziekenhuizen zijn mogelijk te verklaren door bovenstaande punten. Het is ook mogelijk dat het verschil in inclusie- en exclusiecriteria per ziekenhuis leidt tot een verschil in resultaat.

Ziekenhuizen met achterblijvende resultaten op de kwaliteitsindicator ondervoeding kunnen onderzoeken hoe zij presteren op bovenstaande punten en waar nodig verbeteracties inzetten.

Aanbevelingen

- Kies voor een EPD dat bijdraagt aan optimale screening en behandeling van ondervoeding. Geef inzicht in de resultaten op deze kwaliteitsindicator en deel de cijfers met alle betrokkenen.
- Zorg voor een voedingsconcept en een assortiment in het ziekenhuis dat bijdraagt aan optimale voedingszorg.
- Zorg dat betrokken medewerkers voldoende geschoold zijn om hun taken goed uit te voeren. Leg ieders rol en benodigde kennis vast.
- Werk samen. Draagvlak en eigenaarschap zijn nodig om tot goede resultaten te komen.
- Werk transmuraal samen om ondervoeding te behandelen voor, tijdens en na opname. Zie ook informatie over het Voedingspaspoort op de website van de Stuurgroep Ondervoeding.
- Nieuwsgierig naar resultaten van andere? Ga in gesprek en leer van elkaar!

4.2 Indicator in de toekomst

Na afronding van de focusgroepen, werd bekend dat de IGJ stopt per 2021 met het actief uitvragen van de indicatoren ondervoeding. De komst van de indicatoren ondervoeding hebben sinds 2008 geleid tot meer aandacht en acties voor het tijdig signaleren en behandelen van ondervoeding in het ziekenhuis. Uit de focusgroepen bleek dat de meningen zijn verdeeld of de indicator “behandeling van ondervoeding” een goede weerspiegeling geeft van de kwaliteit van zorg. Slechte resultaten betekenen niet per definitie een slechte kwaliteit van zorg. De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis is heden ten dage te kort om ondervoeding adequaat in het ziekenhuis te behandelen bij een groot deel van de patiënten. De Stuurgroep Ondervoeding pleit dan ook voor het opnemen van een indicator in 2022 die inzicht geeft in de kwaliteit van de transmurale voedingszorg door ziekenhuizen. Signaleren en behandelen van ondervoeding is bij uitstek een aandachtspunt wat in de keten opgepakt zou moeten worden.

Ondervoeding heeft negatieve gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Ondervoede personen hebben vaker een slechtere immuunstatus, een slechtere wondgenezing, een grotere kans op het ontwikkelen van decubitus, een lagere kwaliteit van leven en een verhoogde mortaliteit. Deze factoren dragen bij aan een langere opnameduur, een slechtere respons op de medische behandeling (chemotherapie, radiotherapie) en een verhoogd gebruik van medicijnen, wat een toename van de zorgkosten met zich meebrengt. De Stuurgroep Ondervoeding wil benadrukken dat, ondanks het vervallen van de indicatoren ondervoeding, het voortzetten van het tijdig screenen en het behandelen van ondervoeding nodig blijft om de kwaliteit van zorg te borgen en bovenstaande te voorkomen.

Aanbeveling

Onderzoek met de geëigende partijen hoe een nieuwe kwaliteitsindicator rondom ondervoeding eruit kan zien. Deze kwaliteitsindicator moet een juiste weergave geven van de kwaliteit van zorg, bij voorkeur in transmurale context, en een minimale administratieve last geven. Bespreek deze indicator met de IGJ en implementeer deze vanaf 2022.

5. Literatuurlijst

- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., ... Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>
- Stuurgroep Ondervoeding. (2019). Factsheet - Resultaten kwaliteitsindicator 8.2.2.A. Behandeling van ondervoeding bij volwassenen 2018 (8.2.2.A). Geraadpleegd van <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2020/02/Factsheet-8.2.2.A-Eiwitintake-dag-4-2018.pdf>

Bijlage 1 Gesprekshandleiding

Handleiding focusgroepen Verkennen van succesfactoren en knelpunten voor behalen van adequate eiwitname op dag 4 van ziekenhuisopname bij ondervoede volwassenen.

Doel van de focusgroepen

Verkennen van succesfactoren en knelpunten voor het behalen van een adequate eiwitname op dag 4 van ziekenhuisopname bij ondervoede volwassenen (kwaliteitsindicator 8.2.2. 'Behandeling ondervoeding' uit de basisset medisch specialistische zorg van de IGJ voor ziekenhuizen).

Doelgroep van de focusgroepen – per ziekenhuis 1 diëtist en een andere persoon uit ziekenhuis die voldoende van het onderwerp weet en constructieve bijdrage kan leveren aan de discussie.

Kosten

- Vergoeding van reiskosten voor de deelnemers (begroot 24 personen x 25 euro). Begroot zijn 8 deelnemers per focusgroep
- Vergoeding voor deelname: 50 euro pp
- Kosten voor huur ruimte en catering (3x 400 euro) of vragen of focusgroep in een van ziekenhuizen georganiseerd kan worden.

Zie ook Plan van Aanpak en Begroting.

Focusgroep

Introductie tijdens bijeenkomst

- Welkom
- Doel uitleggen: SO signaleert dat er verschillen zijn tussen ziekenhuizen in mate waarin kwaliteitsindicator 'Behandeling ondervoeding' uit de basisset medisch specialistische zorg van de IGJ voor ziekenhuizen wordt behaald. Wij zijn geïnteresseerd in de vraag waar deze verschillen vandaan komen en of we op basis van succesfactoren en knelpunten handvatten kunnen bieden aan ziekenhuizen om behandeling van ondervoeding te optimaliseren.
- Voorstellen gespreksleider en assistent en rol uitleggen.
- Voorstelrondje: naam, functie, ziekenhuis
- Uitleg focusgroep: Wij hebben in deze focusgroep ziekenhuizen uitgenodigd die verschillend scoren op de kwaliteitsindicator. We willen benadrukken dat we hier geen waardeoordeel aan geven. We gaan ervan uit dat elk ziekenhuis de intentie heeft optimale (voedings)zorg te leveren. We willen in deze focusgroep met elkaar in gesprek om erachter te komen welke factoren samenhangen met succes om deze optimale zorg te leveren. Tijdens het gesprek heeft iedereen de ruimte om aan het woord te zijn. De gespreksleider zal dit ook bewaken. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat erom dat ieder zijn/haar ideeën kan geven.
- Gesprek wordt opgenomen (bezwaar? Informed consent laten tekenen)
- Gesprek zal 1-1,5 uur duren.
- We voeren in totaal 3 gesprekken. Van deze gesprekken zullen verslagen worden gemaakt, die worden samengevoegd tot 1 rapport. Wij zullen in dit rapport aangeven welke ziekenhuizen hebben deelgenomen aan de focusgroepen. Wij zullen in het verslag niet de namen van de ziekenhuizen koppelen aan uitspraken die zijn gedaan in de focusgroep.

Inleidende vraag:

- In dit gesprek gaan we het hebben over succesfactoren en knelpunten voor het behalen van een adequate eiwitinname op dag 4 van ziekenhuisopname bij ondervoede volwassenen. Kunt u aangeven hoe u in uw ziekenhuis betrokken bent bij het behalen van een adequate eiwitinname?

Hoofdvragen:

- Kunt u aangeven welke succesfactoren bijdragen/ hebben bijgedragen aan bereiken van adequate eiwitinname? (*voor gespreksleider, bijv.: op gebied logistiek, kennis professionals, rol van professionals-denk aan voedingsassistenten- aanbod maaltijden en tussendoortjes- etc zie benchmark voedingsconcepten*)
- Wat is/ was er nodig om te komen tot deze succesfactoren?
- Kunt u aangeven welke knelpunten u ervaart/ heeft ervaren bij het bereiken van adequate eiwitinname?
- Wat is er nodig (geweest) om deze knelpunten op te lossen?
- De IGJ meet kwaliteit van zorg af o.a. aan deze parameter. Zijn er andere parameters die (ook) een indicatie geven van kwaliteit van zorg van ondervoeding? Welke zouden dat zijn? Wat zou je dan moeten meten?

Afrondende vragen:

- Stel dat u een minuut de tijd hebt om over dit onderwerp te praten met de directie van uw instelling. Wat zou u dan zeggen?

De gespreksleider geeft een korte samenvatting van de sleutelvraag en de belangrijkste ideeën die naar voren zijn gekomen tijdens de discussie.

- Als ik dit op deze wijze samenvat, vindt u dat dan een goede samenvatting van de discussie van zojuist?
- Tenslotte een laatste vraag: heeft u nog iets gemist in de discussie dat u nog graag wil meegeven aan ons?

Hartelijk dank voor deelname.

Wij sturen, indien u dat wilt, een verslag van dit gesprek. Wij voeren in totaal 3 gesprekken en zullen op basis daarvan een rapport schrijven met de uitkomsten en conclusies.

Info: https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf