

Tekst Henry Mostert, projectleider verbetertraject Eten en Drinken beeld Ingram

*Werken aan verantwoorde zorg is
bouwen aan een betere concurrentiepositie*

HET VERBETERTRAJECT ETEN EN DRINKEN HELPT

Werken aan verantwoorde zorg en tegelijk bijdragen aan een betere concurrentiepositie ten aanzien van andere instellingen? Dat kan bijvoorbeeld met het verbetertraject Eten en drinken, dat deel uitmaakt van het Zorg voor Beter-programma. Dit gratis traject, geïnitieerd door het ministerie van VWS, gaat in januari van start. Veertien organisaties hebben zich al ingeschreven. Dit traject helpt verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en de gehandicaptenzorg de eetlust van hun cliënten te verbeteren en eet- en drinkproblemen te signaleren en aan te pakken. In dit artikel het waarom en hoe van dit traject.

Vóórkomen van ondervoeding en overgewicht

Prevalentiemeting 2005	Risico op ondervoeding	ondervoed	overgewicht
Verpleeghuis	22,4%	17,3%	37,5%
Verzorgingshuis	16,5%	12,9%	44,8%
Thuiszorg	24,8%	20,3%	51,9%
Revalidatie	25,5%	14,5%	46,3%
Gehandicaptenzorg	21,4%	14,7%	36,9%

Aanleiding voor het verbetertraject Eten en drinken zijn de cijfers van het vóórkomen van ondervoeding. Bij ondervoeding krijgt de cliënt onvoldoende energie, bouwstoffen, vitamines en mineralen naar binnen, met alle gevolgen van dien: lichamelijke verzwakking en verhoogde kans op valincidenten, afhankelijkheid van zorg van anderen, verstoorde lichamelijke functies, vertraagde wondgenezing en verhoogde kans op decubitus.

Voor instellingen waar cliënten verblijven, verhoogt ondervoeding de kosten. Dat komt door personele inzet, verpleegmaterialen en faalkosten, kosten die je maakt doordat je veel eten weggooit.

In de laatste meting van de Landelijk Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) (Meijers e.a. 2005) is gekeken naar de prevalentie van ondervoeding, dehydratie, het beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding.

Overgewicht geeft ook gezondheidsrisico's. Te dikke mensen kunnen echter tevens ondervoed zijn. Denk hierbij aan mensen die eenzijdig eten of binnen korte tijd te veel onvrijwillig afvallen. Bij hen ontbreekt het dan aan essentiële bouwstoffen, mineralen en vitamines die belangrijk zijn voor het lichaam.

Het LPZ concludeert het volgende:

- 1/5 van de thuiszorgcliënten en 1/6 van de cliënten van de gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuizen is ondervoed.
- Voldoende vocht krijgen lijkt niet zo'n probleem te zijn.
- Bij 43 procent van de patiënten die ondervoed zijn, is er geen behandelingsmaatregelen getroffen, zoals het inschakelen van een diëtist.
- Er is geen structureel beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding binnen de deelnemende Nederlandse zorginstellingen.

Die conclusie komt overeen met die van de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ, 2005). Deze constateerde dat de beschikbare richtlijnen op het gebied van vocht en voedselvoorziening en slikproblemen nog te weinig ingevoerd waren. Een op de drie verpleeghuizen brengt de multidisciplinaire richtlijn vocht en voedselvoorziening niet in de praktijk. Tachtig procent van hen past de slikproblemenrichtlijn niet toe. In de verzorgingshuizen ontbreekt nog structureel beleid hieromtrent. In de gehandicaptensector en de thuiszorg lijkt de situatie niet veel beter.

Goede signaleringssystemen voor bijvoorbeeld ondervoeding zijn beschikbaar, maar worden onvoldoende structureel ingebouwd in het zorgproces. Niet signaleren betekent niet weten. Niet herkennen betekent niet of verkeerd reageren. Ongelukken liggen op de loer. De zorginstelling blijft in gebreke.

Te behalen resultaten

Het verbetertraject is een succes als minimal dertig instellingen meedoen die bovendien de volgende resultaten halen:

- Minimaal 95 procent heeft in het beleid een vastgesteld en operationeel signaleringssysteem met betrekking tot ondervoeding.

- De prevalentie van ondervoeding is met veertig procent gedaald (dit kan ook een ander prevalent probleemgebied zijn op het gebied van eten en drinken).
- Minsent zeventig procent past de verbeteraanpak ook toe binnen andere afdelingen of teams.

De instellingen zelf zullen hun eigen doelstellingen meetbaar formuleren in prestaties en prestatie-indicatoren. Hier wordt binnen het verbetertraject aan het begin, gedurende en aan het eind op gemeten.

Best practices

Het verbetertraject is een resultaatgericht pragmatisch implementatietraject.

Het wiel hoeft niet nog eens uitgevonden te worden. Er is namelijk al zoveel bekend en al zoveel ervaring opgedaan over wat werkt en wat niet. Uitgegaan wordt van zogenoemde 'best practices' én de beschikbare kennis en ervaringen van sleutelfiguren, inhoudelijk experts en ervaringsdeskundigen. De best practices zijn geselecteerd door ZonMw (Linthorst e.a., 2005). De tijd en energie die het deelnemende instellingen kost, gaat in de verbetertrajecten vooral zitten in het implementeren én borgen zelf.

Een voorbeeld van een van de best practices is de Maaltijdambulance in verpleeghuizen. Deze komt vanuit de universiteit van Wageningen onder leiding van Kristel Nijs (Nijs, 2005). Hierbij is gewerkt met een controle- en een interventiegroep. De controlegroep allereerst kreeg de maaltijden zoals altijd: geproportioneerd opgediend, dit wil zeggen: de volledige maaltijd op één dienblad, zonder specifieke aandacht voor de omgeving. De interventiegroep vervolgens kreeg de maaltijden zo dat men kon kiezen hoeveel en wat men at, opgediend in dekschalen. Er werd gezorgd voor tafellakens, borden, bestek en glazen, de bewoners werden zorgvuldig ingedeeld en het eten werd gemeenschappelijk gestart en geëindigd. Het personeel ging aanzitten aan de tafel en was actief betrokken bij de maaltijd. Tijdens het eten kon niet gestoord worden voor medicijnen, andere hulpverleners, bezoek en dergelijke. Familie kon er alleen bij zijn, als zij zelf tafelenoot waren bij het eten en drinken van de bewoners.

De resultaten zijn opzienbarend:

- bewoners van de interventiegroep waren meer gaan eten; in de controlegroep juist minder
- personen van de interventiegroep kwamen in de zes maanden van de proef aan, terwijl die van de controlegroep afvielen (meer dan één kilo)
- het aantal ondervoede bewoners van de interventiegroep daalde sterk (twaalf procent) en het ondervoedingsrisico bij deze bewoners nam ook aanzienlijk af (achtien procent). Bij de controlegroep steeg juist het percentage ondervoede bewoners (twaalf procent) en bleef het percentage personen met een ondervoedingsrisico vrij stabiel (daling met vier procent).
- de kwaliteit van leven bij de interventiegroep bleef stabiel, terwijl die bij de controlegroep achteruit was gegaan.

Voorbeelden van best practices en goede voorbeelden Eten en drinken

(Linthorst en van den Borne, 2005)

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen

- Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden.
- Multiprofessionele richtlijn 'Behandeling van slikproblemen bij verpleeghuisbewoners'.
- Optimaliseren sociaal&physical ambiance tijdens maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen: implementatie, evaluatie-effecten, Universiteit Wageningen.
- De Nutricia kookmethode, Nutricia.
- Voedingsdiensten TOP100 zorginstellingen, LOC en Koksgilde.

Gehandicaptenzorg

- Eettraining bij kinderen met een handicap, Pluyn Winkelsteegh.
- Slikhandleiding voor Ipse, Ipse.

Thuiszorg

- Ondervoeding in de thuiszorg, Maatzorg/ De Werven.

- bewoners van de interventieafdelingen waren vrijwel unaniem positief over de veranderingen bij de maaltijden: tachtig procent vindt het gezellig, 86 procent vindt het gezelliger dan voorheen.

Bij navraag bij het personeel bleek dat deze verandering zeer positief werd gewaardeerd. De werkdruk werd als minder ervaren.

De meerwaarde van het verbeteren van de ambiance is dus bewezen. Tevens is er volop ervaring opgedaan met wat er komt kijken bij het verbeteren van de ambiance. Denk hier bijvoorbeeld op wat medewerkers belangrijk vinden, hun werktijden, de organisatie van de voeding, et cetera.

De kennis én ervaring opgedaan in wat er komt kijken bij het verbeteren van de maaltijdambiance, is er. In het verbetertraject kan dit door deelnemende instellingen benut worden.

Er wordt gewerkt met de zogenoemde doorbraakmethode, waarbij een aantal instellingen binnen een jaar in een gelijke fasering werken aan een eigen verbeterproject. (van Splunteren e.a., 2003)

Iedere deelnemende instelling formeert een eigen verbeterteam onder leiding van een interne projectleider, die gesteund en gefaciliteerd wordt door het management. In één jaar moeten de resultaten gerealiseerd zijn. Die gehele periode krijgen de verbeterteams van de instellingen begeleiding.

Doorbraak stap voor stap

De doorbraakmethode kent zes stappen. Die komen hieronder aan de orde.

1. Allereerst de expertbijeenkomst. Hierbij komen inhoudelijke vraagstukken aan de orde. Zo is in de eerste expertbijeenkomst van het verbetertraject gediscussieerd over:
 - wanneer spreekt van ondervoeding: moet je kijken naar de BMI (body mass index), de mate van onvrijwillig gewichtsverlies, allebei of iets anders.
 - hoe meet je ondervoeding in de praktijk.
 - wat kun je leren uit al die best practices.
 - welke prestatie-indicatoren zijn een must, wenselijk of helemaal niet zinvol.
2. Vervolgens de intake. Instellingen die belangstelling hebben, voeren een 'intakegesprek' met het kernteam, onder andere om te kijken of aan alle voorwaarden voldaan is. Vanuit de instelling zit hier bij: een vertegenwoordiger van het hoger management, meestal een directeur, de beoogd intern projectleider en liefst ook een cliëntvertegenwoordiger en iemand van een deelnemend



team. Ervaring met implementaties leert dat commitment van de directie een randvoorwaarde is voor het slagen van de verbetering. Indien deze er onvoldoende is kan de instelling niet meedoen.

3. Dan volgt de startbijeenkomst. Dan komen de deelnemende instellingen voor het eerst bij elkaar. Zij presenteren bij die gelegenheid hun voorwerk. Aan de orde komt bijvoorbeeld in hoeverre richtlijnen zijn ingevoerd en een signaleringssysteem voor ondervoeding en andere eet- en drinkproblemen operationeel is. Bij instelling wordt ook stilgestaan bij de huidige maaltijdambiance. Bij de thuiszorg is dit niet relevant. De interne projectleiders gaan na welke punten waarschijnlijk aangepakt gaat worden. Zo zal de ene instelling vooral willen verbeteren op de signalering van problemen en de ander aan de maaltijdambiance.
4. Vervolgens staat Werkconferentie I op het programma. Het eigen verbeterplan wordt gemaakt met zo concreet mogelijke meetbare en haalbare doelen: prestatie-indicatoren en meetstrategieën. Zo is reeds bij de start oog voor de latere borging. De deelnemers kunnen gebruik maken van een speciale plek op de site, waarbij zij vragen neerleggen. Ieder kan zo leren van elkaars vragen én antwoorden. Bijvoorbeeld de vraag: wat is nu een goede prestatie-indicator bij het verbeteren van de maaltijdambiance, en hoe meet je dat? In de werkconferentie wordt ook alles op orde gemaakt om een goede o-meting te doen.

Voorbeelden van proces-prestatieindicatoren zijn, via dossieronderzoek:

Het percentage cliënten waarbij in het dossier zichtbaar is dat zij bij de start én periodiek gewogen worden.

- Het percentage cliënten die bij start en periodiek gewogen worden.
- Het percentage cliënten waarvan eet- en drinkgewoonten bekend zijn.
- Het percentage cliënten waarvan behoeften en wensen eten en drinken specifiek in dossier-zorgplan staan.
- Het percentage cliënten die ondervoed zijn en risico van ondervoeding opgenomen in dossier.
- Het percentage cliënten die standaard aanvullende voeding bij verhoogde behoefte wordt aangeboden.
- Het percentage cliënten waarbij diëtist bij risico/ondervoeding wordt ingeschakeld.

Voorbeelden van prestatieindicatoren op resultaat zijn:

- % risico ondervoeding.
5. De volgende stap is Werkconferentie 2. Ieder is dan hard aan het werk bij het uitvoeren van zijn eigen verbeterplan. De o-meting wordt uitgevoerd en tussentijds wordt een beroep gedaan op andere projectleiders en het kernteam. Zo nodig worden experts ingeschakeld voor specifieke vragen. Het kernteam kijkt maandelijks met de interne projectleiders naar de voortgang en wat er

Begeleiding binnen het verbetertraject

Het kernteam van het verbetertraject organiseert de verschillende gezamenlijke bijeenkomsten in het verbetertraject én geeft dagelijkse begeleiding aan de deelnemende instellingen. Daarnaast is een groep deskundigen bereid gevonden daar waar nodig hun ervaring en kennis bij te dragen.

Het kernteam van het verbetertraject 'Eten en drinken' bestaat uit:

- Jos Schols, hoogleraar in Tilburg en Maastricht en verpleeghuisarts.
- Rut Jan van Essen, voormalig projectleider implementatie multidisciplinaire richtlijn vocht en voedselvoorziening
- Kristel Nijs, projectleider Ambiance, vanuit de Universiteit Wageningen.
- Henry Mostert, NIZW Zorg, projectleider Verbetertraject 'Eten en drinken'.

nodig 6. Tenslotte is er de slotbijeenkomst. Na een jaar moeten de resultaten behaald zijn. Er is dus ook een eindmeting van de resultaten. Dan is er ook een borgingssysteem werkend in de instelling. In de verbetertrajecten wordt ook specifiek gekeken naar de borging. Een verbetering daarvan is een belangrijke investering. Het succes ervan moet uiteraard behouden blijven, geborgd worden. Het management kan dan met een gerust hart de energie richten op een ander onderwerp.

Kwaliteit zorginstelling wordt openbaar

Binnenkort is de kwaliteit van zorginstellingen algemeen bekend. Dan is voor het publiek duidelijk in hoeverre zij 'verantwoorde zorg' leveren. Op de site van Arcares staat dan bijvoorbeeld het vóórkomen van ondervoeding en de kwaliteit van de maaltijden, zo heeft de brancheorganisatie aangekondigd. De andere brancheorganisaties kunnen hierbij niet achterblijven.

Dit zal de nodige consequenties hebben. Negatieve publiciteit geeft slecht imago. Zorgverzekeraars zullen niet graag bij deze instelling zorg inkopen, de inspectie zal zeker op de stoep staan en de cliëntenraad zal verbetering eisen. De instelling is onaantrekkelijk toekomstige cliënten en hun familie. Ook heeft het effect op het personeel. Deze zal niet graag geassocieerd willen worden met een instelling die negatief de pers haalt. Goede resultaten echter stralen af op de gehele organisatie.

Werken aan verantwoorde zorg is dus ook werken aan een betere concurrentiepositie ten aanzien van andere instellingen. **[einde]**

Voor aanvullende informatie zie: www.zorgvoorbeter.nl/verbetertrajecten
Correspondentie via H.Mostert@nizw.nl of Verbetertrajecten@nizw.nl

Bronnen

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, (2005), Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken; Onderzoek naar de aanwezigheid van integrale kwaliteitszorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen aan de hand van de uitkomsten van algemeen toezicht van 1 juni 2003 tot 1 juni 2004, Den Haag.
- Linthorst, M. en I. van den Borne. (2005), Inventarisatie 'Goede voorbeelden', Vocht & Voeding. ZonMw, Den Haag.
- Meijers, J., Halfens, R.J.G. en J.M.G.A. Schols. (2005), Presentatie op expertbijeenkomst verbetertraject Eten en drinken: Prevalentie ondervoeding, gebaseerd op Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), meting 2005, Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Mostert, H. en N. Heeringa. (2005), 'Zien eten, doet eten', Werkplan Verbetertraject Eten en drinken, NIZW, Utrecht.
- Nijs, K. (2005), Aandacht voor de ambiance voor de voeding, resultaten onderzoek. Presentatie 28 juni 2005, MINT-cursus: 'Aandacht voor voeding in het verpleeghuis', Vaals.
- Splunteren, P. van, M. Minkman, L. Schouten en M. Verhoeven. (2003), Doorbreken met resultaten. Assen, Van Gorcum.