**oktober**

2013

Integrale opdracht 2.1

Kwaliteitsbeleidsplan & Afdelingsplan Klinisch Centrum voor Ouderen

VD2C, tutorgroep 5

**Rianne de Wit 12024848, Britte van der Pouw 12014907, Kim Niesen 12052574, Jaimy Struijk 12025399, Cristy Verlek 12027545, Stephanie Terpstra 12077100**

Inhoudsopgave

Inleiding 3

Methode en technieken 4

1. Het algemene deel 5

1.1 Missie en visie 5

1.1.1 Ziekenhuis 5

1.1.2 Afdeling diëtetiek 5

1.2 De huidige situatie 6

1.2.1 Voedingstoestand en ondervoedingsbeleid 6

1.2.2 Prestatie Indicatoren (PI’s) 7

1.2.3 Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s) 7

1.2.4 Betrokken organisaties 7

1.2.5 Directe Toegankelijkheid Diëtetiek 8

1.2.6 Vergoeding diëtetiek 8

1.3 SWOT-analyse 10

1.3.1 Sterktes 10

1.3.2 Zwaktes 10

1.3.3 Kansen 10

1.3.4 Bedreigingen 11

1.3.5 Conclusie van de SWOT 11

1.4 Concrete doelen voor de afdeling diëtetiek 12

2. Afdelingsplan Klinisch Centrum voor Ouderen 13

2.1 Omschrijving van het probleem zoals dat door de psychiatrische instelling is gegeven 13

2.2 Analyse van het probleem 13

2.2.1 Promotie 13

2.2.2 Invoeren van gegevens SNAQ 13

2.2.3 De hulpverlener 14

2.2.4 De patiënt 14

2.2.5 Visgraatmodel 15

2.2.6 Pareto-diagram 16

2.2.7 Plan-do-check-act model 17

2.6 De verbetervoorstellen 18

2.6.1 Promotie verbeteren 18

2.6.2 Draagvlak creëren 18

2.6.3 Target instellen 19

2.6.4 Standaard één keer screenen per week 19

2.6.5 Werkinstructie verbeteren 19

2.7 Beschrijving van de veranderingen en consequenties ten gevolge van de twee beste verbetervoorstellen 20

2.7.1 Promotie 20

2.7.2 Standaard één keer screenen per week 20

2.8 Verwachte kosten en baten van de twee beste verbetervoorstellen 21

Conclusie 21

Aanbevelingen en discussie 22

Bibliografie 22

Bijlagen 23

Bijlage 1: Ondervoeding prevalentie 2004-2008 23

Bijlage 2: Ondervoeding prevalentie 2004-2012 23

Bijlage 3: Ondervoeding prevalentie leeftijden 24

Bijlage 4: Klinische les 24

Bijlage 5: Promotiemateriaal 26

# Inleiding

De afdeling diëtetiek binnen ziekenhuizen krijgt een steeds belangrijkere positie en rol in de gezondheidszorg. Om deze ontwikkeling goed te doorlopen is het van belang dat de afdeling optimaal functioneert en dat er aandacht besteed wordt aan een zo goed mogelijke profilering van de afdeling. Naar aanleiding hiervan is er een kwaliteitsbeleidsplan opgesteld, waarin er dieper wordt ingegaan op de manier waarop de afdeling diëtetiek kan functioneren en zich kan profileren binnen een ziekenhuis.

Sinds 2005 is in de Nederlandse ziekenhuizen de SNAQ ingevoerd. De SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) is ontwikkeld om ondervoeding bij de binnenkomende patiënten op te sporen. Het is een vragenlijst van drie vragen en drie metingen. De uitkomst van de vragen en metingen leidt tot een score die aangeeft of verdere behandeling door een diëtist noodzakelijk is. De resultaten van de SNAQ zijn nog niet optimaal, vandaar dat op dit vlak nog veel te winnen valt. Naar aanleiding hiervan is er een specifiek afdelingsplan gemaakt voor de externe opdrachtgever, namelijk het Klinisch Centrum Ouderen van Parnassia. In dit plan wordt vooral ingegaan op het gebruik van de SNAQ binnen de organisatie.

Wat betreft het kwaliteitsbeleidsplan is er begonnen met het opstellen van een missie en een visie, zowel voor een ziekenhuis en een aparte voor de afdeling diëtetiek. Hierbij is er gekeken naar de belangen en prioriteiten die voor een groot deel de rode draad vormen voor het functioneren in de praktijk. Naast de missie en de visie wordt de huidige situatie geanalyseerd om te kijken wat het startpunt is van eventuele veranderingen of grote ingrepen. Er wordt hierbij ingegaan op externe ontwikkelingen, maar ook naar de huidige voedingstoestand in ziekenhuizen en de mate waarin het ondervoedingsbeleid geregeld is. Daarnaast worden de PI’s en DBC’s besproken en wordt er uitgezocht hoe het zit met vergoedingen en regels wat betreft dieetadvisering. Naar aanleiding van bovenstaande punten wordt er een SWOT-analyse opgesteld, en met behulp van de conclusies die hieruit voortkomen worden er concrete doelen voor de afdeling diëtetiek binnen een ziekenhuis opgesteld.

Het doel van het kwaliteitsplan is een beter inzicht krijgen van wat het ideaalbeeld is, en hoe we dit beeld zo volledig mogelijk in praktijk kunnen brengen. Het is de bedoeling dat er een overzicht komt van de haken en ogen die zich op dit moment afspelen op de afdeling diëtetiek, en wat voor oplossingen of alternatieven hiervoor tot onze beschikking staan. De hoofdvraag luidt dan ook: Wat is de beste manier om de afdeling diëtetiek binnen een ziekenhuis zo goed mogelijk te laten functioneren en profileren?

In het afdelingsplan is eerst een beeld geschetst van de huidige situatie. Het probleem wordt omschreven en er is een onderzoeksvraag vastgesteld. Vervolgens zijn de oorzaken van het probleem op een rij gezet door middel van een visgraatdiagram en een Paretodiagram. Uit deze analyses worden voorstellen voor de oplossingen voor het probleem gevormd. Hierbij worden enkele voor- en nadelen beschreven. Hierna wordt er een beschrijving gegeven van de veranderingen en consequenties die deze oplossingen met zich meebrengen voor de betrokkenen (de diëtist, de arts, de verpleegkundige, etc.). Tevens worden de financiële consequenties van de bedachte oplossingen berekend en geanalyseerd in het hoofdstuk ‘Kosten en baten’.

Het doel van het afdelingsplan voor het Klinisch Centrum Ouderen van Parnassia is het percentage afgenomen en ingevoerde SNAQ’s verhogen. De hoofdvraag van dit onderdeel luidt dan ook: ‘Wat is de beste manier om het percentage afgenomen en ingevoerde SNAQ’s binnen het KCO te verhogen?’

# Methode en technieken

Bij het maken van het kwaliteitsbeleidsplan en een afdelingsplan is het van belang om veel te weten te komen over de manier van werken van de afdeling diëtetiek binnen het ziekenhuis. Voor het vinden van deze informatie is er gebruik gemaakt van het internet. Omdat het belangrijk is dat deze informatie betrouwbaar is hebben wij altijd gezocht naar betrouwbare bronnen.

Om er achter zien te komen hoe diëtetiek wordt vergoed en wat hier allemaal bij komt kijken hebben wij geprobeerd contact te zoeken met verschillende zorgverzekeraars. Omdat deze gesprekken heel lang duurden doordat we heel vaak doorverbonden werden, hebben wij uiteindelijk ook deze informatie gevonden op het internet. Naast het internet hebben wij als bron gebruik gemaakt van de PowerPoint die ons is gegeven door Hinke Kruizinga van het bekende 'Stuurgroep Ondervoeding'.

Tevens zijn we twee keer bij het KCO langs gegaan voor gesprekken met Rosa van Hoorn en Lisanne van der Weijden. Hier hebben we veel van opgestoken, zij leverden ons feedback en tips om het verslag te verbeteren. Ten slotte hebben we de ondersteunende lessen van de integrale opdracht bijgewoond met de projectgroep.

# 1. Het algemene deel

## 1.1 Missie en visie

### 1.1.1 Ziekenhuis

*Missie*

Onder het motto ‘Welzijn staat voorop’ verlenen wij veilige, goede, efficiënte en persoonlijke zorg. Het ziekenhuis is kleinschalig, waardoor de toegankelijkheid gemakkelijk en snel is. Elke patiënt krijgt individuele aandacht en wordt met respect behandeld. Hierdoor ontstaat een vertrouwensband tussen patiënt en specialist. Communicatie tussen de werknemers en de afdelingen onderling is optimaal, waardoor multidisciplinaire samenwerkingen efficiënt verlopen.

We zijn tot deze missie gekomen door te kijken naar welke punten wij zelf belangrijk vinden als we in een ziekenhuis opgenomen zouden worden. Daarnaast vinden wij het ook belangrijk dat de patiënt zijn verhaal maar één keer hoeft te vertellen en daarna meteen professioneel wordt behandeld. Alle betrokken doctoren en specialisten worden meteen geïnformeerd over de situatie van de patiënt.

Visie

Het ziekenhuis streeft naar tevredenheid van patiënten door goede zorgverlening en onderlinge samenhang. De volgende speerpunten ondersteunen deze visie:

Ten eerste is het van belang dat alle medewerkers zich regelmatig bijscholen, zodat de kennis en de vaardigheden van alle medewerkers ten alle tijden vakkundig en optimaal zijn. Hieronder verstaan we ook het feit dat de laatste onderzoeken en technieken worden meegenomen in de behandeling van de patiënten.

Het ziekenhuis streeft naar optimale samenwerking met externe organisaties. De medewerkers hebben een respectvolle houding tegenover elkaar en naar patiënten toe, en het geven van opbouwende kritiek wordt dan ook veel toegepast tijdens het multidisciplinair overleg. Door contact te onderhouden met externe organisaties blijft het een compact netwerk.

Tevens streeft het ziekenhuis naar individualisatie, waarmee bedoeld wordt dat naast het algemene ziektebeeld ook naar de persoonlijke situatie van de patiënt gekeken wordt. Er wordt dus klantgericht gehandeld en de patiënten met dezelfde aandoening worden niet over één kam geschoren. Dit wordt bereikt door tijd voor de patiënten te nemen onder het motto ‘kwaliteit boven kwantiteit’. De afspraken worden niet strak op elkaar gepland, maar juist met speling ertussen. Dit heeft ook als voordeel dat de wachttijden gering blijven.

De visie van het ziekenhuis is tot stand gekomen door ons in te leven in een gevisualiseerde situatie. De bovenstaande informatie is dus niet berust op de visie van een bestaand ziekenhuis.

### 1.1.2 Afdeling diëtetiek

Missie

De afdeling diëtetiek staat voor directe toegankelijkheid voor patiënten binnen en buiten het ziekenhuis. Daarnaast is het belangrijk dat er efficiënt gehandeld wordt en dat eventuele risicofactoren, waardoor de diëtist niet zomaar met behandeling kan starten, tijdig gesignaleerd worden. Onder het motto ‘Zie voeding als een kans’ dient de afdeling diëtetiek ervoor te zorgen dat voeding wordt gezien als een kans in plaats van als een bedreiging op hun persoonlijke leefstijl. Tevens staat de afdeling voor vakkundig, doelgericht, persoonsgebonden en efficiënt werk, omdat dit uiteindelijk tot besparing leidt.

De missie van de afdeling diëtetiek is ontstaan, doordat wij het als projectgroep belangrijk vinden dat voeding niet onderschat wordt met betrekking tot verschillende ziektebeelden. De juiste voeding kan zorgen voor een snellere genezing en hierdoor dus een kortere opname in het ziekenhuis. Dit leidt tot kostenbesparing en een toename in de levenskwaliteit van de patiënt.

Visie

De reputatie van de afdeling diëtetiek moet verbeterd worden. De diëtist moet betrokken worden bij het behandelplan van de behandelend arts. Naar verwachting zullen er dan minder complicaties ten gevolgen van slechte voeding voorkomen. De diëtist moet een grotere rol gaan innemen in het ziekenhuis, de diëtist moet zich profileren.

Daarnaast willen we de patiënten stimuleren een gezonde eet en leefstijl aan te leren door middel van bijvoorbeeld tijdschriften over voeding in de wachtkamer, flyers met gezonde en lekkere recepten neer te leggen die mee genomen kunnen worden door patiënten en door informatie over gezonde voeding af te spelen op een tv scherm in de wachtkamer.

De waarden van de patiënt moeten meer gerespecteerd worden. Hiermee bedoelen we dat een dieet geen belemmering of straf zou moeten zijn. Het zou meer een positieve verandering in de gewoonten van de patiënt moeten zijn. Dit gaan we waarmaken door meer inbreng van de patiënt te tolereren. Hiermee bedoelen wij een situatie waarin iemand heel erg dol is op een bepaald voedingsmiddel en dit liever niet uit zijn of haar voedingspatroon zou willen halen. Als diëtist zijnde is het belangrijk om hier naar te luisteren zodat het volgen van een gezond voedingspatroon geen straf is. Het is namelijk belangrijk dat de gehele leefstijl van een patiënt veranderd en dat dit voor de rest van het leven vol te houden is.

## 1.2 De huidige situatie

### 1.2.1 Voedingstoestand en ondervoedingsbeleid

Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op de lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten (Stuurgroep Ondervoeding, 2011). Aan de hand van de gegevens die hieronder in de grafieken zichtbaar zijn, kan er geconcludeerd worden dat ongeveer een kwart van de patiënten in Nederlandse zorginstellingen ondervoed is. Aan de criteria van het risico van ondervoeding voldoet de helft van alle patiënten.

We spreken van ondervoeding wanneer een van de volgende kenmerken aan de orde is: wanneer er drie dagen niet of nauwelijks gegeten is, wanneer er meer dan een week minder gegeten wordt dan gebruikelijk, bij een onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 6kg in het afgelopen half jaar of meer dan 3kg in de afgelopen drie maanden. Ook met een BMI tussen de 18.5-20 is er een risico op ondervoeding.

Om ondervoeding te signaleren, wordt er gebruik gemaakt van screeningstools. Er zijn verschillende manieren, namelijk de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionary) en de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Dit zijn beiden vragenlijsten die worden gesteld aan de patiënten zodra ze langer dan 4 dagen opgenomen zijn in het ziekenhuis. De MUST kost meer werk, omdat je hiervoor ook het BMI en gewichtsverlies moet berekenen. Hierdoor wordt de MUST maar in enkele ziekenhuizen gebruikt. Het doel van de screening is om de mate van ondervoeding te kunnen achterhalen. Echter blijkt dat nog lang niet alle artsen, verpleeg(st)ers, gastvrouwen, en voedingsassistenten gebruik maken van deze screeningstools.

In de grafiek van bijlage 2 is te zien dat de prevalentie van ondervoeding tussen 2004-2012 licht is gedaald in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg.

Van die prevalentie komt ondervoeding het vaakst voor in de thuiszorg in de leeftijdcategorie van 75-79 jaar. (zie bijlage 3)

### 1.2.2 Prestatie Indicatoren (PI’s)

Met behulp van Prestatie Indicatoren kan achterhaald worden of de gestelde doelen behaald zijn. Een ziekenhuis wordt beoordeeld op verschillende PI’s. Een van deze PI’s is ondervoeding die onder de afdeling diëtetiek valt. Sinds 2004 zijn ziekenhuizen verplicht om openbare prestatie indicatoren te hebben. Dit is vastgesteld in de landelijke ‘Basisset Prestatie Indicatoren’ door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) (Rode Kruis Ziekenhuis). De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat na of deze regels worden nagestreefd door de ziekenhuizen, door middel van een jaarlijks gesprek tussen directie en professionals. Van de verzamelde gegevens maakt de inspectie een rapportage. (IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg, NVZ Vereniging van ziekenhuizen, NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, OMS Orde van Medisch Specialisten, 2009)

De PI voor ondervoeding is duidelijk: iedereen die wordt opgenomen in een ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding. Dit is de taak van de

verpleegkundigen/verzorgenden/voedingsdeskundigen en het is de bedoeling dat zij er een gewoonte van maken om elke patiënt te screenen. De screeningresultaten worden ingevoerd op de computer, waardoor het makkelijk te meten is of deze PI werkelijk behaald wordt. Na het invoeren wordt er geconcludeerd of iemand daadwerkelijk ondervoed is of binnen de risicogroep valt. Hierna wordt er automatisch een diëtist ingeschakeld. Zo worden er geen ondervoede patiënten over het hoofd gezien.

### 1.2.3 Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s)

Een DBC is een code die in het ziekenhuis wordt gebruikt om de diagnose en behandeling vast te leggen die bij de klachten van de patiënt horen. Een DBC omvat elke stap in de behandeling van de patiënt en geeft het ziekenhuis inzicht in de kosten en de patient een beter inzicht in het behandelingstraject.

### 1.2.4 Betrokken organisaties

Organisaties die zich bezig houden met ziekenhuis gerelateerde ondervoeding komen uit verschillende hoeken. Zo kan er gedacht worden aan zorgverzekeraars. De relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars komt voort uit de contracten die het ziekenhuis met de zorgverzekeraars heeft. Niet elk ziekenhuis heeft contracten met alle zorgverzekeraars, daarom is het als patiënt zijnde belangrijk om je daarin te verdiepen.

Daarnaast houden producenten van drink- en sondevoeding zich bezig met de ondervoeding in ziekenhuizen. Deze producenten, zoals Abbott en Nutricia, leveren de drink- en sondevoeding aan de ziekenhuizen en spelen hierdoor dus een belangrijke rol. De relatie tussen het ziekenhuis en de producenten ligt hem vooral in de inkoop van het ziekenhuis. Het ziekenhuis schat in hoeveel van het product ze nodig hebben en plaatst vervolgens een bestelling bij het desbetreffende bedrijf. Ze maken dus gebruik van de diensten van de producenten door bestellingen te plaatsen.

Tevens houdt het ministerie van VWS zich bezig met de ondervoeding in ziekenhuizen door belangrijke beslissingen te nemen en projecten op te zetten die invloed hebben op het ondervoedingsbeleid in ziekenhuizen. Een voorbeeld hiervan is dat VWS een project heeft bedacht, namelijk “Implementatie van vroege herkenning en behandeling in het ziekenhuis”. Dit project is een onderdeel van het programma “Sneller Beter” van hetzelfde ministerie. Het project is een landelijk verbeterprogramma voor de kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen zetten zich tijdens dit project in om te zorgen voor kwaliteitsverbetering voor zowel zorgverleners als patiënten (Stuurgroep Ondervoeding).

### 1.2.5 Directe Toegankelijkheid Diëtetiek

Directe toegankelijkheid diëtetiek houdt in dat een patiënt geen verwijsbrief van de dokter meer nodig heeft om naar de diëtist te gaan. Voor de diëtist betekent dit dat ze ten alle tijden op zal moeten letten of de patiënt wel bij een diëtist thuishoort. Hiermee worden de patiënten bedoeld die een diëtist niet kan/mag behandelen omdat deze mensen symptomen van bepaalde ziekten vertonen. Bij dergelijke gevallen zal de diëtist de patiënt alsnog naar een huisarts moeten terugverwijzen voor verder onderzoek. Een nadeel van de directe toegankelijkheid kan zijn dat de huisarts geen stok achter de deur meer is en niet kan uitzoeken wie er daadwerkelijk een diëtist nodig heeft. Dit kan er voor zorgen dat de diëtist veel te maken krijgt met mensen die denken dat ze naar een diëtist moeten, maar tegelijkertijd geen directe aanleiding hiertoe hebben.

### 1.2.6 Vergoeding diëtetiek

In 2012 werd dieetadvisering alleen vanuit de basisverzekering vergoed als dit onderdeel was van gecoördineerde multidisciplinaire zorg voor patiënten met diabetes, chronische longziekten en/of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Daardoor kwam ongeveer 28% minder mensen naar de diëtist dan voorheen. Dit blijkt uit onderzoek van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (J.Tol, Utrecht, 2012).

Sinds 2013 heeft de minister van VWS besloten om dieetadvisering weer in de basisverzekering op te nemen. Dit houdt in dat er maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar vergoed worden door de basiszorgverzekering. De eerste behandeling duurt maximaal 45 minuten, en de behandelingen die daarop volgen, duren 15 tot 30 minuten. Als de patiënt een aanvullende verzekering heeft, kunnen er meer behandeluren vergoed worden. Als de patiënt meer behandeluren wilt dan wordt vergoedt, geldt er per diëtistenpraktijk een eigen vergoeding. Als de patiënt diabetes, COPD of VRM (Vasculair Risico Management) heeft, dan kan het zijn dat de kosten voor de behandeling worden vergoed vanuit de ketenzorgorganisatie of DBC. Per regio zijn hiervoor andere vergoedingen vastgesteld (Diëtist.nl).

Als de patiënt met een diëtist in het ziekenhuis in aanraking komt, dan zal de dieetadvisering vallen binnen DBC’s, die door de medisch specialist is geopend. De diëtist in het ziekenhuis registreert de dieetadvisering in de DBC onder speciale codes, waar er geen directe financiële afwikkeling met de diëtist zelf plaatsvindt (NVD).

## 1.3 SWOT-analyse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **STERKTES** | **ZWAKTES** |
| **I**  **N**  **T**  **E**  **R**  **N** | * SNAQ --> verplichte bijscholing van personeel binnen de zorginstelling * Direct aanspreekpunt * Het bezit van kennis die artsen niet hebben --> uniek * Opnameduur van de patiënt kan verkort worden --> geldbesparing | * Artsen bezitten kennis die een diëtist niet heeft * De huidige profilering van de diëtist 🡪 traag inspelen op veranderingen |
|  | **KANSEN** | **BEDREIGINGEN** |
| **E**  **X**  **T**  **E**  **R**  **N** | * Globesitas * Opkomende fastfood branche * Directe Toegankelijkheid Diëtetiek * Voeding wordt hip, gezondheid is een trend * TV-programma’s omtrent overgewicht * 3 uren per kalenderjaar vergoed | * Directe Toegankelijkheid Diëtetiek * Maar 3 uren per kalenderjaar vergoed * Internet en media * De diëtist wordt onderschat * De reputatie van het aanbod van de diëtist * Te weinig geld om de diëtist goed te kunnen profileren |

### 1.3.1 Sterktes

Wanneer de SNAQ goed toegepast wordt en de diëtist ook echt ingeschakeld wordt wanneer dit nodig is, zal het extra werkterrein bieden voor de diëtist. Wanneer verpleegsters worden bijgeschoold, zal dit zorgen voor een betere screening op ondervoeding door middel van de SNAQ.

Daarnaast is het verkeer binnen het ziekenhuis optimaal. Hiermee wordt bedoeld dat de diëtist direct aanspreekbaar is en dat de stap van behandelend arts naar diëtist wordt verkleind. Ook kan er geconcludeerd worden dat een diëtist meer kennis over voeding met relatie tot ziektebeelden heeft dan een behandelend arts. Als de diëtist deze kennis in praktijk toepast in het ziekenhuis, kan de opnameduur van een patiënt verkort worden, wat resulteert in geldbesparing.

### 1.3.2 Zwaktes

Artsen bezitten kennis over ziektes en het menselijk lichaam die een diëtist niet bezit. Hierdoor denkt menig arts dat zij ondervoeding met hun eigen kennis op kunnen lossen. Vaak wordt er niet aan de hulp van de diëtist gedacht, terwijl de diëtist wel een grote bijdrage kan leveren aan ondervoeding. Wanneer de diëtist er wel bij betrokken wordt, zal er meer multidisciplinair werk plaatsvinden waardoor de patiënt op een zo optimaal mogelijke manier behandeld wordt.

### 1.3.3 Kansen

Het feit dat er in de wereld steeds meer mensen overgewicht krijgen (globesitas) is economisch gezien een kans voor de afdeling diëtetiek, omdat er hierdoor steeds meer werk is voor de diëtist. Daarnaast ligt de opkomende fastfood branche nog steeds niet stil, sterker nog, deze nemen in aantal flink toe over de hele wereld. Porties worden steeds groter en de maat van “normaal” verschuift steeds meer richting obese termen.

Door de Directe Toegankelijkheid Diëtetiek kom er tevens meer werk voor de diëtist, omdat de huisarts niet meer tussen de patiënt en de diëtist staat.

Omdat voeding en gezondheid steeds een populairder onderwerp wordt, is dit een kans voor de diëtist om zich te laten horen, en vooral een kans omdat er meer geluisterd wordt naar de diëtist door de toenemende intrinsieke interesse voor voeding en gezondheid van de bevolking. Op de televisie worden steeds meer programma’s uitgezonden die betrekking hebben op overgewicht en obesitas. Mensen kunnen hierdoor aangespoord worden om hun eigen gezondheidstoestand te verbeteren en ontwikkelen hierdoor meer interesse voor de voeding. Deze programma’s dragen bij aan de fase van gedragsverandering waar de mensen zich in bevinden. Door deze programma’s kunnen de mensen naar de actiefase doorschieten en naar een diëtist stappen.

Doordat er nu weer drie uren vergoed worden, kan dit ertoe leiden dat mensen eerder gebruik gaan maken van de diensten van een diëtist.

### 1.3.4 Bedreigingen

Hoewel de Directe Toegankelijkheid Diëtetiek een kans is, is dit tevens een bedreiging, omdat de toegankelijkheid makkelijker wordt, waardoor de binnenstroom van patiënten niet meer gefilterd wordt door de huisarts. Hierbij komt ook het feit dat er tegenwoordig ontzettend veel informatie op internet en in de media te vinden valt over voeding en gezondheid.

In de zorg wordt de functie van een diëtiste vaak onderschat. Dit kan ervoor zorgen dat de diëtiste werkterrein verliest.

Internet en media kunnen een bedreiging zijn, omdat er op internet veel informatie te vinden is omtrent voeding en gezondheid. Zo kunnen mensen zelf informatie vinden over gezond eetgedrag en hebben zij daar de diëtist niet meer voor nodig. Tegenwoordig wordt deze informatie steeds toegankelijker, waardoor mensen liever hun eigen probleem oplossen zonder hier professionele hulp voor te zoeken.

Aan de diëtist worden weinig geld toegerekend vanuit het budget in het ziekenhuis. Zeker wanneer dit vergeleken wordt met andere afdelingen in het ziekenhuis. Wanneer er weinig geld wordt toegekend, wordt het ook lastig voor een afdeling diëtetiek om zich goed te kunnen profileren.

### 1.3.5 Conclusie van de SWOT

Wanneer er wordt gekeken naar de SWOT analyse valt het als eerste op dat bij de externe analyse veel kansen en tegelijkertijd bedreigingen zijn. Dit betekent dat – door de manier waarop je naar de punten kijkt - de bedreigingen omgezet kunnen worden in kansen. Het gaat in dit geval dus om uit welk perspectief de situatie bekeken wordt.

Met de invoering van de SNAQ en het opnieuw invoeren van de vergoeding voor diëtistische behandelingen, in combinatie met de toegenomen globesitas en de opkomende fastfood branche, komt er meer werkterrein voor de diëtist beschikbaar. Omdat tegelijkertijd de media en het internet in grote opkomst zijn, is dit voor de beschikbaarheid van het werkterrein een grote bedreiging.

Wat er bij de interne analyse opvalt, is dat er weinig zwaktes zijn tegenover veel sterktes. Dit is een goed teken.

## 1.4 Concrete doelen voor de afdeling diëtetiek

* De samenwerking van de diëtist met andere specialisten moet verbeterd worden.

Bij het verbeteren van de reputatie van de diëtist is het belangrijk dat zij zich beter profileren. Dit kan bereikt worden door meer betrokken zijn bij de behandeling van patiënten en het werk van de behandelend arts. Ook is het van belang dat de diëtist zich verdiept in verschillende ziektebeelden en van zich laat horen tijdens het multidisciplinair overleg. Deze aanbeveling kan per direct worden nagestreefd en na drie maanden kan er gekeken worden of het ook werkelijk voordeel oplevert voor de diëtist en de patiënt.

* De reputatie van de diëtist moet verbeterd worden.

Vanuit de patiënten kan een diëtist gezien worden als iemand die een streng dieet voorschrijft. Hiermee wordt bedoeld dat zij snel denken dat de behandeling van een diëtist alleen negatieve kanten heeft en dat het veranderen van de leefstijl vooral als een straf wordt gezien. Om te laten zien dat de diëtist zich juist coachend en begeleidend opstelt, wordt er een informatiefolder over de hele gang van zaken met betrekking tot een behandeling bij de diëtist gemaakt die binnen een maand bij elke zorginstelling te verkrijgen is.

Ter ondersteuning van de informatiefolder kunnen er ook ambassadeurs aangesteld worden voor het vak diëtetiek. Het rolmodel legt op verschillende manieren uit hoe een diëtist écht werkt, en vooral waarom een behandeling bij de diëtist niet als een straf gezien hoeft te worden. Wij denken dat positieve ervaringen van de ambassadeurs zorgen voor meer positieve gedachten over het vak diëtetiek. De resultaten kunnen na een jaar gecontroleerd worden door ten eerste de cijfers van het aantal behandelingen te bekijken en ten tweede door enquêtes af te nemen voor een tevredenheidsonderzoek met vragen over de ervaringen van de behandeling bij de diëtist.

# 2. Afdelingsplan Klinisch Centrum voor Ouderen

## 2.1 Omschrijving van het probleem zoals dat door de psychiatrische instelling is gegeven

Op de afdeling Klinisch Centrum voor Ouderen bij Parnassia in Den Haag is er in februari 2012 de SNAQ ingevoerd. De SNAQ wordt gebruikt om eventuele ondervoeding en de mate daarvan te constateren. Dit is gedaan omdat in ziekenhuizen ondervoeding vaak voorkomt, namelijk 25 tot 40 procent (Stuurgroep Ondervoeding, 2012). De vroege opsporing van ondervoeding heeft positieve gevolgen voor de verdere behandeling. Ondervoeding belemmert het herstel, zorgt voor een lage weerstand, er is een toegenomen kans op complicaties bij ziekte en zorgt voor een langere opname (Dr. D.Z.B. van Asselt, 2012). Er zijn informatiebijeenkomsten voor de implementatie van de SNAQ georganiseerd voor verpleegkundigen en er is een werkinstructie geschreven. Momenteel wordt er bijgehouden hoeveel patiënten er wel en niet gescreend worden per afdeling. Eens in de twee maanden wordt er een stuk over de SNAQ in de nieuwsbrief gepubliceerd. Ondanks deze voorlichtingen wordt 44 procent per jaar van de nieuw opgenomen patiënten gescreend met de SNAQ, dit is een te laag percentage. De mensen die geholpen hebben met de implementatie van de SNAQ in het KCO zijn een psychiater, de internist, een voedingscoördinator, een projectleider en twee diëtisten. Het is onduidelijk wat de reden voor het lage percentage afgenomen SNAQ's is. Aan ons is gevraagd om te onderzoeken waar het probleem ligt en na te denken over verbetervoorstellen met betrekking tot het geconstateerde probleem.

## 2.2 Analyse van het probleem

Zoals hierboven is omschreven wordt de SNAQ maar bij 44 procent van de binnenkomende patiënten afgenomen in het KCO. Het streven is 100 procent, dus er moet iets veranderen om dit percentage omhoog te krijgen. Het invullen van de SNAQ is afhankelijk van vier factoren. Deze factoren worden hieronder nader besproken.

### 2.2.1 Promotie

Als er gekeken wordt naar de promotie van de SNAQ, kunnen er twee oorzaken aangewezen worden die te maken kunnen hebben met het screenen van de binnenkomende patiënten. Allereerst is het vrij lang geleden dat er promotie voor de SNAQ is geweest. In het KCO is anderhalf jaar geleden voorlichting gegeven aan de plusverpleegkundigen, diëtisten en artsen in de vorm van klinische lessen. De meningen over deze implementatie is verschillend. Verpleegkundigen werden volgens eigen zeggen onvoldoende geïnformeerd, zowel tijdens de voorlichting als ervoor. Nog steeds geven verpleegkundigen aan dat ze niet genoeg kennis van ondervoeding hebben om het nut van de SNAQ in te zien. In de tussentijd kunnen er eventueel nieuwe werknemers of stagiaires zijn gekomen die deze klinische lessen niet hebben meegemaakt of de informatie over de SNAQ niet hebben doorgekregen van hun leidinggevende. Daarbij is het ook waarschijnlijk dat de mensen die de klinische lessen wel hebben gevolgd de desbetreffende informatie gedeeltelijk zijn vergeten. De verpleegkundigen vertellen ook dat de overdracht niet altijd goed is en dat ze niet goed weten hoe de SNAQ werkt en hoeveel tijd het kost. Wel komt er eens in de 2 maanden een nieuwsbrief uit waar een stuk in staat over de voortgang van de SNAQ.

Daarnaast is originaliteit ook een zwak punt van het KCO. Naast de nieuwsbrief is er geen promotiemiddel om de afname van de SNAQ te stimuleren. Een nieuwsbrief is over het algemeen niet aantrekkelijk waardoor de werknemers niet de tijd nemen om deze te lezen. Ook worden de resultaten van de SNAQ aangekaart in het werkoverleg op de afdeling van het KCO.

### 2.2.2 Invoeren van gegevens SNAQ

Per afdeling zijn er twee computers aanwezig waarop de verpleegkundige de gegevens van de SNAQ die bij de binnenkomende patiënten worden afgenomen, kunnen invoeren. Aangezien er twintig bedden zijn per afdeling en er ongeveer één nieuwe patiënt per afdeling per dag binnenkomt, is dit vrij weinig. Omdat er meerdere gegevens op een computer moeten worden ingevoerd, nemen de verpleegkundigen de SNAQ vaak eerst af op papier en voeren dan later de gegevens van de SNAQ in op de computer. Hierbij ontstaat de kans dat het invoeren van de gegevens vergeten wordt of dat er geen tijd meer is om de gegevens in te voeren. Een klein detail hiernaast is dat het systeem lichtelijk verouderd is, een voorbeeld hiervan is dat de BMI niet automatisch wordt uitgerekend na het invoeren van de lengte en het gewicht, maar dat de verpleegkundigen dit zelf nog moeten berekenen. De verpleegkundigen geven aan dat het meetlint dat gebruikt wordt voor de bovenarmmeting niet altijd gevonden kan worden, of dat zij helemaal niet weten dat er zo'n lint bestaat. Ook werd er door verpleegkundigen aangegeven dat een weegschaal ook niet op elke afdeling aanwezig is.

### 2.2.3 De hulpverlener

Voornamelijk bij de hulpverlener gaat het mis, want deze is uiteindelijk degene die de SNAQ moet afnemen en invoeren. Er zijn verschillende factoren waarom een hulpverlener de SNAQ niet kan/wil invoeren. De eerste is dat de verpleging te weinig tijd heeft. Naast de SNAQ heeft de verpleging nog zoveel taken om uit te voeren, dat de SNAQ niet de hoogste prioriteit krijgt. Een andere oorzaak waarom de SNAQ niet bovenaan de lijst met prioriteiten staat is de afwezigheid van kennis. Door het gebrek aan kennis weet de verpleegkundige niet hoe belangrijk voeding eigenlijk is voor het herstel van de patiënt. Dit heeft als gevolg dat de verpleegkundige het nut niet inziet van het afnemen en het invoeren van de SNAQ.

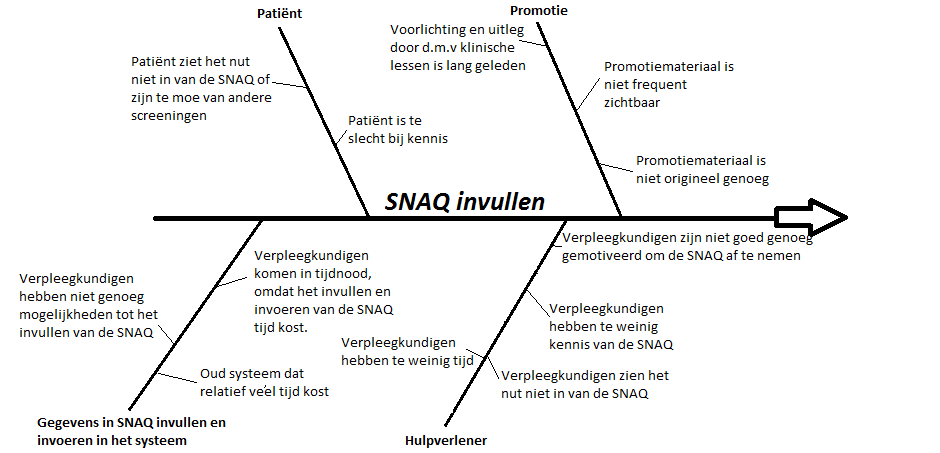
### 2.2.4 De patiënt

Wanneer de patiënt bij een zorginstelling binnenkomt, worden er een aantal screenings bij deze mensen afgenomen. Dit kan de reden zijn waarom de patiënt uiteindelijk geen zin meer heeft of te moe is om antwoord te geven op de SNAQ. De verpleegkundigen kunnen hierdoor besluiten om de SNAQ niet op dat tijdstip af te nemen en ervoor te kiezen om dit op een later moment te doen. De kans is dan groot dat het afnemen van de SNAQ helemaal niet meer gebeurt tijdens de opname van de patiënt.

Ook kan het voorkomen dat de binnenkomende patiënten in het KCO niet genoeg bij kennis zijn, waardoor het afnemen van de SNAQ volgens hen weinig zin heeft. Verpleegkundigen geven ook aan dat patiënten het soms confronterend vinden wanneer er over hun gewicht wordt gevraagd. Ze geven aan dat de patiënt al binnenkomt met psychische problemen en ze hen dan niet met hun gewicht willen lastig vallen.

### 2.2.5 Visgraatmodel

Om de factoren makkelijk te ordenen is er een visgraatmodel gemaakt om per factor te bekijken wat de problemen zijn en waar eventueel een oplossing op gevonden kan worden.

\*Voor verpleegkundigen kan gelezen worden ‘verpleegkundigen/voedingsassistenten’.

### 2.2.6 Pareto-diagram

In het Pareto-diagram kan snel en overzichtelijk gezien worden welk factor voor het niet afnemen van de SNAQ het meeste voorkomt. Daarnaast wordt met de rode grafiek het cumulatieve percentage weergegeven.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Reden voor niet afnemen SNAQ | aantallen | cumulatief nummer | cumulatief percentage |
| tijdgebrek | 40 | 40 | 28,78 |
| oud systeem | 31 | 71 | 51,08 |
| gebrek aan middelen | 26 | 97 | 69,78 |
| patiënt is psychotisch | 15 | 112 | 80,58 |
| patiënt is te moe | 10 | 122 | 87,77 |
| gebrek aan kennis | 9 | 131 | 94,24 |
| gebrek aan motivatie | 7 | 138 | 99,28 |
| overig | 1 | 139 | 100,00 |
|  |  |  |  |

### 2.2.7 Plan-do-check-act model

## 

## 2.6 De verbetervoorstellen

Na de analyse van het probleem, waarin verschillende factoren besproken werden waarom de SNAQ niet voldoende wordt afgenomen, is het nu van belang om aan oplossingen te denken. Er zijn vijf verbetervoorstellen opgesteld op verschillende vlakken met voor- en nadelen. De twee beste verbetervoorstellen worden later verder uitgewerkt, omdat deze naar verwachting de meeste kans van slagen zullen hebben.

### 2.6.1 Promotie verbeteren

Posters/schilderijen

Om de SNAQ onder de aandacht te brengen, is het erg belangrijk dat er een goede promotie is. Een goede promotie zorgt ervoor dat mensen weten waar het over gaat, gemotiveerd blijven en er aan herinnerd worden. Een goede promotie voor de SNAQ is het ophangen van posters/schilderijen verspreid over het gehele gebouw. Op deze posters staan pakkende slogans, opmerkingen en/of afbeeldingen, waardoor de werknemers gaan nadenken over de SNAQ en het nut hiervan inzien.

Voordelen

* Alle werknemers worden vaak herinnerd aan de SNAQ.
* Makkelijk uitvoerbaar

Nadelen

* Het kost geld.
* Er is een kans dat het de werknemers gaat tegenwerken. (denk aan: Waarom krijgt dit onderwerp zoveel aandacht?)

Klinische lessen (SNAQ-les)

Toen de SNAQ werd ingevoerd in het KCO zijn er klinische lessen gegeven voor de artsen en de plus-verpleegkundigen om de SNAQ onder de aandacht te brengen. Dit is echter alweer anderhalf jaar geleden. Om te zorgen dat bij meer mensen de SNAQ wordt afgenomen, is het verstandig om ieder half jaar een klinische les te organiseren. Ook is het belangrijk dat niet alleen de artsen en de plus-verpleegkundigen worden verwacht bij deze klinische les, maar dat ook de gewone verpleegkundigen de kans krijgen om hier naar toe te gaan. Door een klinische les ieder half jaar te herhalen en het interessant te maken met behulp van bijvoorbeeld een bekende spreker, zoals bijvoorbeeld Martijn Katan of iemand van ‘stuurgroep ondervoeding’, maak je de werknemers enthousiast voor de SNAQ en gaan ze het nut van het afnemen van de SNAQ beter inzien.

Voordelen

* Iedereen blijft op de hoogte van de SNAQ.
* Het is een motivatie voor de werknemers.
* De werknemers krijgen een beeld van het probleem en gaan de noodzaak van de afname van de SNAQ inzien.

Nadelen

* Het kost tijd, inspanning en geld.

### 2.6.2 Draagvlak creëren

Het is belangrijk om draagvlak te creëren bij het management, maar ook zeker bij de verpleging. Het management achter je en achter het idee te krijgen is noodzakelijk voor een goede werking van de SNAQ. Zolang het management er niet achter staat, zal de verpleging denken dat het niet noodzakelijk is om te doen. Wanneer het management de verpleging stimuleert om de SNAQ af te nemen, zullen zij eerder geneigd zijn dit te doen, omdat het van hogere hand komt. Ook het draagvlak bij de verpleging kan vergroot worden. Hierdoor zullen zij het nut van de SNAQ beter inzien en zullen ze meer medewerking verlenen.

Voordelen

* De verpleegkundigen zien het nut van de SNAQ in.
* De Diëtist krijgt meer aanzien, omdat de verpleging meer inzicht krijgt in het werk.

Nadelen

* Het kost veel tijd om mensen te overtuigen van een goed plan.

### 2.6.3 Target instellen

Om de verpleging te stimuleren kan een target ingesteld worden. Dit kan in de vorm van het opleggen van een bepaald aantal patiënten screenen in een bepaalde tijd. Het kan ook ingesteld worden op een andere manier, namelijk het bekijken welke verpleegkundige de meeste patiënten heeft gescreend in verhouding tot de mensen die zij heeft opgenomen.

Voordelen

* De verpleegkundigen zijn meer gestimuleerd.
* Als de verpleging zich hier aan houdt, worden meer mensen gescreend dan eerst.

Nadelen

* Het kan de kwaliteit van zorg verminderen, omdat het screenen snel wordt afgehandeld
* Er kan geen beloning aan gaan/blijven zitten op lange termijn.

### 2.6.4 Standaard één keer screenen per week

De bedoeling van het standaard één keer screenen per dag is dat er een vast tijdstip wordt ingepland waarin alle patiënten gescreend worden die op die dag binnengekomen en opgenomen zijn in het Klinisch Centrum voor Ouderen (KCO).

Voordelen

* Er ontstaat regelmaat en zekerheid voor de verpleegkundigen, want er kan niet vergeten worden om de SNAQ af te nemen of in te voeren.
* Het standaard één keer per dag screenen is tijdbesparend.
* Er ontstaat druk voor de verpleegkundigen voor het afnemen van de SNAQ.
* De diëtist heeft kennis van het tijdstip wanneer de SNAQ afgenomen zal worden.

Nadelen

* Patiënten kunnen worden overgeslagen door korte opnameduur.
* Het vaste tijdstip waarop alle patiënten gescreend moeten worden, moet ingepland worden.

### 2.6.5 Werkinstructie verbeteren

Voor het afnemen en het invoeren van de SNAQ bestaat al een werkinstructie waarop verpleegkundigen kunnen lezen hoe zij dit moeten aanpakken. Toch vinden wij deze werkinstructie wat eenzijdig en niet aantrekkelijk. Daarom is het belangrijk om de werkinstructie te verbeteren en aantrekkelijker te maken, zodat verpleegkundigen het niet als een verplichting zien om deze door te kijken, maar dit met plezier en interesse doen. Het is belangrijk dat verpleegkundigen hier kennis van hebben, omdat zij zo de patiënten optimaal kunnen screenen en de gegevens goed kunnen invoeren. Daarbij is het belangrijk om de verpleegkundigen duidelijk te maken dat het afnemen van de SNAQ niet ingewikkeld is en weinig tijd kost.

Voordelen

* Verpleegkundigen zullen deze sneller lezen en gebruiken bij het afnemen van de SNAQ.
* Het zorgt ervoor dat de verpleegkundigen inzicht krijgen in het feit dat het afnemen van de SNAQ bij patiënten weinig tijd kost en de stappen makkelijker en beter doorlopen kunnen worden.

Nadelen

* Het kost eenmalig tijd voor de diëtist, en dan is het nog afwachten of deze werkinstructie wel beter aan zal slaan dan de eerdere versie en of verpleegkundigen de SNAQ frequenter gaan gebruiken.

## 2.7 Beschrijving van de veranderingen en consequenties ten gevolge van de twee beste verbetervoorstellen

Elk nieuw plan dat bedacht wordt en doorgevoerd zal worden in een instelling, heeft natuurlijk consequenties voor de werknemers (artsen, verpleegkundigen, voedingsassistenten, diëtist etc.). Hier wordt toegelicht welke veranderingen er plaats zullen vinden en welke consequenties dit met zich mee zal brengen voor de werknemers.

### 2.7.1 Promotie

Voor het verbeteren van de promotie zijn de verbetervoorstellen het ophangen van posters/schilderijen en het geven van een klinische les elk halfjaar. Bij het ophangen van posters/schilderijen zijn er naar verwachting weinig tot geen consequenties voor de professionals. Behalve dat het promotiemateriaal ontworpen en verspreid moet worden. Dit zal een taak worden voor de voedingsassistent of de diëtist zelf.

De klinische lessen zullen veranderingen en consequenties voor de professionals met zich meebrengen. Te denken aan het voorbereiden van de klinische les elk halfjaar door de diëtist en het bijwonen van deze les door andere professionals, zoals artsen, verpleegkundigen en voedingsassistenten. Voor het bijwonen van deze lessen moet tijd ingepland worden en de professionals zullen hiermee rekening moeten houden. Deze bijeenkomsten zullen dus in totaal twee keer per jaar gegeven worden, waarvan één keer verplicht is en de andere keer optioneel. Dit geldt voor alle professionals en zij moeten zich van tevoren opgeven bij de diëtist tijdens welke bijeenkomst zij aanwezig zullen zijn. Aan het begin van het jaar worden de twee betreffende data bekend gemaakt aan de werknemers van het Klinisch Centrum voor Ouderen.

### 2.7.2 Standaard één keer screenen per week

Het verbetervoorstel van standaard één keer screenen per dag zal een aantal veranderingen en consequenties met zich meebrengen voor de professionals. Het invoeren van dit verbetervoorstel betekent sowieso dat het screenen bij binnenkomst van de patiënt minder tijd zal kosten voor de verpleegkundigen en voedingsassistenten. Bij elke klinische les zal de vraag gesteld worden of er verpleegkundigen en/of voedingsassistenten zijn die zich vrijwillig aanbieden om de SNAQ af te nemen op het standaard dagelijkse ingeplande screenmoment. Het is daarbij belangrijk dat tijdens elke klinische les wordt gepeild of de werknemers die de SNAQ het afgelopen halfjaar hebben afgenomen bij de patiënten, dit willen blijven doen of dat andere werknemers het graag voor het komende halfjaar over zouden willen nemen. Wanneer dit niet het geval is en dus werknemers zich niet vrijwillig aanbieden, zullen er werknemers aangewezen door de diëtist om deze taak voor het komende halfjaar op zich te nemen. Doordat er iedere dag een vast tijdstip wordt ingepland om alle nieuwe opgenomen patiënten te screenen, zal dit de kwaliteit van zorg en de verdere behandeling bevorderen voor de verpleegkundigen maar ook voor de patiënt zelf. Daarbij komt ook kijken dat er door het standaard screenen druk komt te staan op de verpleegkundigen om de SNAQ af te nemen, omdat de diëtist ook kennis heeft van het tijdstip wanneer de SNAQ afgenomen zal worden en weet dus zo wanneer ze de SNAQ-gegevens van de patiënten kan verwachten. Zo kan zij een moment voor zichzelf inplannen wanneer zij hiermee aan de slag gaat. Aangezien er tijd wordt ingeroosterd voor het afnemen en invoeren van de SNAQ, zal de SNAQ veranderen van een extra bijkomstigheid naar een standaard protocol voor de professionals. Dit is uiteindelijk wat er bereikt dient te worden.

## 2.8 Verwachte kosten en baten van de twee beste verbetervoorstellen

Wanneer de twee beste verbetervoorstellen doorgevoerd worden, zullen hier natuurlijk kosten en baten aan verbonden zijn. Bij het berekenen van de kosten en baten zijn wij er van uitgegaan dat er een bezettingsgraad van 90% per jaar is. Er worden naar schatting jaarlijks 659 nieuwe patiënten in het KCO opgenomen. De gemiddelde ligduur van elke patiënt is ongeveer zes weken, wat neerkomt op 42 dagen.

***Kosten***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uurloon** | **Berekening** | **Totaal + toelichting** |
| Verpleegkundigen €23,-/uur | Screening (5 min)  659 x 5 = 3295 min per jaar 🡪 3295 : 60 = 54917 uur per jaar.  54917 x €23,- = €1263,10 | Wanneer alle nieuwe patiënten gescreend worden, zal dit dus €1263,10 per jaar kosten. |
|  | Monitoring (10 min)  €1,90 x 270 x 42 = €21546,00  Er is voor 270 patiënten gekozen i.v.m. met matige en ernstige ondervoeding. | De monitoring door verpleegkundigen kost dus per jaar €21546,00 per jaar |
| Diëtisten €27,-/uur | Behandeling  1,5 (90 min) x 165 = €247,50  €247,50 x €27,-/uur = €6682,50 | Het behandelen van alle ernstig ondervoede patiënten door de diëtist kost dus jaarlijks €6682,50 |
|  | Promotie | 25 posters laten maken kost eenmalig €35,- |
|  | Klinische les (2 keer per jaar)  €27,- x 2 = €54,-  €23,- x 2 = €46,- x 14 verplk. = €644,00. | Er zijn zeven afdelingen in het KCO en bij elke klinische les zijn er twee verpleegkundigen van elke afdeling aanwezig. In totaal kost dit €698,00 |

Er is voor deze berekening aangenomen dat 25% van alle nieuwe patiënten daadwerkelijk ernstig ondervoed is, wat neerkomt op 165 patiënten die jaarlijks door de diëtist behandeld zullen worden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uurloon** | **Berekening** | **Totaal + toelichting** |
| Voedingsassistenten €17,-/uur | 270 x 42 x €2,80 (10 min) = €31752,00 | Voedingsassistenten kosten dus per jaar €31752,00 binnen het KCO. |
|  | Basis dagvoeding €5,-/patiënt  659 x €5,- = €3295,00  42 dgn. X €3295,00 = €138.390,00 | De basis dagvoeding kost dus totaal per jaar €138.390,00 |
|  | Extra voeding €5,-/dag  270 x €5,- = €1350,00  €1350,00 x 42 = €56700,00 | De matig en ernstig ondervoede patiënten zullen extra voeding krijgen en dit komt neer op een totaal van €56700,00 per jaar. |
| **Totaal kostenplaatje/jaar** | €1263,10 + €21546,00 + €6682,50 + €35,00 + €698,00 + €31752,00 + €138.390,00 + €56700,00 = €257.067,00 | **€257.067,00 per jaar** |

Wanneer de SNAQ afgenomen wordt en een patiënt scoort punt 2 (matig ondervoed) of punt 3 (ernstig ondervoed), zullen deze patiënten altijd extra gevoed worden door de voedingsassistenten. De patiënten die punt 3 scoren (ernstige ondervoeding), zullen daarbij ook behandeld worden door een diëtist. Zoals eerder vermeld wordt aangenomen dat 25% van alle nieuwe patiënten behandeld zullen worden door een diëtist, dit komt neer op 165 patiënten. Daarnaast wordt aangenomen dat 15% van alle nieuwe patiënten matig ondervoed is en dus extra voeding krijgen van de voedingsassistenten, dit komt neer op 105 matig ondervoede patiënten per jaar. In totaal zijn dit 270 patiënten per jaar waaraan een voedingsassistent werk heeft.

***Baten***

|  |  |
| --- | --- |
| **Toelichting** | **Berekening** |
| 50% van de patiënten ligt 3 dagen korter dan de gemiddelde ligduur van 42 dagen | 329 x 3 x €350,- = €345.450,00 |
| 50% van de patiënten ligt 1 dag korter dan de gemiddelde ligduur van 42 dagen | 329 x 1 x €350,- = €115.150,00 |
| **Totaal** | **€460.600 per jaar** |

Bij het berekenen van de baten is er rekening gehouden met 659 nieuwe patiënten per jaar. 50% van 659 patiënten is dus 329 patiënten. Wanneer de SNAQ beter en frequenter afgenomen zal worden, zal naar verwachting 50% van de patiënten 3 dagen korter liggen dan de gemiddelde ligduur van 42 dagen en de andere 50% van de patiënten zal 1 dag korter liggen dan de gemiddelde ligduur van 42 dagen. Daarbij zijn wij bij de berekening uitgegaan van €350,-, dit is hetzelfde bedrag als dat een algemeen ziekenhuis aanhoudt.

# 3. Conclusie

De hoofdvraag van het algemene deel is: “Wat is de beste manier om de afdeling diëtetiek binnen en ziekenhuis zo goed mogelijk te laten functioneren en zich te profileren?”. Wanneer we terug kijken naar de missie en visie van het ziekenhuis zelf valt hier veel winst in te behalen door actief met elkaar samen te werken door middel van nauwkeurige communicaties. In de SWOT-analyse is naar voren gekomen wat de sterkten en zwaktes zijn en wat de kansen en bedreigingen zijn waarmee een afdeling diëtetiek te maken krijgt. Door middel van Prestatie Indicatoren (PI’s) en Dieet Behandel Combinaties (DBC’s) wordt de kwaliteit van de zorg verbetert en in de hand gehouden.

De hoofdvraag van het afdelingsplan is: “Hoe kunnen we het percentage afgenomen en ingevoerde SNAQ’s binnen het KCO verhogen?”. Wanneer er naar de visgraatdiagram gekeken wordt is te zien dat er op het gebied van de hulpverlener, de patiënt, promotie en het invoeren van de gegevens kansen liggen. Om ervoor te zorgen dat de SNAQ beter afgenomen wordt kan men folders/posters ophangen, vernieuwde klinische lessen geven, een vaste SNAQ-dag inroosteren waar alle nieuwe binnenkomende cliënten gescreend worden op ondervoeding en draagvlak creëren.

# 4. Aanbevelingen en discussie

Bij het maken van het kwaliteitsbeleidsplan en een afdelingsplan is het van belang om veel te weten te komen over de manier van werken van de afdeling diëtetiek binnen het ziekenhuis. Voor het vinden van deze informatie is er gebruik gemaakt van het internet. Omdat het belangrijk is dat deze informatie betrouwbaar is hebben wij altijd gezocht naar betrouwbare bronnen.

Om er achter zien te komen hoe diëtetiek wordt vergoed en wat hier allemaal bij komt kijken hebben wij geprobeerd contact te zoeken met verschillende zorgverzekeraars. Omdat deze gesprekken heel lang duurden doordat we heel vaak doorverbonden werden, hebben wij uiteindelijk ook deze informatie gevonden op het internet. Naast het internet hebben wij als bron gebruik gemaakt van de PowerPoint die ons is gegeven door Hinke Kruizinga van het bekende 'Stuurgroep Ondervoeding'.

Tevens zijn we twee keer bij het KCO langs gegaan voor gesprekken met Rosa van Hoorn en Lisanne van der Weijden. Hier hebben we veel van opgestoken, zij leverden ons feedback en tips om het verslag te verbeteren. Ten slotte hebben we de ondersteunende lessen van de integrale opdracht bijgewoond met de projectgroep.

# 5. Bibliografie

Blom, J. (2009). Een kwart van de Nederlandse patiënten is ondervoed. *VoedingMagazine* (4), 12-15.

*Diëtist.nl.* (sd). Opgehaald van Vergoeding en tarieven: http://www.dietist.nl/tarieven.html

Dr. D.Z.B. van Asselt, D. M. (2012, Augustus). Ondervoeding bij de geriatrische patiënt.

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg, NVZ Vereniging van ziekenhuizen, NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, OMS Orde van Medisch Specialisten. (2009, januari). *Prestatie-indicatoren ziekenhuizen, Basisset.* Opgehaald van http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Basisset+prestatie+indicatoren+ziekenhuizen+2009.pdf

J. Schilp, H. K. (sd). *Prevalentie ondervoeding bij zelfstandig wonende ouderen.* Opgehaald van Stuurgroep Ondervoeding: http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/eerstelijn\_thuiszorg/literatuur\_en\_achtergrondinformatie/Poster\_Prevalentie\_08-03\_NL.pdf

J.Tol, I. S. (Utrecht, 2012, mei). *Minder diëtistische behandeling door grotende els schrappen diëtetiek uit de basisverzekering.* Opgehaald van http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/factsheet-minder-di%C3%ABtistische-behandeling.pdf

NVD. (sd). *Vergoeding dieetadvisering en voedingsvoorlichting 2013.* Opgehaald van http://www.nvdietist.nl/content.asp?kid=10600865

Stuurgroep Ondervoeding. (2012). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen.* Opgeroepen op oktober 9, 2013, van Stuurgroep Ondervoeding: http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/ziekenhuis/LPZ/HOOFDSTUK\_ONDERVOEDING\_LPZ\_2012.pdf

Stuurgroep Ondervoeding. (sd). *Projectomschrijving 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen'.* Opgehaald van http://www.stuurgroepondervoeding.nl/index.php?id=25

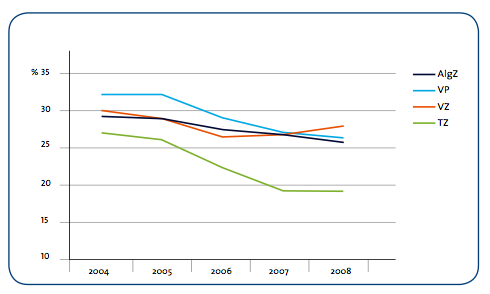
Stuurgroep Ondervoeding. (2011, juni). *Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding.* Opgeroepen op oktober 9, 2013, van http://www.nvdietist.nl/temp/183097636/Richtlijn\_screenen\_en\_behandeling\_van\_ondervoeding\_juni\_2011.pdf

Rode Kruis Ziekenhuis. (sd). *Prestatie Indicatoren*. Opgehaald van http://www.rkz.nl/prestatie\_indicatoren

# 

# Bijlagen

### Bijlage 1: Ondervoeding prevalentie 2004-2008



*AlgZ: algemene ziekenhuizen*

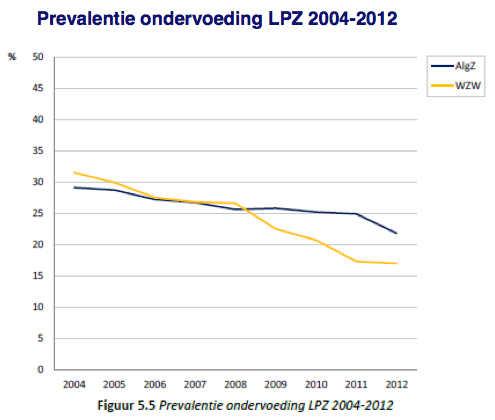
*VP: verpleeghuizen*

*VZ: verzorgingshuizen*

*TZ: thuiszorg*

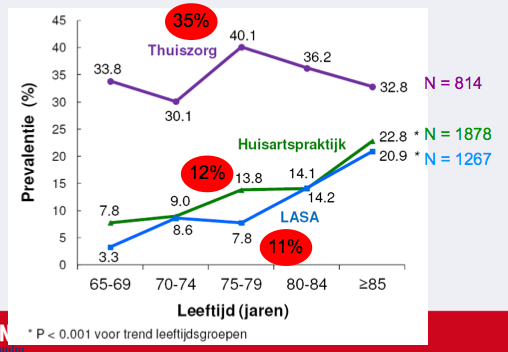
(Blom, 2009)

### Bijlage 2: Ondervoeding prevalentie 2004-2012



(Stuurgroep Ondervoeding, 2012)

### Bijlage 3: Ondervoeding prevalentie leeftijden



(J. Schilp)

### Bijlage 4: Klinische les

Hierbij een opzet van de klinische les. Wij denken dat het op deze manier voor de werknemers interessant, leerzaam maar ook leuk is om naar te luisteren. Het doel van deze klinische les is het motiveren van de werknemers met betrekking tot de SNAQ en de kennis over de SNAQ te verbeteren.

Deze klinische les zal een uur duren met een pauze van een kwartier tussendoor. In deze pauze kunnen de werknemers wat drinken en is er mogelijkheid om met elkaar te praten over de SNAQ. Het is verstandig om de presentatie te versterken met een powerpoint.

Opzet van de klinische les:

**- Het voordoen van de SNAQ**

Uit onderzoek is gebleken dat de verpleegkundige die de SNAQ afnemen bij de patiënten denken dat het veel tijd kost om deze uit te voeren. Aangezien dit niet het geval is, is het verstandig om dit te laten zien. De diëtist moet de SNAQ uitvoeren op een persoon in de zaal. Hierdoor creëer je interactie met de werknemers en zullen zij zien dat het niet langer zal duren dan vijf minuten.

*Tijdsduur: 5 minuten*

*Benodigdheden: Een 'patiënt' uit de zaal, meetlint, weegschaal, SNAQ-formulier.*

**- Het belang van voeding op het herstel van de patiënten**

Voeding is een ontzettend belangrijke factor bij het herstel van de patiënt. Daarom is het verstandig om de werknemers te informeren over het belang van voeding. Hierdoor gaan ze inzien hoe groot het belang is voor de patiënten wanneer er (snel) wordt ontdekt dat er sprake is van ondervoeding. Denk hierbij aan het globaal uitleggen wat voor effect voedingsstoffen, met name de eiwitten en het energiegehalte, hebben op het menselijk lichaam in het geval van een stress en/of een trauma.

*Tijdsduur: 15 minuten.*

*Benodigdheden: Beeldmateriaal dat de informatie duidelijker maakt.*

***-* Het belang van de SNAQ**

Dit is het belangrijkste onderdeel van de klinische les. Het moet bij de werknemers duidelijk worden hoe belangrijk het afnemen van de SNAQ is. Hoogstwaarschijnlijk is het belang van de SNAQ voor de werknemers al een stuk duidelijker geworden naar aanleiding van het stukje over het belang van voeding op het herstel van de patiënten. Bij dit stuk kan verteld worden wat de kosten en baten voor het ziekenhuis zijn bij het goed uitvoeren van de SNAQ. Het gaat hierbij om grote getallen, omdat geldbedragen over het algemeen een grote indruk maken op mensen, zal dit ook het geval zijn bij de werknemers die de klinische les bijwonen. Hopelijk ontstaat hierdoor nog een extra stimulans voor het goed uitvoeren van de SNAQ.

Natuurlijk is het ook belangrijk om te melden dat het gebruik van de SNAQ van groot belang is voor de patiënten. De meeste werknemers die bij de klinische les aanwezig zijn hebben dit beroep gekozen omdat ze mensen willen helpen. Ook het afnemen van de SNAQ is hier een onderdeel van. Je kan de patiënten enorm helpen door ondervoeding vroeg te signaleren. Het is ook een leuk idee om een patiënt die ondervoeding heeft gehad te laten vertellen hoe hij dat ervaren heeft. Hierdoor zien de werknemers het een keer vanuit het perspectief van de patiënt.

*Tijdsduur: 10 minuten + 10 minuten voor het ervaringsverhaal van de patiënt.*

*Benodigdheden: Cijfers van de kosten en baten, patiënt.*

***-* De voortgang van de SNAQ**

Het is heel belangrijk dat de werknemers geïnformeerd blijven over de voortgang van de SNAQ. Hierbij wordt verteld of het percentage afgenomen SNAQ's is verhoogd of verlaagd en hoeveel mensen er het afgelopen half jaar aan ondervoeding zijn geholpen nadat ze gescreend zijn met de SNAQ. Dit kan een eye-opener zijn, waardoor de werknemers het belang van de SNAQ nog meer gaan inzien. Door dit te laten zien met behulp van plaatjes, tabellen en grafieken is het voor de werknemers duidelijker.

*Tijdsduur: 10 minuten.*

*Benodigdheden: Grafieken, tabellen en plaatjes met de cijfers.*

Als afsluiter van de klinische les is het erg belangrijk om de werknemers, en dan vooral de verpleegkundige, te vertellen dat zij ontzettend belangrijk zijn. Ze zijn tenslotte degene die de SNAQ afnemen. Doordat je ze hiermee bewust maakt van het feit dat ze belangrijk zijn kan er nog een extra stimulans ontstaan voor het afnemen en invoeren van de SNAQ.

**- Tijd voor vragen**

*Tijdsduur: ongeveer 10 minuten.*

### Bijlage 5: Promotiemateriaal



Voor nu deze poster, de slogan wordt waarschijnlijk nog veranderd.

Opties voor andere slogans:

* SNAQ-les, SNAQ more
* Niet gek, zo’n SNAQ
* Kijk de koe niet in z’n kont, maar in z’n bek; gebruik de SNAQ
* Gebruik de SNAQ, ook bij tijdgebrek
* Gebruik de SNAQ, dit zorgt financiele aftrek
* Geen zin in een lang gesprek? Gebruik de SNAQ
* Gebruik de SNAQ voor de check op voedingsstofgebrek
* Bang voor functioneringsgesprek? Gebruik de SNAQ
* Veroorzaak geen lek, gebruik de SNAQ!
* Doe de SNAQ, het is maar een kort gesprek
* Ben jij hier op je plek? Gebruik de SNAQ
* De SNAQ, voorkomt informatiegebrek
* Gebruik de SNAQ, versnel het vertrek
* Ontdek de voordelen van de SNAQ
* De SNAQ kan makkelijk binnen jouw tijdsbestek!
* Ook bij een lekkerbek gebruik je de SNAQ! (voor mensen met overgewicht)
* Accepteer de SNAQ als een vast gesprek