

De implementatie van evidence – based richtlijnen ter optimalisatie van de voedingsaanpak bij patiënten opgenomen op een geriatrische ziekenhuisafdeling: een studie in en met de praktijk.

Projectleiders

Prof. Dr. T. Defloor

Prof. Dr. M. Gobert

Equipe Ugent

Lic. A. Courtens

Lic. M. Daem

Lic. I. Bocquaert

Equipe UCL

Lic. T. Van Durme



Equipe FOD

Lic. B. Folens

Lic. M.Lardennois

De implementatie van evidence – based richtlijnen ter optimalisatie van de voedingsaanpak bij patiënten opgenomen op een geriatrische ziekenhuisafdeling: een studie in en met de praktijk.

Projectleiders

Prof. Dr. T. Defloor

Prof. Dr. M. Gobert

Equipe Ugent

Lic. A. Courtens

Lic. M. Daem

Lic. I. Bocquaert

Equipe UCL

Lic. T. Van Durme



Equipe FOD

Lic. B. Folens

Lic. M. Lardennois

Abstract

De hoge prevalentie van ondervoede patiënten op de geriatrische afdelingen, die door vorig onderzoek aan het licht gebracht werden, rechtvaardigde de implementatie van evidence-based richtlijnen ivm de aanpak van malnutritie, bij voorkeur in deze afdelingen.

Om evidence based practices succesvol te kunnen implementeren, werd een actie-onderzoek doorgevoerd, van januari tot juni 2008, op de geriatrische afdelingen van zes Belgische ziekenhuizen. Vier waren in het Vlaamse Gewest gelegen en twee in het Waalse Gewest. Het gevolgde model van actie-onderzoek liet toe om, samen met de belangrijkste medespelers, doelstellingen te formuleren, strategieën uit te werken en mogelijke invloeden te bepalen. Hiervoor werd een stuurgroep opgericht per ziekenhuis met de hoofdverpleegkundige, de referentieverpleegkundige in voeding, de diëtiste, het middenkader of de kwaliteitscoördinator, een lid van het onderzoeksteam, in de meeste gevallen, de geriater en soms andere leden van het team.

De gehanteerde meetinstrumenten gedurende het onderzoek omvatten de MNA (screeningsinstrument voor ondervoeding), de SANN (om de attitude van zorgverleners na te gaan ivm voedingszorg) en de DINAMO (om veranderingsbereidheid na te gaan).

Deze methode liet toe strategieën op te bouwen, aangepast aan de afdeling, die verpleegkundigen zich hebben toegeëigend. Dit gaf bovendien optimale garanties om duurzame veranderingen ivm best clinical practices in de hand te werken op de afdelingen. Het onderzoek verliep in drie fases. De eerste fase liet toe de huidige situatie te analyseren en om het terrein voor te bereiden. Fase 2 omvatte de eigenlijke implementatie. Fase 3 loopt nog steeds, en is bedoeld om continuïteit van het project te garanderen, door te evalueren en de (nieuwe) praktijk te ondersteunen.

Evaluatie van de situatie in fase 3 geeft aan dat de voedingsstatus van alle patiënten wordt gescreend bij opname. Alle ondervoede patiënten (en patiënten met risico op ondervoeding) genieten van een onmiddellijke en continue behandeling door de diëtiste. Het handelen gebeurt op basis van evidence-based aanbevelingen.

De evidence-based voedingsaanpak omvat waar mogelijk de verrijking van maaltijden met orale voedinssupplementen (OVO). Risicofactoren worden systematisch opgezocht en aangepakt door het multidisciplinair team.

De follow-up van de voedingstoestand gedurende het ziekenhuisverblijf gebeurt op basis van de wekelijkse gewichtsevolutie en de voedingsintake van de patiënten.

Voorwoord

Dit project werd mogelijk gemaakt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Ook wensen wij de leden van de begeleidingscommissie te bedanken voor hun aanwijzingen en kritische vragen.

Vervolgens danken wij de 6 participerende ziekenhuizen. De steun vanwege de directie en de grote motivatie en vele inspanningen vanwege de stuurgroepleden maakten het mogelijk een afdelingsspecifiek voedingsbeleid te ontwikkelen.

Speciale dank gaat uit naar de zorgverstrekkers. De operationalisering van dit project ligt in belangrijke mate bij hen. Zij stonden in voor de verstrekking van de patiëntengegevens, de nutritionele screening en de behandeling en opvolging van de geriatrische patiënten. Tevens waren ze bereid om de vragenlijsten omtrent de attitude ten aanzien van de voedingsproblematiek en de veranderingsbereidheid in te vullen. Tot slot wensen wij ook de geriatrische patiënten te danken voor hun deelname aan het huidige malnutritieproject.

Gelieve bij elk gebruik van dit rapport als volgt te refereren:

Daem, M., Courtens, A., Van Durme, T., Bocquaert, I., Gobert, M., Defloor, T. (2008). De implementatie van evidence-based richtlijnen ter optimalisatie van de voedingsaanpak bij patiënten opgenomen op een geriatrische ziekenhuisafdeling: een studie in en met de praktijk. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Inhoudsopgave

Abstract.....	4
Voorwoord.....	5
Inhoudsopgave	6
Lijst van tabellen en figuren	11
Lijst van de frequent gebruikte afkortingen	13
Inleiding.....	14
 Hoofdstuk 1: Probleemstelling en doelstelling.....	15
1 Probleemstelling	15
2 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	16
2.1 Doelstellingen.....	16
2.2 Onderzoeksvragen.....	16
 Hoofdstuk 2: Methodologie.....	17
1 Design.....	17
1.1 De situatiescheppende theorie.....	17
1.1.1 Doelomschrijving	18
1.1.2 Voorschriften	18
1.1.3 Overzichtslijst	18
1.2 Situatiescheppende theorie en praktijkonderzoek	19
1.3 Kenmerken van praktijkonderzoek.....	19
1.3.1 Uitvoering van het praktijkonderzoek	20
1.3.2 Rol van de onderzoeker	20
2 Selectie en setting.....	21
3 Meetinstrumenten	23
3.1 Staff Attitude to Nutritional Care (SANN)	23
3.2 Diagnostics Inventory for the Assessment of the willingness to change among Management in Organisations (DINAMO).....	24
3.3 Mini Nutritional assessment (MNA).....	25
3.4 Vragenlijst algemene patiëntenkarakteristieken.....	25
4 Steekproef.....	26
5 Procedure	26

6 Ethische overwegingen	28
6.1 Ethisch comité	28
6.2 Informed consent	28
6.3 Uitnodiging tot deelname, vertrouwelijkheid en anonimiteit van de gegevens	28
7 Statistische analyse	29
8 Verloop van het volledige onderzoek	29
Hoofdstuk 3: Implementatie onderzoek op de afdelingen	30
1 Selectie van de participerende ziekenhuizen	30
2 Beschrijving van de participerende afdelingen	31
2.1 Centre Hospitalier van Jolimont-Lobbès (Campus Lobbès)	31
2.1.1 Visie van het ziekenhuis	31
2.1.2 De afdeling geriatrie	31
2.1.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram	31
2.1.4 Organisatie van de zorg	32
2.1.5 Architectonisch	32
2.2 Centre Hospitalier de la Haute Senne, Campus le Tilleriau	33
2.2.1 Visie van het ziekenhuis	33
2.2.2 De afdeling geriatrie	33
2.2.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram	33
2.2.4 Organisatie van de zorg	34
2.2.5 Architectonisch	34
2.3 AZ Groeninge ziekenhuis Kortrijk	35
2.3.1 Visie van het ziekenhuis	35
2.3.2 De afdeling geriatrie	35
2.3.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram	35
2.3.4 Organisatie van de zorg	36
2.3.5 Architectonisch	36
2.4 AZ Sint- Vincentius ziekenhuis Deinze	37
2.4.1 De afdeling geriatrie	37
2.4.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram	37
2.4.4 Organisatie van de zorg	38
2.4.5 Architectonisch	38
2.5 AZ Maria Middelaars, Campus Sint-Jozef	39
2.5.1 Visie van het ziekenhuis	39

2.5.2	De afdeling geriatrie	39
2.5.3	Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram.....	39
2.5.4	Organisatie van de zorg	40
2.5.5	Architectonisch	40
2.6	AZ Sint-Rembert ziekenhuis Torhout	41
2.6.1	Visie van het ziekenhuis.....	41
2.6.2	De afdeling geriatrie	41
2.6.3	Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram.....	41
2.6.4	Organisatie van de zorg	42
2.6.5	Architectonisch	42
2.7	Personeelsbestaffing op de geriatrische afdelingen	43
3	Verloop van het project	44
3.1	Fase 1: pretest fase (januari en februari 2008)	45
3.1.1	Samenstellen van een stuurgroep.....	45
3.1.2	Afnemen van de attitude vragenlijst (SANN) bij de hulpverleners voor de implementatiefase	46
3.1.3	Afnemen van de MNA in het begin van de implementatiefase.....	46
3.1.4	Evalueren van het huidige voedingsbeleid	46
3.1.4.1	Op instellingsniveau	46
3.1.4.2	Op afdelingsniveau.....	47
3.1.5	Informereren van het zorgverlenend team	53
3.2	Fase 2: Implementatie (maart tot juni 2008)	54
3.2.1	Doelomschrijving	54
3.2.2	Overzichtslijst	56
3.2.2.1	Identificatie van de betrokken partijen	60
3.2.2.2	Analyse en ondersteuning van de betrokken partijen	60
3.2.2.3	Analyse en identificatie van andere factoren die een invloed kunnen hebben op het verkrijgen van de gewenste situatie	63
3.2.3	Voorschriftenlijst	66
3.2.4	Interventieontwikkeling	69
3.2.5	Resultaten na fase 2	70
3.2.5.1	Resultaten in verband met de vooropgestelde doelstelling	70
3.2.5.2	Secundaire resultaten	71
3.2.6	Meting na de implementatie: SANN 2 en DINAMO.....	71
3.3	Fase 3: Kwaliteitscontrole en feedback.....	72
3.4	Evaluatie van de tijdsinvestering voor de implementatie	73

4 Conclusie van de implementatiefasen	74
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	76
1 Afdelingskarakteristieken	76
2 Personeelskarakteristieken	77
3 De SANN vragenlijst	81
3.1 SANN 1 (= SANN voor het implementatieproject).....	81
3.1.1 Totale score SANN 1.....	81
3.1.2 SANN 1 – scores per domein.....	81
3.1.3 SANN 1-scores per afdeling.....	83
3.1.4 Verdeling van de SANN1-scores per afdeling.....	83
3.2 SANN 2	85
3.2.1 Totale SANN 2-scores.....	85
3.2.2 SANN 2-scores per domein.....	85
3.2.3 Categorieën van de SANN 2-scores per afdeling	86
3.3 Vergelijking van de SANN-scores voor en na de implementatie.....	87
3.3.1 Analyses voor alle afdelingen samen.....	87
3.3.2 Analyses op afdelingsniveau.....	88
3.3.3 Analyses volgens de attitude van pre-SANN	88
3.3.4 Vergelijking van de totale pre-SANN en post-SANN per domein.....	89
3.4 Relatie tussen de professionele werkervaring van de zorgverlener en de SANN score	90
3.5 Relatie tussen het diploma van de zorgverlener en de SANN score	90
3.6 Relatie tussen de evolutie tussen pre-SANN en post-SANN en de karakteristieken van zorgverleners	91
4 DINAMO.....	93
4.1 De Dinamo 3.0 vragenlijst.....	93
4.2 Scores van de Dinamo vragenlijst, per domein, per verzorgingsinstelling.....	95
4.3 Relatie tussen de SANN-score en de DINAMO score	96
4.4 Thematische analyse van de open DINAMO vragen	96
5 Patiëntenkarakteristieken.....	98
5.1 Algemene patiëntenkarakteristieken	98
5.2 Pathologieën	99
5.3 Problemen ter hoogte van de mond en pijn	100
5.4 Voedingsinname	100

5.5 Maaltijdgebeuren.....	101
6 Malnutritie	103
6.1 Verdeling volgens de leeftijd	104
6.2 Aantal ondervoede patiënten per afdeling	104
6.3 Relatie tussen de neuropsychologische status en de voedingstoestand van de patiënt.....	105
6.4 Relatie tussen de behoefte aan hulp bij de maaltijd en de voedingstoestand van de patiënt.....	105
6.5 Relatie tussen het hebben van bepaalde pathologieën en de voedingstoestand van de patiënt	106
6.6 Relatie tussen het voorkomen van problemen in de mond en de voedingstoestand van de patiënt	107
6.7 Relatie tussen ondervoeding en de manier waarop de maaltijd verloopt.....	107
6.8 Relatie tussen herkomst van de patiënt en ondervoeding	108
6.9 Relatie tussen hulp van de familie bij de maaltijd en de voedingstoestand	108
7 Attitude van de zorgverleners, veranderingsbereidheid en de relatie tot de voedingstoestand van de patiënten	110
Hoofdstuk 5: Discussie en aanbevelingen	111
1 Discussie.....	111
2 Aanbevelingen	116
Literatuurlijst.....	118
Bijlagen	121

Lijst van tabellen en figuren

Hoofdstuk 2: Methodologie

Tabellen

Tabel 1. Overzicht van de participerende ziekenhuizen	22
---	----

Figuren

Figuur 1. Schematisch overzicht van het volledig implementatieproces	29
--	----

Hoofdstuk 3: implementatie onderzoek op de afdelingen

Tabellen

Tabel 1. Samenstelling van de geriatrische teams (uitgedrukt in FTE)	43
Tabel 2. Voedingsaanpak bij aanvang van het project	49
Tabel 3. Betrokken partijen en mate van ondersteuning	62
Tabel 4. Overzicht van de evaluatie en voorbereiding van het werkveld	64
Tabel 5. Overzichtstabel van efficiënte strategieën voor implementatie van richtlijnen	67
Tabel 6. Beleidsstrategieën bij de start van het project	67
Tabel 7. De betrokken partijen: evaluatie na 4 maand	69
Tabel 8. Criteria gekozen door de stuurgroep + de indicator	72
Tabel 9. Tijdsinvestering voor de implementatie	73

Figuren

Figuur 1. Beslisboom voor de aanpak van malnutrie : bij opname	55
Figuur 2. Beslisboom voor de aanpak van malnutrie : wekelijkse follow-up	55
Figuur 3. Beïnvloedende factoren voor de implementatie	58
Figuur 4. Model voor de implementatie van een clinical practice guideline	59

Hoofdstuk 4: Resultaten

Tabellen

Tabel 1. Aantal bevraagde zorgverleners per ziekenhuis	77
Tabel 2. De gemiddelde leeftijd van de zorgverleners per ziekenhuis	78
Tabel 3. Percentage zorgverleners met anciënniteit minder of meer dan 5 jaar	79
Tabel 4. Het behaalde diploma van de zorgverleners	79
Tabel 5. De relatie tussen de leeftijdscategorie en het diploma	80
Tabel 6. Analyses van de SANN 1 scores per domein	82

Tabel 7. Categorieën van SANN 1 per afdeling	83
Tabel 8. Gemiddelde SANN 1-scores per afdeling	84
Tabel 9. SANN2-scores per domein	85
Tabel 10. Categorieën van SANN2 per afdeling	86
Tabel 11. Verdeling van de SANN2-scores per ziekenhuis.....	86
Tabel 12. Vergelijking totaal scores pre-SANN en post -SANN per domein (n=81)	89
Tabel 13. Relatie tussen het diploma van de zorgverlener en de attitude ten aanzien van voeding bij ouderen (SANN)	91
Tabel 14. Dinamo score per domein (score op 5)	93
Tabel 15. Scores van de Dinamo vragenlijst, per domein, per afdeling	95
Tabel 16. Overzicht aantal participanten en gemiddelde patiëntenleeftijd per ziekenhuis	98
Tabel 17. Afkomst gehospitaliseerde geriatrische patiënten	99
Tabel 18. Aanwezige pathologieën bij de patiënt	99
Tabel 19. Problemen in de mond	100
Tabel 20. Hulp bij de maaltijd	101
Tabel 21. Verloop orale voedselinname bij geriatrische patiënten	101
Tabel 22. Voedingstoestand van de patiënt (MNA) volgens de leeftijd	104
Tabel 23. Voedingstoestand per verzorgingsafdeling	104
Tabel 24. Relatie tussen de mate van desoriëntatie en de voedingstoestand	105
Tabel 25. Relatie tussen de mate van afhankelijkheid bij de maaltijd en ondervoeding.....	105
Tabel 26. Verschil in prevalentie van ondervoeding in aan- en afwezigheid van comorbiditeiten	106
Tabel 27. Relatie tussen problemen in de mond en voedingstoestand van de patiënt	107
Tabel 28. Relatie tussen herkomst van de patiënt en de voedingstoestand	108
Tabel 29. Afdelingskarakteristieken m.b.t. malnutritie	110

Figuren

Figuur 1. Leeftijd van de zorgverlener per gezondheidsinstelling	78
Figuur 2. Leeftijdscategorie volgens diploma.....	80
Figuur 3. Vergelijking tussen de pre-SANN en post-SANN-scores, per ziekenhuis	88
Figuur 4. Resultaten van de DINAMO vragenlijst per domein	94

Lijst van de frequent gebruikte afkortingen

CVA	Cerebro Vasculair Accident
AZ	Algemeen ziekenhuis
BSO	Beroepssecundair onderwijs
OVS	Orale voedingssupplementen
DINAMO	Diagnostics Inventory for the Assessment of the willingness to change among Management in Organisations
EBN	Evidence-based nursing
FTE	Fulltime Équivalent
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – Short Form
NVGP-B	Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan
SANN	Staff attitudes to nutritional nursing care
TIA	Transient Ischemic Attack
KB	Koninklijk Besluit

Inleiding

In 2003 vaardigde de Raad van Europa een resolutie uit waarin aanbevelingen werden geformuleerd met betrekking tot een vroegtijdige opsporing en opvolging van de ondervoedingsproblematiek in de ziekenhuizen (ResAP, 2003). In België werd de preventie en aanpak van ondervoeding één van de krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (NVGP-B) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en het Leefmilieu (2005). Het NVGP-B richt zich op het identificeren van maatregelen die noodzakelijk blijken voor de vermindering van ondervoeding, en dit zowel in de ziekenhuizen, de RVT's en de thuiszorg. Ook het toegankelijker maken van gespecialiseerde voedingsinterventies komt aan bod.

HOOFDSTUK 1: PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING

1 Probleemstelling

In de literatuur is geen universeel aanvaarde omschrijving van ondervoeding terug te vinden. Ondervoeding wordt in Van Dale omschreven als 'de toestand waarin het lichaam verkeert bij onvoldoende voeding' (Heyneman et. al., 2006).

Uiteenlopende onderzoeksmethoden en verschillende criteria die gebruikt worden om ondervoeding op te sporen, hebben geresulteerd in sterk variërende prevalentiecijfers (Chen et al., 2001). De gerapporteerde prevalentie van ondervoeding bij oudere gehospitaliseerde patiënten varieert tussen de 30 tot 55% (Martins et. al., 2005). In rust- en verzorgingstehuizen is bij opname vanuit de thuissituatie 29% van de bewoners ondervoed en bij opname vanuit het ziekenhuis 43% (Christensson et al., 1999). Voor wat betreft de situatie in de thuiszorg blijken 10% van de cliënten ondervoed te zijn (Corbett et al., 1996). Voor België wordt de prevalentie van ondervoeding in de ziekenhuizen geschat op 30-40% van de ziekenhuispatiënten (NVGP-B, 2005).

Uit onderzoek van Defloor et. al. (2007) blijkt dat 35,9% van de geriatrische patiënten opgenomen op een geriatrische afdeling effectief ondervoed is en 41,9% een verhoogd risico heeft op ondervoeding. Deze cijfers zijn te vergelijken met voorgaande studies in België (Gazzotti, 2000; Pepersack, 2005). Ook in onze buurlanden worden dergelijke prevalentiecijfers gerapporteerd (Kubrak, 2007). In de thuiszorg vertoont 6% van de bejaarde populatie manifeste tekenen van ondervoeding en 45 % heeft een verhoogd risico op ondervoeding (Wouters et al., 1997).

Onvoldoende of inadequate inname van vocht en voeding kan nefaste gevolgen hebben voor de patiënt. Ondervoeding kan ondermeer leiden tot grotere vatbaarheid voor infectie, een vertraagde wondheling, verminderde spiersterkte,... (Defloor et al., 2007). Voor België wordt de meerkost voor de gezondheidszorg van ondervoeding geschat op € 400 miljoen per jaar (Ethgen et al., 2005).

2 Doelstelling en onderzoeksvragen

2.1 Doelstelling

Doel van dit onderzoek is het optimaliseren van de huidige situatie op het vlak van malnutritie door een betere opsporing en identificatie van ondervoede patiënten en door het voeren van een gericht voedingsbeleid.

Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van de methodologie van praktijkonderzoek. Deze methodologie is gebaseerd op de theorie van Dickoff, James en Wiedenbach (1968) en werd geformuleerd door Grypdonck (1980).

Verpleegkundigen hebben nood aan betrouwbare en valide kennis die toepasbaar is in hun dagelijkse praktijk en die toelaat gewenste situaties te verwezenlijken. Een situatiescheppende theorie laat toe de gewenste situatie tot stand te brengen. Deze theorie bevat drie basiselementen: een doelomschrijving (goal content), een overzichtlijst (wat gedaan moet worden om het doel te bereiken) en een surveylijst (welke factoren en theorieën een mogelijke rol kunnen spelen bij het tot stand brengen van de gewenste situatie).

In een praktijkonderzoek wordt de waarde van deze werkwijze getoetst. Het kan beschouwd worden als een participatief veranderingsproces, waarin niet enkel de dataverzameling in het kader van onderzoek centraal staat, maar ook de continuering van de verandering na afloop van het onderzoek.

2.2 Onderzoeksvragen

- Kan een in overleg tot standgekomen en op maat gesneden set van interventies gericht op patiënt, afdeling en instelling de aanpak van ondervoeding bij een geriatrische patiënt optimaliseren?
- Kan een in overleg tot standgekomen en op maat gesneden set van interventies gericht op patiënt, afdeling en instelling de houding van verpleegkundigen m.b.t. ondervoeding bij geriatrische patiënten wijzigen?

HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de gevolgde methodologie. De onderzoekers hebben ervoor gekozen de methodologie van het praktijkonderzoek te hanteren. Meer bepaald werd gezocht naar een optimalisatie van het voedingsbeleid in dialoog met het verpleegkundig team, de hoofdverpleegkundige, de geriater, de diëtiste,... Dit hoofdstuk zal achtereenvolgens handelen over het design, de selectie en setting, de gehanteerde meetinstrumenten, de steekproef, de gevolgde procedure, ethische overwegingen alsook de statistische analyse.

1 Design

Om de participerende teams de mogelijkheid te bieden om de aanbevelingen in verband met de voedingsaanpak te optimaliseren, moet de implementatie goed gepland en methodisch zijn. Daarnaast moeten de strategieën gericht zijn op de aanwezige context. Om deze redenen werd geopteerd voor het praktijkonderzoek. Het praktijkgerichte onderzoeksdesign moet toelaten de afstand tussen theorie en praktijk te overbruggen.

1.1 De situatiescheppende theorie

Wetenschappelijke kennis ondersteunt het verpleegkundig handelen om te komen tot gewenste situaties. Om een situatie te kunnen veranderen moet een theorie worden uitgebouwd. Deze theorie moet toelaten een gewenste situatie te bekomen, in de omstandigheden waarvoor ze werd uitgewerkt. Dickoff, James en Wiedenbach (1968, geciteerd door Defloor, 1983) definieerden dit als een situatiescheppende theorie.

Een situatiescheppende theorie heeft drie basiselementen:

- een doelomschrijving;
- de voorschriften;
- een overzichtslijst.

Het invullen van elke van deze elementen moet helpen bij het formuleren van de theorie.

1.1.1 Doelomschrijving

De doelomschrijving geeft aan voor welk probleem een oplossing wordt gezocht, welke de gewenste situatie is die wordt beoogd. Het optimaliseren gebeurt in samenspraak met de participanten en volgens de mogelijkheden van de instelling of afdeling. Zo ontstaat geleidelijk aan een vorm van afdelingseigen protocol waarmee de zorgverleners goed kunnen werken.

1.1.2 Voorschriften

De voorschriften geven aan wat moet gebeuren om de gewenste situatie, zoals beschreven in de doelomschrijving, te bereiken.

1.1.3 Overzichtslijst

Een overzichtlijst bevat factoren en elementen die een mogelijke rol spelen bij het tot stand brengen van de gewenste situatie. De invloed en het belang van deze factoren en elementen zijn echter moeilijk te omschrijven (Defloor, 1983).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen (Dickoff, James en Wiedenbach, 1968):

- « *agency* »: factoren met betrekking tot de uitvoerder van de activiteit
- « *patency* »: factoren met betrekking tot de ontvanger van de activiteit
- « *framework* »: factoren met betrekking tot het kader waarin de activiteit zich afspeelt
- « *procedure* »: factoren met betrekking tot de gevolgde werkwijze bij het uitvoeren van de activiteit
- « *terminus* »: factoren met betrekking tot de resultaten van de activiteit
- « *dynamics* »: factoren met betrekking tot de dynamiek die de activiteit in gang zet of stillegt.

Specifiek voor dit onderzoek betekent dit:

- « *agency* »: factoren met betrekking tot de hulpverleners (attitude, kennis, perceptie van eigen rol)
- « *patency* »: factoren met betrekking tot de patiënten (perceptie van voeding, kennis)
- « *framework* »: factoren met betrekking tot de kader waarin de implementatie zich afspeelt (filosofie van de zorg, architectureel kader, staffing, financiëring)
- « *procedure* »: factoren met betrekking tot de gevolgde werkwijze voor de implementatie (multidisciplinaire aanpak van de zorg, voorrang aan de voeding gedurende de maaltijd)

- « *terminus* »: factoren met betrekking tot de resultaten van de implementatie (verminderde prevalentie van ondervoeding)
- « *dynamics* »: factoren met betrekking tot de dynamiek die de implementatie in gang zet of stillegt (relatie tussen hulpverleners, relatie hulpverlener-patiënt, perceptie van professionele rollen)

TOETSEN VAN DE SITUATIESCHEPPENDE THEORIE

Het beantwoorden van drie fundamentele vragen moeten toelaten de adequaatheid van de situatiescheppende theorie te toetsen (Defloor, 1983):

- Leiden de voorschriften tot de gewenste situatie zoals beschreven in de doelomschrijving?
- Leidt de implementatie daadwerkelijk tot een verbeterde voedingsaanpak bij ouderen?
- Zijn de voorschriften toepasbaar in de praktijksituatie en worden ze toegepast ?
- Is de situatie, zoals in de doelomschrijving is vooropgesteld, de wenselijke situatie ?

1.2 Situatiescheppende theorie en praktijkonderzoek

Om de situatiescheppende theorie te kunnen toetsen en een antwoord te kunnen formuleren op voorgaande vragen is onderzoek nodig. Dit onderzoek moet worden uitgevoerd in de dagdagelijkse praktijk. Een onderzoek dat het toepassen van een situatiescheppende theorie in de dagdagelijkse praktijk van verpleegkundigen nagaat, wordt een praktijkonderzoek genoemd (Grypdonck, 1980).

1.3 Kenmerken van praktijkonderzoek

De karakteristieken van het praktijkonderzoek worden als volgt gedefinieerd (Grypdonck, 1980):

- Het onderzoek wordt samen met de praktijkbeoefenaars uitgevoerd. De medewerking maakt deel uit van hun dagelijkse praktijk en kadert in de verzorging van de patiënt. Het vereist enkel dat de activiteiten op een meer doordachte en systematische manier worden uitgevoerd. In dit opzicht kan praktijkonderzoek een belangrijke stimulans zijn om evidence-based practices in te voeren in de praktijk.

- Het onderzoek vindt plaats op het werkveld – in het ziekenhuismilieu - ; dit betekent dat de samenwerking van de afdeling wordt gezocht, zonder vooropgestelde selectiecriteria, noch aanwerving van extra geschoold personeel.
- De gegevens die leiden tot de resultaten van het onderzoek worden door het verpleegkundig team zelf geproduceerd (verpleegkundigen, hoofdverpleegster, zorgkundigen,...). Het systematisch handelen zal toelaten om gegevens te verzamelen waardoor de situatiescheppende theorie geëvalueerd en geherformuleerd kan worden.
- Het toepassen van de theorie maakt deel uit van het onderzoek. Dit is de meest relevante manier om de theorie te kunnen evalueren. Deze laatste zal bijgestuurd worden op basis van de resultaten. De feedback volgt twee richtingen : van onderzoek naar praktijk en omgekeerd. Door deze methode wordt het verschil tussen theorie en praktijk overbrugd.

1.3.1 Uitvoering van het praktijkonderzoek

In deze context kan het praktijkonderzoek beschouwd worden als een participatief veranderingsproces waarbij niet de dataverzameling centraal staat, maar wel de continuering van de eventuele veranderingen na afloop van het onderzoek. In een praktijkonderzoek speelt de algemene visie van de instelling een belangrijke rol. Het is niet alleen van belang dat het verpleegkundig probleem wordt gezien, maar ook dat de motivatie aanwezig is om aan dit probleem te werken.

1.3.2 De rol van de onderzoeker

Bij het uitvoeren van een praktijkonderzoek is de onderzoeker geïntegreerd in de praktijk. Hij staat niet boven de praktijkbeoefenaars. De onderzoeker staat in voor het zoeken naar strategieën die een rol kunnen spelen bij het creëren van gewenste situaties. De praktijkbeoefenaars worden gezien als competente vakdeskundigen waardoor een vertrouwensrelatie ontstaat tussen de onderzoeker en het participerende team. Niet alleen de gewenste situaties en de strategieën worden samen opgemaakt. Ook de te gebruiken instrumenten worden in overleg met het team besproken en aangepast naargelang de behoeften en mogelijkheden van de instelling. Het uiteindelijke doel van de onderzoeker zal erin bestaan zorg te dragen dat het veranderingsproces wordt gerealiseerd en verder uitgewerkt door de participerende afdeling en niet verdwijnt bij het beëindigen van het project.

2 Selectie en setting

In de onderzoeksopzet werd bepaald dat elke onderzoeker 2 geriatrische afdelingen ging begeleiden bij de uitbouw en optimalisatie van het voedingsbeleid. De concentratie van geriatrische patiënten maakt van de zorg voor voeding een reële prioriteit voor de afdeling. Hierdoor vergrootte de kans op succes, was de inspanning ook meer te verantwoorden en had de beoogde verbetering een grotere impact. Alle algemene ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen met een universitair karakter en universitaire ziekenhuizen met een geriatrische afdeling (kenletter/ index G) kwamen bijgevolg in aanmerking om te participeren aan dit project (n = 111).

Vanuit de onderzoeksequipe werden twee voorwaarden gesteld opdat een gunstig verloop van het project gegarandeerd zou zijn:

- Een eerste aspect had betrekking op de bereikbaarheid van het ziekenhuis voor de onderzoeker. Het vlot en snel kunnen inspelen op problemen alsook de wekelijkse opvolging, leidde tot de selectie van ziekenhuizen in een straal van maximaal 100 kilometer van de woonplaats van de onderzoeker.
- Een tweede voorwaarde omvatte de vereiste dat het ziekenhuis niet participeerde in het project 'aanstellen van een voedingsverantwoordelijke en een voedingsteam in het kader van het nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België' van het FOD van Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Het mogelijks optreden van interactie-effecten kon de slaagkans van het implementatieproces beïnvloeden. Deze vereiste leidde tot de exclusie van meerdere ziekenhuizen (n = 35).

Overeenkomstig de gestelde vereisten werden twintig ziekenhuizen geselecteerd. De directie nursing werd aangeschreven door de onderzoeker met de vraag tot toelichting van het project (bijlage 1). Indien toestemming verkregen werd tot participatie, werden vervolgens ook het middenkader en de hoofdverpleegkundige van de geriatrische afdeling betrokken en geïnformeerd. Zeven ziekenhuizen haakten af omdat een bestaande werkgroep het voedingsbeleid reeds evalueert en herwerkt en zeven ziekenhuizen werden geëxcludeerd door het laattijdig antwoord. De zes geriatrische afdelingen die uiteindelijk bereid waren om deel te nemen, worden weergegeven in tabel 1 .

Tabel 1. Overzicht van de deelnemende ziekenhuizen

Instelling	Aantal bedden	Aantal FTE
1. AZ Sint Rembert Afdeling D3 - geriatrie Sint Rembertlaan 21 8820 Torhout	27	18
2. AZ Maria Middelaes – campus Sint Jozef Afdeling geriatrie Kliniekstraat 27 9050 Gentbrugge	26	16,65
3. AZ Groeninge – Campus Onze Lieve Vrouw Reepkaai 8500 Kortrijk	Afdeling 1: 28 Afdeling 2: 29 Afdeling 3: 29	17,5 18,45 18,4
4. AZ Sint Vincentius Afdeling geriatrie Schutterijstraat 34 9800 Deinze	34	21,95
5. CHR Haute Senne - site le Tilleriau Afdeling geriatrie Chaussée de Braine, 49 7060 Soignies	29	15,75
6. CH Jolimont-Lobbès, site de Lobbès Afdeling geriatrie Rue de la Station 25 6540 Lobbès	24	16,3

In AZ Groeninge werden op elke afdeling ad random 10 bedden geselecteerd. Er werd geopteerd om zowel 1 persoon, 2 persoons-, als 3 persoonskamers op te nemen.

3 Meetinstrumenten

Gedurende het onderzoek werd gebruik gemaakt van meerdere meetinstrumenten:

- (1) de *Staff Attitude to Nutritional Nursing Care* (SANN);
- (2) de *Diagnostics Inventory for the Assessment of the willingness to change among Management in Organisations* (DINAMO);
- (3) de *Mini Nutritional Assessment* (MNA) en
- (4) een vragenlijst met algemene patiëntenkarakteristieken.

3.1 Staff Attitude to Nutritional Nursing Care (SANN)

De Sann-schaal is een meetinstrument dat peilt naar de attitude en houding van verpleegkundigen t.a.v. voeding bij ouderen. De schaal werd in 2003 ontwikkeld en gevalideerd door Christensson et. Al. (2003). De vragenlijst bestaat uit 19 stellingen die betrekking hebben op volgende dimensies:

- self ability (bekwaamheid, vermogen);
- individualisation (individualisering, persoonlijke aanpassing);
- importance of food (belang van voeding als aspect in de globale zorg);
- assessment (beoordeling);
- secured food intake (verzekeren van de voedselinname).

Elke stelling dient beoordeeld te worden op een vijf-punten Likertschaal (volledig eens, eens, noch eens/noch oneens, oneens, volledig oneens). De maximale totaalscore bedraagt 95 punten. Op basis van deze totaalscore wordt een onderscheid gemaakt worden tussen een negatieve (<57 punten), een gematigde (tussen 57 en 76 punten) of een positieve (≥76 punten) houding bij de zorgverlener.

De schaal werd oorspronkelijk in het Zweeds en het Engels opgemaakt, maar werd voor deze studie naar het Nederlands en het Frans vertaald. De vertaling werd gevalideerd aan de hand van een dubbele Dephi-procedure met voedingsexperten in de prevalentietmeting (Defloor et. al., 2007). Een gedetailleerd overzicht van deze valideringsprocedure is terug te vinden in de prevalentietmeting (Bijlage 2) (Defloor et. al., 2007).

Daarnaast werd de vragenlijst ook aangevuld met demografische gegevens van de hulpverleners. Een kopie van deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage 3.

3.2 Diagnostics Inventory for the Assessment of the willingness to change among Management in Organisations (DINAMO)

Het model van veranderingsbereidheid werd door Metselaar (1997) ontwikkeld als antwoord op de negatieve ondertoon en weerstand bij veranderingsprocessen. Veranderingsbereidheid vereist de ondersteuning van zorgverleners om een verandering mogelijk te maken i.p.v. hinderpalen te benadrukken. Aan de basis van deze theorie ligt de *theory of planned behavior* (Ajzen, 1991). Volgens Ajzen neemt een individu een bepaald gedrag aan als men geloof hecht aan de resultaten ervan en deze resultaten gewaardeerd worden door belangrijke personen rondom het individu. Bijgevolg stelt de auteur dat gedrag het gevolg is van drie overtuigingen: de algemene attitude ten aanzien van een bepaald gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole.

Metselaar heeft het DINAMO model opgesteld om deze veranderingsbereidheid te meten. De doelstelling is de bereidheid tot verandering, het veranderingsgedrag en de veranderingsdeterminanten te meten (attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole). Aanvankelijk was het instrument bedoeld voor middenkaderleden, een latere aanpassing generaliseerde het gebruik van de vragenlijst naar alle medewerkers.

De DINAMO vragenlijst omvat 67 vragen, onderverdeeld in verschillende dimensies die elk apart gevalideerd werden. De relevantie van de verschillende dimensies voor het huidige onderzoek werd beoordeeld door het onderzoeksteam. Op basis hiervan werden volgende dimensies/subvragen weerhouden:

- De waargenomen gedragscontrole:

- Vraag 2.5 tot 2.12 - kennis en ervaring : *internal locus of control*
- Vraag 2.13 tot 2.19 - informatie en onzekerheid : *external locus of control*

- Gevolgen voor het werk: vraag 1.1 tot 1.9

- Veranderingsbereidheid: vraag 2.1. tot 2.4

- Drie open vragen die peilen naar de mening van de hulpverlener aangaande het veranderingsproces. Meer specifiek wordt gevraagd naar de meerwaarde van het project, de noodzakelijkheid van de verandering en te verwachten problemen.

Een exemplaar van de DINAMO vragenlijst bevindt zich in bijlage 4 .

3.3 Mini Nutritional Assessment (MNA)

De MNA is een meetinstrument gericht op het beoordelen van de voedingstoestand van de geriatrische patiënt. De schaal werd ontwikkeld door Vellas et. al. (1999), kent een hoge validiteit en werd reeds uitvoerig bestudeerd. Bovendien werd ze reeds in meerdere talen gevalideerd waaronder het Nederlands en het Frans (<http://www.mna-elderly.com>). De MNA is vlot hanteerbaar voor zowel verpleegkundigen, verzorgden of diëetisten.

In een eerste algemene screening van de MNA dienen 6 vragen beantwoord te worden (maximum 14 punten). Indien de score lager is dan 12 dient de voedingstoestand van de patiënt te worden geëvalueerd aan de hand van 12 vragen (maximum 16 punten). De algemene screeningscore en de evaluatiescore beoordelen of de patiënt ondervoed is (<17/30), een verhoogde kans tot ondervoeding heeft (tussen 17 en 23,5) of geen risico vertoont tot ondervoeding (>23,5/30).

Een kopie van de MNA bevindt zich in bijlage 5.

3.4 Vragenlijst algemene patiëntenkarakteristieken

Deze vragenlijst verzamelt algemene informatie over de patiënt, gegevens m.b.t. de pathologie van de patiënt, de afhankelijkheid bij de voedingsinname, de inname van voedingssupplementen en het verloop van het maaltijdgebeuren.

De validering van deze vragenlijst gebeurde ook aan de hand van een dubbele Dephi-procedure met voedingsexperten. Dit vond plaats in een eerdere fase van het project. Een gedetailleerd overzicht van deze valideringsprocedure is terug te vinden in onderzoeksrapport. 'Evaluatie van ondervoeding binnen geriatrische afdelingen' (Defloor et al, 2007).

Een exemplaar van de vragenlijst met algemene patiëntenkarakteristieken bevindt zich in bijlage 6.

4 Steekproef

De steekproef bestond uit 634 bevroagde en gescreende patiënten. Alle patiënten die in de periode van 1 maart tot half juni gehospitaliseerd waren op de afdelingen geriatrie werden geïnccludeerd in de studie. Exclusiecriteria waren:

- leeftijd (een leeftijdsgrens van 60 jaar werd gehanteerd);
- het volgen van een vermageringsdieet.
- een terminale/ palliatieve levensfase van de patiënt.

Uitzonderlijk opteerde het verpleegkundig team er voor de voedingstoestand niet op te volgen uit ethische overwegingen (bijv. zwaar zieke patiënten). Daarnaast waren er ook patiënten die hun informed consent niet verleenden of slechts korte duur op de afdeling verbleven waardoor zij niet tijdig gescreend werden.

In totaal participeerden 205 zorgverstrekkers aan het implementatieproject. Zij werden betrokken bij het screenen en opvolgen van patiënten. Deze groep omvatte (hoofd)verpleegkundigen, verzorgenden, logistieke medewerkers en diëtist op de geriatrische afdelingen. Zij werden gedurende het project meerdere malen bevroagd aan de hand van verschillende vragenlijsten. Bij aanvang van het project werd de SANN afgenomen (februari 2008), in mei en juni werd de DINAMO-vragenlijst afgenomen en in de eindfase werd de SANN nogmaals afgenomen (juni 2008).

5 Procedure

Het project startte in november 2007. In een periode van 3 maanden werd de projectinhoud en aanpak vastgelegd. De nodige documenten werden opgesteld voor het ethisch comité en ziekenhuizen werden geselecteerd om te participeren in het huidige project. Gedurende deze maanden was ook ruimte voorzien om de onderzoeksopzet voor te leggen aan ervaringsdeskundigen. Contact werd gezocht in binnen- en buitenland met personen met een uitgebreide expertise in het domein van malnutritie en de implementatie van (voedings)richtlijnen. Deze overleggesprekken waren één bron van kennis voor de onderzoekers, daarnaast werd ook voorzien in opleiding, congressen en een verdieping in de onderzoeksliteratuur.

Een volgende fase bestond uit het afnemen van de SANN-vragenlijst bij de zorgverstrekkers. Dit moest toelaten een beeld te schetsen omtrent de houding van het verpleegkundig team t.a.v. voeding bij de aanvang van het project. Om de betrouwbaarheid van de MNA-scores te

kunnen verzekeren werden de verpleegkundigen van de betrokken afdelingen geschoold in het correct afnemen van de MNA. De voorstelling omvatte zowel een theoretische uiteenzetting als een praktijkgericht gedeelte waarin casussen uitgewerkt waren. Deze fase vond plaats eind januari 2008.

Vervolgens werd een stuurgroep opgericht op elke afdeling. De taak van de stuurgroep bestond er uit om het voedingsbeleid op afdelings – en instellingsniveau in kaart te brengen. Op bijeenkomsten werd gereflecteerd over aanwezige sterktes en mogelijke werkpunten m.b.t. het voedingsbeleid. Telkens werden mogelijke interventies geschetst. Gemiddeld waren 4 bijeenkomsten met de stuurgroep gepland waarna een eerste reeks van interventies gecommuniceerd kon worden naar de afdeling (februari 2008). Nadien vonden de vergaderingen op maandelijkse basis plaats waarbij de evolutie van het project beoordeeld werd en oplossingen gezocht werden voor eventuele problemen.

In het begin van het implementatieproces werd aan de zorgverleners gevraagd om de MNA bij opname, wekelijks en bij ontslag van de patiënt af te nemen. Vanuit dit assessment kon over gegaan worden tot een eventuele voedingstherapie. Tevens werd voorzien in feedback- en evaluatiemomenten om de interventie via een cyclisch proces bij te stellen en verder te ontwikkelen. Zo bijvoorbeeld werden de wekelijkse MNA-screeningen op alle participerende afdelingen geleidelijk vervangen door een follow-up aan de hand van de gewichtsevolutie en de voedingsinname omwille van het onvoldoende sensibel zijn van de MNA voor de opvolging van de patiënt en bekrachtigd door het begeleidingscomité. De bedoeling was dat de interventies op deze manier procesmatig konden veranderen naar een afdelingsgebonden geheel. Tevens werd door de onderzoeker continuïteit van de geformaliseerde interventie na afloop van het project voortdurend nagestreefd. Tenslotte werd deze fase afgerond door de SANN een tweede maal af te nemen (pre-posttest). De bevraging aangaande de veranderingsbereidheid van zorgverleners (DINAMO) vond eveneens plaats gedurende deze periode.

De verwerking van de gegevens, de analyses en het opmaken van het rapport liep van half juni 2008 tot eind september 2008.

6 Ethische overwegingen

In de volgende paragraaf worden de aanvraag naar het Ethisch comité, het informed consent-formulier en de uitnodiging tot deelname, vertrouwelijkheid en anonimiteit van de gegevens beschreven.

6.1 Ethisch comité

Op 14/12/07 werd de vraag tot het Ethisch comité gericht van het Universitair Ziekenhuis Gent. Op 16/01/07 verkreeg de studie de goedkeuring tot uitvoeren (erkenningnummer 04017) (bijlage 7). Voor dit onderzoek werd tevens een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de Belgische wet van 07/05/2004.

6.2 Informed consent

De ethische commissie was akkoord dat het *Informed consent* mondeling werd verkregen door middel van het formulier in bijlage 8. Patiënten werden mondeling gevraagd of ze aan het onderzoek wensten deel te nemen. Uitdrukkelijk werd vermeld dat ze zich op elk ogenblik konden terugtrekken uit het onderzoek, zonder dat ze hiervoor een reden dienden op te geven.

6.3 Uitnodiging tot deelname, vertrouwelijkheid en anonimiteit van de gegevens

De verzamelde gegevens werden anoniem verwerkt en deelname aan het onderzoek was geheel vrijblijvend. Indien een patiënt weigerde deel te nemen aan de studie, werd niet aangedrongen. De vragenlijsten bij de verpleegkundigen werden eveneens geanonimiseerd. De directie kreeg enkel de resultaten van de totale bevraging en geen individuele data of resultaten.

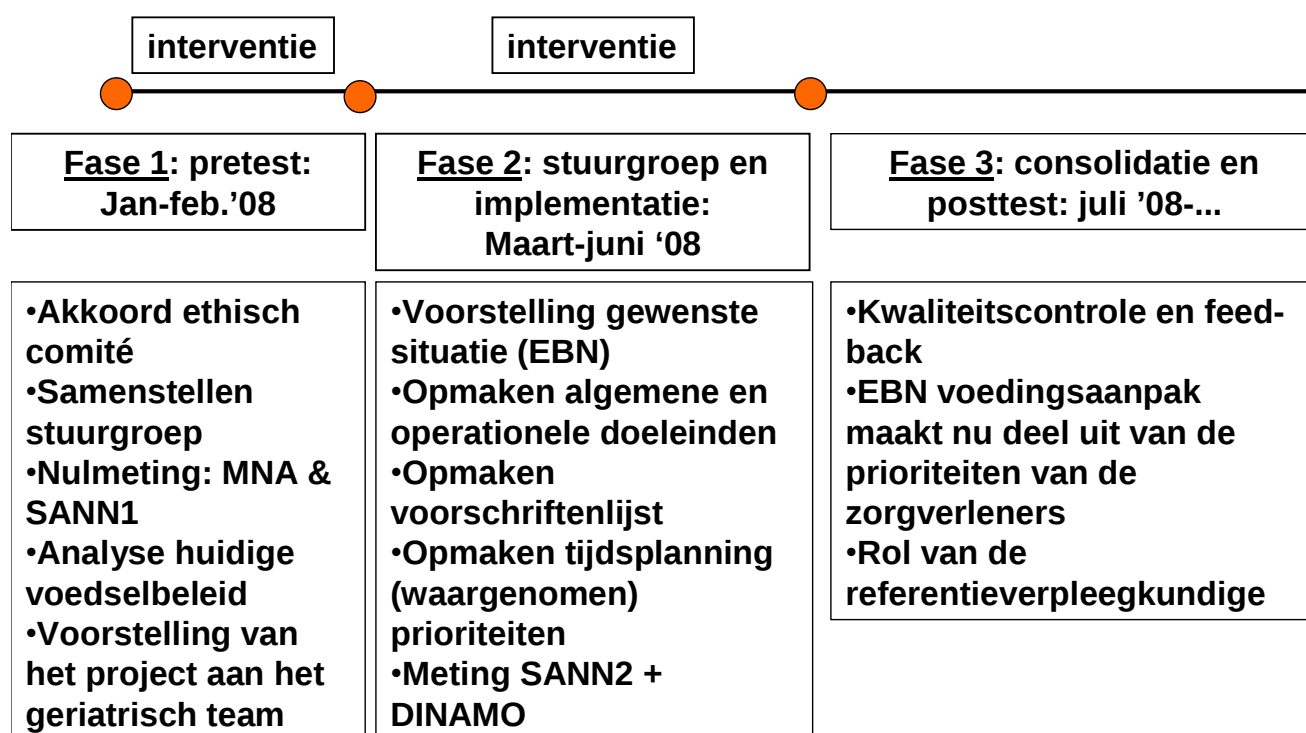
7 Statistische analyse

Alle vragenlijsten werden opgemaakt met het softwareprogramma *Cardiff TeleForm®*, versie 10.1. Dit programma laat toe de formulieren d.m.v. scanning te verwerken en om te zetten in een statistische databank.

De statische gegevens werden geanalyseerd met het statistisch programma *SPSS for Windows®*, versie 15.0. De *chi-kwadraat test* werd gebruikt voor de categorische variabelen. Als significantieniveau werd $p < 0,05$ gehanteerd.

8 Verloop van het volledige onderzoek

Figuur 1. Schematisch overzicht van het volledig implementatieproces



HOOFDSTUK 3: IMPLEMENTATIE ONDERZOEK OP DE AFDELINGEN

1 Selectie van de participerende ziekenhuizen

De methodologie van het project vereist een frequente aanwezigheid van de onderzoeker op de participerende afdelingen. Hierdoor werd een eerste selectie gemaakt op basis van regio en afstand.

Na deze eerste selectie werd per instelling geverifieerd of al projecten liepen die een storende invloed konden uitoefenen bij het uitvoeren van dit implementatie onderzoek.

Na de eerste selectieprocedure werd, in de overige ziekenhuizen, contact opgenomen met de verpleegkundig directeur en hoofdverpleegkundige(n) om het project kort te schetsen. Het was niet alleen belangrijk dat voeding gezien werd als een verpleegkundig probleem, maar ook dat de motivatie aanwezig was om aan dit probleem te werken.

Wanneer na het eerste contact bleek dat er interesse tot participatie bestond, werd een moment vastgelegd om de methodologie, de doelstelling, het verloop van het project en de werklast voor de verschillende partijen toe te lichten.

Wanneer het ziekenhuis bereid was te participeren, werd het opgenomen in de studie en werden verdere afspraken gemaakt.

2 Beschrijving van de participerende afdelingen

2.1 De Centre Hospitalier van Jolimont-Lobbes (campus van Lobbes)

Dit ziekenhuis maakt deel uit van de INDC (Institut Notre Dame de la Compassion) - Entité Jolimontoise en gefusioneerde met het ziekenhuis van Jolimont, dat op een dertig kilometer van dit ziekenhuis is gelegen. Het is een algemeen ziekenhuis met 714 bedden, waarvan 142 in campus Lobbes.

2.1.1. Visie van het ziekenhuis

Een samenvatting van de visie binnen het ziekenhuis is terug te vinden in bijlage 9.

2.1.2. De afdeling geriatrie

De afdeling geriatrie telt 24 bedden, naast een internist is ook een geriater werkzaam op de afdeling. De verpleegequipe telt 16,3 FTE (full-time equivalenten). In tabel 1 (p 42) worden de verschillende kwalificaties van de leden van het team weergegeven.

De normen voor een geriatrie afdeling werden vastgelegd door het KB van 29.01.07 (artikel 36, 37 en 38). Hieruit blijkt dat per afdeling van 24 bedden; 14,13 FTE tewerkgesteld moeten zijn. Campus Lobbes voldoet aan deze voorwaarde.

2.1.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

Het verpleegkundig team werkt onder de verantwoordelijkheid van een vervangend hoofdverpleegkundige. De hoofdverpleegkundige van de afdeling was voor lange tijd afwezig. In het begin van het project was het niet zeker dat diezelfde persoon deze functie gedurende het hele project zou vervullen.

De hiërarchische meerdere van de hoofdverpleegkundige is de directrice verpleegkunde. Deze bevindt zich op de andere campus. Zij wordt in haar functie bijgestaan door een middenkader.

Voor dit project waren twee leden van het middenkader direct betrokken : het middenkader die verantwoordelijk is voor de dienst geriatrie en de kwaliteitscoördinator. Deze laatste heeft zelf gekozen om aan de stuurgroep deel te nemen.

Op Campus Jolimont bevinden zich nog twee andere geriatrische afdelingen. Deze hadden gekozen niet deel te nemen aan het project.

Er werken twee diëtisten op de campus in Lobbes. Elke diëtiste werkt deeltijds, één week op de twee. Hun taak bestaat er hoofdzakelijk in om maaltijdfiches in de computer in te voeren, voedingsadvies te geven bij ontslag wanneer de patiënt een (nieuw) dieet moeten volgen en supervisie van de keuken. Hun hiërarchische meerdere is de campuscoördinator.

2.1.4. Organisatie van de zorg

Tijdens de dienstoverdracht 's morgens gebeurt de verdeling van de zorg. De afdeling wordt opgesplitst in vier zones. Elke verpleegkundige heeft de volledige verantwoordelijkheid over de zone. De verpleegkundige wordt bijgestaan door een verzorgende en houdt toezicht op één of meerdere studenten verpleegkunde.

2.1.5. Architectonisch

De afdeling beschikt over een eetzaal maar wordt enkel nog gebruikt voor de activiteiten van de ergotherapeut. Volgens het team werd enkele jaren geprobeerd om de patiënten uit te nodigen de maaltijden te nuttigen in de eetzaal maar dit initiatief werd om verschillende redenen niet voortgezet:

- De bejaarden zeiden niet te willen eten in het bijzijn van personen waarbij de maaltijd moeizaam verliep;
- De ergotherapeut deed vooral activiteiten met de personen die hun maaltijd in de eetzaal kwamen nuttigen. Hierdoor hadden de geriatrische patiënten angst 'verplicht' te worden om deel te nemen aan de activiteiten wanneer ze in de eetzaal kwamen eten.

2.2. De Centre Hospitalier de la Haute Senne, campus le Tilleriau

De Centre Hospitalier de la Haute Senne is het resultaat van de fusie van het O.C.M.W. Tilleriau met het Sint- Vincentziekenhuis, beiden gelegen in Zinnik (Soignies) . Het ziekenhuis telt 265 bedden, waarvan 155 op de campus van le Tilleriau.

De geriatrische afdeling bevond zich tot 27.12. 06 in 's Gravenbrakel. De afdeling werd verhuisd naar een campus die meer centraal gelegen was voor de acute ziekenhuizen in de omgeving, die mogelijks patiënten konden doorsturen. Als resultaat van de reorganisatie van de zorgprogramma's bevindt de instelling zich in een fase van opeenvolgende veranderingen. Op 14 maart 2008 (twee weken na de start van het implementatieproject) verhuisde de geriatrische afdeling nogmaals van campus. De twee campussen liggen op twee kilometer afstand van elkaar.

2.2.1. Visie van het ziekenhuis

Een samenvatting van de visie van het ziekenhuis is terug te vinden in bijlage 9.

2.2.2. De afdeling geriatrie

Bij de start van het project telde de afdeling geriatrie 28 bedden. Nu, na het verhuizen van de afdeling op 14 maart, zijn er 29 bedden. Sinds oktober 2007 is er een geriater verbonden aan de afdeling. De verpleegequipe telt 15,75 FTE . In tabel 1 (p 42) worden de kwalificaties van de verschillende leden van deze afdeling weergegeven.

2.2.3. Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

Het verpleegteam werkt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. De hiërarchische meerdere van de hoofdverpleegkundige is de directeur verpleegkunde. Deze bevindt zich op de dezelfde campus. De directeur verpleegkunde wordt bijgestaan door een verpleegkundig middenkader. Voor dit project neemt een lid van het middenkader met een lijnfunctie deel aan de stuurgroep.

Het team van diëtisten werkt onder de verantwoordelijkheid van de keukenchef.

Naast de samenwerking met een tweede geriater, is er een opening van een tweede geriatrische afdeling gepland. In plaats van 1 afdeling met 29 bedden zullen er 2 afdelingen met elk 24 bedden voor geriatrische patiënten voorhanden zijn.

2.2.4. Organisatie van de zorg

De verdelingen van de ochtendverzorging gebeurt 's morgens bij de patiëntenoverdracht. De afdeling wordt opgesplitst in twee zones. Per zone zijn er twee verpleegkundigen die de verantwoordelijkheid hebben voor alle zorgen. Deze verpleegkundigen worden bijgestaan door een verzorgende en/of een logistieke hulp. Daarnaast hebben ze toezicht op één tot twee studenten verpleegkunde.

2.2.5 Architectonisch

De afdeling bezit een kleine eetzaal, met een maximumcapaciteit van acht patiënten. Deze ruimte wordt gebruikt voor teamvergaderingen, het uitvoeren van de activiteiten van de ergotherapeut en ook de studenten gebruiken het lokaal voor het noteren van hun observaties bij de verzorgde patiënten. Het lokaal wordt zelden gebruikt als eetzaal.

2.3 Het AZ Groeninge ziekenhuis Kortrijk

De vzw AZ Groeninge is ontstaan uit de fusie van het O.C.M.W.-ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouwe-hospitaal en C.A.Z.K.-Groeninge, op zijn beurt een fusie van de private christelijke ziekenhuizen Maria's Voorzienigheid, Sint-Maarten en Sint-Niklaas. Het AZ Groeninge ziekenhuis telt in totaal 1094 bedden waarvan 100 erkende geriatrische bedden.

2.3.1 Visie van het ziekenhuis

Het visiestatement zoals geformuleerd door het AZ Groeninge ziekenhuis bevindt zich in bijlage 9 .

2.3.2 De afdelingen geriatrie

Na de fusie en als voorbereiding op de verhuis naar het nieuwe ziekenhuiscomplex werden de 3 geriatrische afdelingen gehuisvest in 1 campus. Omdat deze afdelingen proberen zo veel mogelijk als 1 afdeling te fungeren, werd geopteerd om de 3 afdelingen te includeren in de studie.

In tabel 1 (p 42) worden de samenstelling en eigenschappen van de 3 afdelingen aangetoond.

2.3.3 Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

Elk verpleegkundig team wordt geleid door een hoofdverpleegkundige. Deze staat in voor het dagdagelijkse management van de dienst geriatrie en het organiseren van het personeel. De hiërarchisch meerdere van de hoofdverpleegkundige is de clusterverantwoordelijke. De clusterverantwoordelijke staat in voor de organisatie van verschillende verpleegafdelingen waaronder de 3 participerende geriatrische afdelingen. Deze staat onder de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg.

De verpleegkundige afdelingen worden volgens hun disciplines ondergebracht in clusters of zorgprogramma's.

De diëtisten zijn tewerkgesteld in de verschillende campussen en worden aangevuld met 2 tot 3 voedingsassistenten per campus. Deze voedingsassistenten zijn, naast de diëtisten, verantwoordelijk voor de maaltijdbevraging en de administratie.

Verder zijn er nog de specifieke dieetbureaus zoals de diabetesconventie, nefrologie en obesitascentrum. Deze bureaus werken volledig onafhankelijk.

De taakomschrijving van de algemene dieetbureaus per campus omvat:

- maaltijdbevraging;
- administratie;
- controle van de maaltijdband (ontbijt, middag, avond);
- consultaties op vraag van artsen, verpleegkundigen of patiënten;
- bestellingen.

De dieetbureaus werken per campus op ziekenhuisniveau en dit betekent dat ze verantwoordelijk zijn voor alle patiënten. Door de veelheid aan taken en patiënten is het uitwerken van individuele voedingsadviezen op vraag onmogelijk.

Binnen het AZ Groeninge ziekenhuis is een nutritieteam aanwezig. Dit nutritieteam werkt voorlopig enkel beleidsmatig. Er zijn nog geen linken naar de afdelingen of dieetbureaus.

2.3.4. Organisatie van de zorg

Binnen de afdelingen wordt gewerkt volgens het principe van de integrerende verpleegkunde. De verpleegkundige krijgt voor de toegewezen patiënten een onverdeelde totaalverantwoordelijkheid, wat inhoudt dat de verpleegkundige instaat voor de planning en de evaluatie van de zorgen en zoveel als mogelijk voor de uitvoering hiervan.

2.3.5 Architectonisch

Elke geriatrische afdeling is voorzien van een eetzaal. De patiënten worden begeleid naar de eetzaal na de ochtendverzorging door de verpleegkundige of door de kinesist of ergotherapeut. De eetzaal is voorzien van tafels die mooi gedekt worden zodat een aangename en rustige sfeer wordt gecreëerd.

2.4 Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze

Het Sint-Vincentiusziekenhuis in Deinze is een algemeen ziekenhuis met 170 erkende bedden waarvan 34 erkende geriatrische bedden.

2.4.1 Visie van het ziekenhuis

Het visiestatement zoals geformuleerd door het Sint-Vincentius ziekenhuis bevindt zich in bijlage 9.

2.4.2 De afdeling geriatrie

Tabel 1 (p 42) geeft de samenstelling van het team weer.

2.4.3. Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

Het verpleegkundig team wordt geleid door de hoofdverpleegkundige die instaat voor het dagdagelijkse management. Deze staat onder de leiding van het verpleegkundig diensthoofd. Deze staat onder andere in voor het coachen van de hoofdverpleegkundige en staat onder de leiding van de verpleegkundig directeur en het directiecomité.

De verpleegkundige afdelingen worden volgens hun disciplines ondergebracht in zorgprogramma's. Tevens wordt ernaar gestreefd om het beslissingsproces snel te laten verlopen door korte afstanden in de lijn (verpleegkundige- hoofdverpleegkundige- verpleegkundig diensthoofd- verpleegkundig directeur- directiecomité). Op die manier kan het oplossen van een probleem op een zo laag mogelijk niveau gebeuren en is het de bedoeling dat alle verantwoordelijken in de lijn de medewerker coachen zelf het probleem op te lossen.

Het verpleegkundig diensthoofd is verantwoordelijk voor de organisatie van een aantal diensten en stuurt deze aan (lijnfunctie). Daarnaast vervult het verpleegkundig diensthoofd een staffunctie.

De stuurgroep kwaliteit en patiëntenveiligheid wordt ondersteund door verschillende partijen en ondersteunt op zijn buurt een aantal comités en departementen.

2.4.4 Organisatie van de zorg

Op de afdeling geriatrie wordt gewerkt volgens de integrerende verpleegkunde. De verpleegkundigen krijgen een aantal patiënten toegewezen waarvoor ze onverdeeld verantwoordelijk zijn. Ook het overleg met de behandelende arts over de patiënt gebeurt steeds in aanwezigheid met de verantwoordelijke verpleegkundige.

2.4.5. Architectonisch

De geriatrie afdeling is voorzien van een eetzaal. De eetzaal beschikt over een aparte keuken en toiletruimte. Seizoengebonden voorwerpen worden in de eetzaal aan de muren opgehangen en de tafels worden gedekt om een aangename en rustige sfeer te creëren.

2.5 Maria Middelaes, campus Sint Jozef

Het Maria-Middelaesziekenhuis, campus Sint-Jozef is gevestigd te Gentbrugge. Het is een relatief klein ziekenhuis dat recentelijk fusioneerde met het Maria Middelaesziekenhuis (1999). De twee ziekenhuizen omvatten respectievelijk 150 en 404 ziekenhuisbedden. Momenteel bereidt het AZ Maria Middelaes een nieuwbouwproject voor met een omvang van 600 bedden waarvan 46 bedden bestemd zijn voor het dagziekenhuis. De bouw van het ziekenhuis start vermoedelijk in 2009, de effectieve opening ervan is voorzien rond 2014.

Organisatorisch is het ziekenhuis onderverdeeld in 7 departementen (het medisch-, het verpleegkundig en paramedisch-, het financieel en administratief-, communicatie en informatietechnologie, nieuwbouw en facilitaire diensten, het farmaceutisch- en het technisch departement). Het ziekenhuis omvat 17 verpleegafdelingen (inwendige geneeskunde, heilkunde, geriatrie, kinderafdeling, kraamafdeling, neuro-psiatrie). De verpleegtechnische afdelingen omvatten het dagziekenhuis, de dagkliniek oncologie, intensieve zorgen, het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de radiologie.

2.5.1. Visie van het ziekenhuis

In de missieverklaring van het ziekenhuis wordt gekozen voor een visie die de nadruk legt op een hedendaagse hoogkwalitatieve gezondheidszorg waarin samenwerking centraal staat. In bijlage 9 wordt de missie van het ziekenhuis weergegeven.

2.5.2. De geriatrische afdeling

De geriatrische afdeling van het AZ Maria Middelaes - campus Sint-Jozef telt 26 bedden. Er zijn 16,65 full time equivalenten tewerkgesteld op de afdeling. Een overzicht aangaande de kwalificaties van de voltallige equipe wordt weergegeven in tabel 1 (p 42).

2.5.3. Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

De hoofdverpleegkundigen worden gestuurd door de directeur van het verpleegkundig departement. De directeur wordt bijgestaan door 1 adjunct directeur operationele zaken (lijn functie) en 1 adjunct strategie (geen lijnfunctie). Daarnaast heeft de directeur enkele stafmedewerkers die geen lijn functie hebben. De stafleden werken sterk projectmatig.

Elke afdeling wordt gerund door een hoofdverpleegkundige al dan niet in samenwerking met een adjunct hoofdverpleegkundige. De hoofdverpleegkundige rapporteert rechtstreeks naar de directie van het verpleegkundig departement. Problemen kunnen rechtstreeks aangekaart worden bij de directie ofwel via stafleden.

Binnen het AZ Maria Middelaars - campus Sint-Jozef wordt structureel gewerkt met verschillende werkgroepen (werkgroep urologie, MVG, vallen-fixatie-verwardheid, nutritie, geriatrie, diabetes,...). Elke werkgroep heeft een voorzitter. Via deze werkgroepen worden procedures, klinische paden opgemaakt. Hierbij kan men ook genieten van de ondersteuning van de kwaliteitscoördinator en stafmedewerkers.

2.5.4. Organisatie van de zorg

Op de afdeling geriatrie wordt de zorg verleend volgens een systeem van integrerende verpleegkunde. Als verpleegkundige staat men in voor de totaalzorg van de patiënt hoewel bepaalde taken door één persoon uitgevoerd worden (bijvoorbeeld de patiëntenronde met de arts).

2.5.5 Architectonisch

Architectonisch beschikt de afdeling over 4 extra ruimten. Een eerste lokaal fungeert als eetzaal en biedt aan 8 patiënten de mogelijkheid tot het nuttigen van hun maaltijd. D.m.v. verschillende initiatieven is getracht om deze ruimte zo gezellig mogelijk te maken (vb. linnen servetten, wandtapijt,...). Daarnaast is er een ergotherapielokaal waarin ook instrumenten van de kinesitherapeut opgenomen zijn. Laatstgenoemde gebruikt dit lokaal om oefeningen (zoals fietsen op de hometrainer) aan te bieden aan de patiënt. Vervolgens is er het overdrachtslokaal van de verpleegkundigen dat door de verschillende paramedici als werkruimte gebruikt wordt. Er is ook een dokterslokaal.

2.6 AZ Sint-Rembert Torhout

Het AZ Sint Remberthuis is een relatief klein ziekenhuis. Het ziekenhuis beschikt over 197 bedden, verdeeld over 8 afdelingen (twee afdelingen Heelkunde, een afdeling Intensieve Zorgen, een afdeling Inwendige Zorgen, twee afdelingen Geriatrie, een afdeling Kindergeneeskunde en een afdeling Materniteit en prematuren). Daarnaast beschikt het ziekenhuis over een dagziekenhuis, operatiekwartier, spoedopname, MUG-dienst, laboratorium, medische beeldvorming, apotheek, polikliniek,...

Momenteel ondergaat het ziekenhuisgebouw meerdere veranderingen. Er wordt gewerkt aan een nieuwbouw die eind 2008 in gebruik zal worden genomen. De afdeling geriatrie (dienst 3) die deelneemt aan dit project zal eveneens naar de nieuwbouw verhuizen.

2.6.1. Visie van het ziekenhuis

Het Sint-Remberthuis is in 1948 opgericht vanuit een kloostergemeenschap en deze christelijke dimensie is nog steeds terug te vinden in het ziekenhuis en haar missieverklaring. Waarden zoals deskundigheid, doelmatigheid en patiëntgerichte zorg staan centraal in de missieverklaring van het ziekenhuis. In bijlage 9 bevindt zich de missieverklaring van het ziekenhuis.

2.6.2. De afdeling geriatrie

De geriatrie afdeling D3 van het Sint-Remberthuis beschikt over 27 bedden. De personeelsomkadering bestaat uit 18 FTE. Een overzicht aangaande de kwalificaties van de voltallige equipe wordt weergegeven in tabel 1 p 42.

2.6.3. Het verpleegkundig team en de plaats binnen het organogram

Organisatorisch is het ziekenhuis onderverdeeld in vijf departementen, namelijk het medisch, het verpleegkundig en paramedisch, het administratief, het huishoudelijk en het technisch departement. De top-down organisatie is hiërarchisch gericht.

Binnen het verpleegkundig departement wordt de directie nursing (geen lijn functie) bijgestaan door twee middenkaderleden die respectievelijk instaan voor kwaliteitscoördinatie en ziekenhuishygiëne. In het ziekenhuis wordt gewerkt volgens het systeem van 'patiëntgericht verplegen'. De invulling die het Sint-Remberthuis hieraan toekent, bestaat uit een

multidisciplinaire zorgverlening vanwege verpleegkundigen waarbij zone- en shiftafhankelijk gewerkt wordt. Meer concreet zijn de ziekenhuisafdelingen onderverdeeld in (veelal 3) zones. Vanuit het middenkader worden klinische paden en procedures ontwikkeld en het ziekenhuis beschikt tevens over meerdere werkgroepen. Zo is er ondermeer een werkgroep decubitus, valpreventie, ergonomie en wondzorg.

2.6.4 Organisatie van de zorg

De zorg op deze afdeling wordt verstrekt volgens het 'patiëntgericht verplegen' van het ziekenhuis. De afdeling is onderverdeeld in drie zones en de verpleegkundige draagt de verantwoordelijkheid voor de totale zorgverstrekking bij patiënten die gehospitaliseerd zijn in de toegekende zone. De medicatiebedeling gebeurt door één verpleegkundige, de hoofdverpleegkundige vergezelt de arts op ronde bij de patiënten,...

2.6.5 Architectonisch

Naast de patiëntenkamers is er op de afdeling een lokaal waarin ouderen na de ochtendverzorging terecht kunnen voor activiteiten met de ergotherapeut. Dit lokaal doet tevens dienst als eetzaal en wordt veelal gebruikt door de kinesitherapeut als oefenlokaal. Er zijn dan ook enkele toestellen opgenomen in deze ruimte. Er ook het dokterslokaal dat fungeert als vergaderruimte en waar de dagelijkse patiëntenbesprekingen plaats vinden.

2.7 Personeelsbestaffing op de geriatrische afdelingen

Tabel 1. Samenstelling van de geriatrische teams (uitgedrukt in FTE)

Samenstelling van de geriatrische afdeling	Soignies	Lobbes	Kortrijk 1	Kortrijk 2	Kortrijk 3	Deinze	Gent-brugge	Torhout
Hoofdverpleegkundige	1	1	1	1	1	1	1	1
Gegradueerde /bachelor verpleegkundigen	3	6,5	7,4	6,85	2	2,05	3,7	5
Gebrevetteerde/gediplomeerde verpleegkundigen	6,05	3	6,7	6,95	12,05	15,75	6	6,5
Verzorgende	0,5	0,5	0	1,5	0,75	0	1	1
« 54 bis »	2,75	3,5	0,75	0,5	1	0	2	1,5
Logistieke medewerker	0,8	1	0,75	0,75	0,75	0,9	1,9	0,80
Secretaresse	0,75	0	0	0	0	0	0	0
Gegradueerde /bachelor ergotherapie	0,5	0,6	0,80	0,80	0,75	1,75	1,05	2
Gegradueerde /bachelor logopedie	0	0	0,10	0,10	0,10	0	0	0,2
Licenciaat /master logopedie	0	0	0	0	0	0,25	0	0
Licenciaat/ master psychologie	0,4	0,2	0	0	0	0,25	0	0
Totaal	15,75	16,30	17,5	18,45	18,4	21,95	16,65	18
Aantal bedden	28	24	28	29	29	34	26	27
FTE/bed	0,53	0,66	0,63	0,64	0,63	0,64	0,64	0,67

3 Verloop van het project

Om de verpleegequipes in staat te stellen de aanbevelingen op het vlak van malnutritie zo goed mogelijk in te bouwen in de dagdagelijkse zorg, moest de implementatie goed gepland zijn en moesten de strategieën aangepast zijn aan de context. Er werd geopteerd voor het praktijkonderzoek, zoals in het tweede hoofdstuk staat beschreven. Binnen deze methodologie zijn onderzoek en de (klinische) praktijk nauw verbonden wat toelaat de kloof tussen theorie en praktijk te overbruggen.

De 3 pijlers van de theorie van praktijkonderzoek

Het verpleegkundig handelen wordt ondersteund door wetenschappelijke kennis om te kunnen komen tot gewenste situaties. Om een bestaande situatie te kunnen veranderen moet een theorie worden uitgebouwd. Deze theorie moet toelaten een gewenste situatie te bekomen, in de omstandigheden waarvoor ze werd uitgewerkt. Dickoff, James en Wiedenbach (1968) definieerden dit als een situatiescheppende theorie.

Een situatiescheppende theorie heeft drie basiselementen:

- een doelomschrijving;
- de voorschriften;
- een overzichtslijst.

Het invullen van elke van deze elementen moet helpen bij het formuleren van de theorie:

- **De doelomschrijving** geeft aan voor welk probleem een oplossing wordt gezocht. Welke de gewenste situatie is die wordt beoogd.
- **De voorschriften** geven aan wat moet gebeuren om de gewenste situatie, zoals beschreven in de doelomschrijving, te bereiken.
- **Een overzichtlijst** bevat factoren en elementen die een mogelijke rol spelen bij het tot stand brengen van de gewenste situatie. De invloed en het belang van deze factoren en elementen zijn echter moeilijk te omschrijven.

Dit wetenschappelijk project wordt onderverdeeld in drie fasen en zal chronologisch uiteengezet worden.

3.1 Fase 1 : Pretest fase (januari en februari 2008)

Bij aanvang van het project werd contact opgenomen met de nursing directeur van iedere instelling om het project voor te stellen. De vraag werd gesteld of men interesse had om deel te nemen aan het onderzoek. Deze vraag werd ook gericht aan de verschillende hoofdverpleegkundigen.

In deze fase kunnen vijf prioriteiten naar voor geschoven worden :

- samenstellen van een stuurgroep;
- afnemen van de attitude vragenlijst (SANN) bij de hulpverleners voor de implementatiefase;
- afnemen van de MNA in het begin van de implementatiefase;
- evalueren van het huidige voedingsbeleid;
- informeren van het zorgverlenend team.

3.1.1 Samenstellen van een stuurgroep

In de beginfase van het project werd geopteerd om met een beperkt aantal mensen uit verschillende disciplines het voedingsbeleid in kaart te brengen en de mogelijkheden op de afdeling of binnen de instelling uit te werken. Het werken met een beperkt aantal personen maakt het mogelijk om op een korte tijd voorstellen te formuleren en beslissingen te nemen. Daarnaast is het mogelijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de betrokken personen en bij te sturen waar nodig.

Volgende personen werden opgenomen in de stuurgroep:

- de hoofdverpleegkundige;
- de kwaliteitscoördinator (of middenkader/stafmedewerker);
- de diëtiste;
- de referentieverpleegkundige;
- de geriater (in 3 ziekenhuizen);
- de onderzoeker;
- de logopedist(e) (in 1 ziekenhuis).

Deze personen waren nauw betrokken tot de voedingszorg, vertoonden interesse voor de ondervoedingproblematiek en waren bevoegd beslissingen te nemen op de afdeling of het ziekenhuis.

In het AZ Maria Middelaars - campus Sint-Jozef werd besloten de student verpleegkundige, die de MNA's zou afnemen, ook in de stuurgroep op te nemen.

3.1.2 Afnemen van de attitude vragenlijst (SANN) bij de hulpverleners voor de implementatiefase

Opdat de resultaten van de SANN vragenlijst niet beïnvloed zouden zijn door het verder verloop van het proces werden de vragenlijsten aan de verpleegkundigen overhandigd vooraleer enige informatie over het project werd gegeven.

Een voorbeeld van de SANN-schaal is in bijlage 3 te vinden, de resultaten bevinden zich in hoofdstuk 4.

3.1.3 Afnemen van de MNA in het begin van de implementatiefase

In kader van dit praktijkonderzoek werd de Mini Nutritional Assessment scale (MNA) als meetinstrument gekozen. Internationaal blijkt dit de meest valide schaal voor het screenen op malnutritie of risico op malnutritie. Om de verpleegequipes duidelijk te maken wat de omvang en de ernst van het ondervoedingsprobleem was bij de gehospitaliseerde patiënten werd de MNA, voor de start van de implementatiefase, bij de patiënten afgenomen. Een voorbeeld van de MNA wordt in bijlage 5 weergegeven. De resultaten ivm de voedingstoestand bevinden zich in hoofdstuk 4.

3.1.4 Evalueren van het huidige voedingsbeleid

De evaluatie van de huidige voedingsaanpak op instellings- en afdelingsniveau liet toe de verschillen te bestuderen tussen evidence-based aanbevelingen en de praktijk. De stuurgroep voerde deze evaluatie uit en vervulde die met de observaties van de onderzoeker.

Een overzicht van de verschillen in voedingsaanpak is terug te vinden in tabel 2 (p 48).

3.1.4.1 Op instellingsniveau

Op ziekenhuisniveau werden nog geen concrete acties ondernomen om de ondervoedingproblematiek aan te pakken. Er was geen enkel ziekenhuis waar een klinisch nutrietieteam aanwezig was. Enkel in het AZ Maria Middelaars - campus Sint-Jozef en het AZ Groeninge Ziekenhuis was een beleidsmatig nutrietieteam aanwezig.

3.1.4.2 Op afdelingsniveau

- Screening op ondervoeding

Vanuit de verpleegkundige equipe ging aandacht uit naar de voedingsproblematiek op de afdeling. De voedingstoestand van de patiënt werd subjectief door de verpleegkundige of diëtiste beoordeeld, zelden door middel van een gevalideerd screeningsinstrument.

Op de meeste afdelingen werden de patiënten wekelijks gewogen, slechts zelden systematisch bij opname, omwille van de werkdruk. De afdelingen beschikten hiervoor over het nodige materiaal (weegstoel en/of tillift met weegschaal).

- Voedingsanamnese

Bij opname van de patiënt werd door de verpleegkundige of diëtiste de voorkeur van de patiënt, op het gebied van menukeuze, nagegaan. Hierdoor was het mogelijk de consistentie van de maaltijden onmiddellijk aan te passen. Het verrijken van maaltijden en aanpassen van de consistentie was meestal ook mogelijk vanuit de keuken (tabel 2, p 48).

- Opvolging van de voedingsinname

Het opstarten van een vocht- en voedingsbalans gebeurde op initiatief van de verpleegequipe of geriater. De verantwoordelijkheid tot het bewaken van de voedingstoestand lag hoofdzakelijk bij de verpleegkundige.

Sommige afdelingen vulden systematisch een vocht- en voedingsbalans in bij alle opgenomen patiënten, anderen alleen bij de ondervoede patiënten.

Het probleem dat hier vaak naar voor kwam was dat, bij het inschakelen van een vrijwilliger bij de maaltijden, deze niet altijd bereid was om de volgfiches met de vocht- en voedingsinname nauwkeurig in te vullen.

De vocht- en voedingsbalansfiches werden zowel door de arts als de diëtiste beoordeeld.

In het Sint-Vincentius ziekenhuis in Deinze werd, afhankelijk van de voedselinname, een score toegekend (van 1 tot 3).

-Preventie en behandeling van ondervoeding

Wanneer het verpleegkundig team of de geriater vermoedde dat er een probleem van ondervoeding aanwezig was bij de patiënt en orale voedselinname nog mogelijk was, werden orale voedingssupplementen aangevraagd. Wanneer orale voedselinname onvoldoende of onmogelijk bleek, werd het plaatsen van een naso-gastrische sonde voorgesteld. In het kader van dit project werd het voedingsbeleid beperkt tot het proberen optimaliseren van de orale voedselinname. Enterale en parenterale voeding werden niet aangehaald.

Ook op aanvraag van het verpleegkundig team konden wijzigingen worden aangebracht in de consistentie van de voeding, werden de menu's verrijkt met extra calorieën en werden hulpmiddelen ingeschakeld zoals drinkbeker. Indien aangewezen, kon de verpleegkundige de hulp van de diëtiste en/of logopediste inschakelen. Dit gebeurde regelmatig en er bestond een vlotte, multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende gezondheidswerkers.

- Maaltijdgebeuren

Het ontbijt en middagmaal werden, naargelang de afdeling, door verzorgenden, studenten verpleegkunde of door vrijwilligers uit de omgeving opgediend. Daarnaast boden verpleegkundigen, logistieke medewerkers en studenten ondersteunende hulp tijdens het eten aan de patiënten die hier behoefte aan hadden.

- Eetzaal

Patiënten aten in de meeste gevallen op hun kamer. Op 4 afdelingen werd de mogelijkheid geboden om in de eetzaal de maaltijd te nuttigen. Dit betrof doorgaans revalidatiepatiënten met een behoorlijke gezondheidstoestand. Logopediepatiënten kwamen hiervoor meestal niet in aanmerking aangezien de voedselinname bij deze patiëntencategorie veelal moeilijker verloopt.

- Rol van de diëtiste

De diëtiste komt elke morgen langs op de afdeling om na te gaan of de maaltijd aangepast is aan de behoeften van de patiënt. Hiervoor was er een kort overleg met de hoofdverpleegkundige en/of logistieke hulp.

- Multidisciplinair overleg

Wekelijks waren er multidisciplinaire besprekingen op de afdeling, maar het item voeding kwam hier niet systematisch ter sprake (uitgezonderd AZ Maria-Middelares, campus Sint-Jozef) en de diëtiste woonde deze vergadering zelden bij.

- Protocol voor de opsporing en aanpak van ondervoeding

Een voedingsprotocol ontbrak op de afdelingen. Momenteel bestaat echter de intentie om een ziekenhuisbreed voedingsbeleid uit te werken in AZ Maria-Middelares, campus Sint-Jozef met het comité nutritie.

Items uit tabel 2 werden geselecteerd op basis van de Belgische richtlijn voor de voedingsproblematiek bij ouderen (STAVO, 2006) en de aanbevelingen voor de voedingsaanpak bij ondervoede geriatrische patiënten (HAS, 2007).

Tabel 2. Voedingsaanpak bij aanvang van het project

	Ziekenhuisafdeling							
	Torhout	Gent- brugge	Kortrijk 1	Kortrijk 2	Kortrijk 3	Deinze	Soignies	Lobbes
Protocol of brochure om ondervoeding op te sporen?	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Protocol om ondervoeding te behandelen.	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Multidisciplinair nutritieteam	nee	nee*	nee*	nee*	nee*	nee	nee	nee
Aangepaste hulpmiddelen om de patiënt te wegen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Beoordeling van de voedingstoestand van de patiënt bij opname	nee	Ja**	nee	nee	nee	ja	nee	nee
Beoordeling van de voedingstoestand van de patiënt gedurende het ziekenhuisverblijf	nee	ja	nee	nee	nee	ja	nee	nee
Beoordeling van de voedingsinname van de patiënt bij opname	nee	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Beoordeling van de voedingsinname gedurende het ziekenhuisverblijf bij ondervoeding	nee	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee
De patiënt kan uit meerdere menu's kiezen	ja	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee
De tevredenheid van de patiënt aangaande de maaltijden wordt bevraagd	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
Patiënten kunnen hun maaltijd nuttigen in een gezellige, aangename eetzaal	nee	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee
Het voorgeschreven medicatieregime wordt opnieuw geëvalueerd gedurende de ziekenhuisopname	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

*Nutritieteam is aanwezig, maar enkel beleidsmatig ** Door de diëtiste

	Ziekenhuisafdeling							
	Torhout	Gent- brugge	Kortrijk 1	Kortrijk 2	Kortrijk 3	Deinze	Soignies	Lobbès
Maaltijden worden verdeeld over de dag	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
Er wordt voorkomen dat de patiënt niet meer dan 12h zonder maaltijd of snack dient door te brengen	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Voedingsadviezen worden door de diëtiste verleend	nee	ja	nee	nee	nee	nee	ja	nee
Ingeval een behandeling met orale voedingssupplementen, wordt aan de patiënt medegedeeld dat het een behandelingsplan betreft	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Op de ontslagfiche van de patiënt wordt informatie aangaande het voedingsaspect genoteerd	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
De voedingsaanpak en de voeding van de patiënten wordt besproken gedurende het teamoverleg	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
De diëtiste komt langs bij alle ondervoede patiënten	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
In het verpleegdossier zijn volgende problemen opgenomen								
Weigeren van voeding/ verminderde eetlust	nee	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
Slikproblemen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Kauwproblemen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Problemen inzake mondhygiëne	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Ingeval een probleem, wordt de oorzaak systematisch opgezocht en indien nodig multidisciplinair besproken	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee

	Ziekenhuisafdeling							
	Torhout	Gent- brugge	Kortrijk 1	Kortrijk 2	Kortrijk 3	Deinze	Soignies	Lobbes
De patiënt wordt systematisch gewogen bij opname	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Het gewicht van de patiënt wordt in het verpleegdossier genoteerd	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Bij het nuttigen van de maaltijd wordt er hulp geboden aan de patiënt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Gedurende de maaltijden gaat de voorrang naar het eten (bijv. geen onderzoeken tijdens de maaltijd)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
De voedingsstatus van de patiënt wordt opnieuw geëvalueerd nadat een nieuw voedingsplan opgestart werd	nee	ja	nee	nee	nee	ja	nee	nee
Ingeval van malnutritie wordt het gewicht 1 maal per week genomen	ja	nee	ja	ja	ja	ja	nee	ja
Ingeval van (risico op) malnutritie wordt de voedselinname gedurende 3 dagen opgevolgd	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja
<i>De aanpak van de voedingsproblematiek stelt de patiënt centraal</i>								
De voedingsaanpak is gericht op de voedingsstaat van de patiënt	nee	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
De voedingsaanpak is gericht op de spontane voedingsinname van de patiënt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
De voedingsaanpak houdt rekening met de onderliggende pathologieën handicaps	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Ziekenhuisafdeling							
	Torhout	Gent-brugge	Kortrijk 1	Kortrijk 2	Kortrijk 3	Deinze	Soignies	Lobbes
OVS wordt aangeboden ingeval de 'normale' voeding faalt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
OVS* wordt aangeboden ingeval ernstige ondervoeding	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
OVS* wordt onafhankelijk van de maaltijden aangeboden (> 2H)	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
OVS* wordt op gepaste temperatuur en vastheid aangeboden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

* OVS= orale voedingssupplementen

Bij de start van het project waren volgende punten bij het merendeel van de participerende afdelingen onderdeel van het voedingsbeleid:

- Op de afdeling zijn aangepaste hulpmiddelen voorhanden om de patiënt te wegen;
- Het voorgeschreven medicatieregime wordt opnieuw geëvalueerd gedurende de ziekenhuisopname;
- De tevredenheid van de patiënt aangaande de maaltijden wordt bevraagd;
- Ingeval een behandeling met orale voedingssupplementen, wordt aan de patiënt medegedeeld dat het een behandelingsplan betreft;
- De voedingstoestand wordt niet systematisch besproken op het overleg van het verpleegkundig team;
- Slikproblemen worden bevraagd en zijn opgenomen in het patiëntendossier;
- Gedurende de maaltijden gaat de voorrang naar het eten (bijv. geen onderzoeken tijdens de maaltijd);
- De voedingsaanpak is gericht op de patiënt;
- Op de afdeling is geen protocol aanwezig om ondervoeding op te sporen of te behandelen;
- Er wordt rekening gehouden met de orale voedingsinname;
- Er wordt rekening gehouden met onderliggende pathologieën;
- Orale voedingssupplementen worden aangeboden als voedingstherapie;

- Orale voedingssupplementen worden aanbevolen ingeval een MNA<17 en wanneer een normale voedselinname mogelijk is.

3.1.5 Informeren van het zorgverlenend team

Het informeren van het zorgverlenend team liet niet alleen toe de teamleden te informeren over de recentste aanbevelingen op het gebied van screenen en behandeling van ondervoeding, maar ook over de manier waarop het onderzoek zou verlopen.

Vooraleer het project van start gaat werd een scholingsmoment voorzien. De doelgroep van deze opleiding omvatte het zorgverlenend team (verpleegkundigen, zorgkundigen, logistieke medewerkers, ...) van de afdelingen geriatrie, alsook mensen die op instellingsniveau betrokken werden rond voeding of het stimuleren van het zelfmanagement van de geriatrische patiënt (diëtist(e), logopedist(e), ergotherapeut(e),...).

De scholing had als doel het verpleegkundig team op de hoogte te brengen omtrent de inhoud en het verloop van het onderzoeksproject. Daarnaast werd ook aandacht geschonken aan de te gebruiken instrumenten zoals de SANN schaal (attitude van de zorgverleners) en de MNA (screeningsinstrument voor ondervoeding).

Als laatste onderdeel van de scholing kregen de verpleegkundigen de kans om aan de hand van fictieve casussen de MNA in te vullen en het risico van de patiënt in te schatten. Het werken aan de hand van casussen was niet alleen een leuke manier van werken, het zorgde ervoor dat de verpleegkundigen de geziene theorie in praktijk konden toepassen, vragen stellen, discussies voeren over scores,... Hierdoor verliep het geheel interactief en was het voor de onderzoeker leerrijk omdat mogelijke onduidelijkheden zichtbaar werden. De voorstelling kon op die manier verder aangepast en verfijnd worden.

Na de scholing was het de bedoeling dat het verpleegkundig team inzicht had verworven in het verloop en het belang van het onderzoek maar ook dat de instrumenten zoals de SANN en de MNA kritisch en zelfstandig konden worden gehanteerd. Na het project kon de kennis en het gebruik van de schalen eventueel ingebouwd worden als standaardzorg om de huidige situatie verder te kunnen optimaliseren.

Omdat in AZ Groeninge drie afdelingen participeerden aan het onderzoek en om iedereen de kans te geven aanwezig te zijn werden twee bijscholingsmomenten voorzien.

3.2 Fase 2 : Implementatie (maart tot juni 2008)

Volgens de situatiescheppende theorie berust dit type praktijkonderzoek op drie elementen: een doelomschrijving, de voorschriften- en een overzichtslijst.

3.2.1 Doelomschrijving

De gewenste situatie die met dit project wordt beoogd, is het optimaliseren van de huidige situatie op vlak van malnutritie op een geriatrische afdeling. Het optimaliseren gebeurt in samenspraak met en volgens de mogelijkheden van elke afdeling. Zo ontstaat geleidelijk aan een vorm van afdelingseigen protocol waarmee de zorgverleners goed kunnen werken.

Voorstelling van de gewenste situatie

De lijst met de aanbevelingen werd voorgesteld aan de leden van de stuurgroep. Deze lijst werd vergeleken met het huidige voedingsbeleid op de afdelingen. Na overleg werd een lijst met een reeks doelstellingen voorgelegd. Dit gebeurde op basis van volgende criteria:

- De doelstellingen werden als prioritair ervaren door de leden van de stuurgroep ;
- Er werd rekening gehouden met de autonome rol van het verpleegkundig team (de middelen om de gewenste situatie tot stand te brengen maken deel uit van de lijst van de verpleegkundige verstrekkingen);
- De werkbelasting van deze verandering werd als haalbaar ervaren.

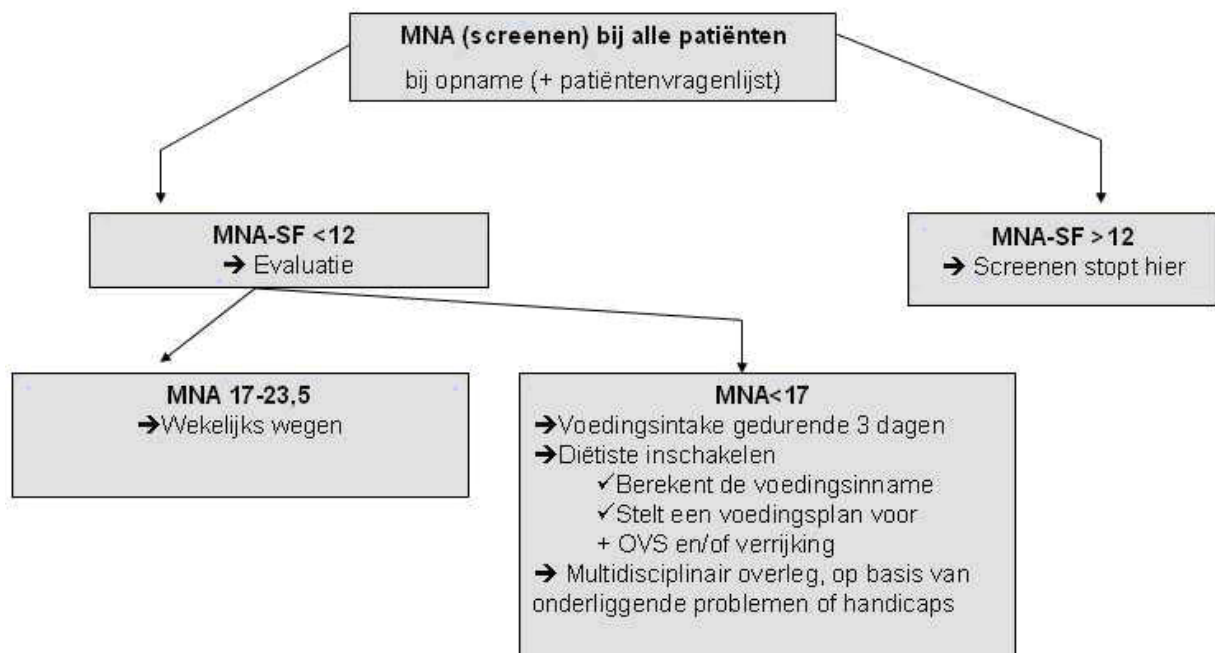
De elementen van het voedingsbeleid werden onder de vorm van een beslisboom (figuren 1 en 2) aan het verpleegteam voorgesteld :

- Bij opname wordt bij iedere patiënt een MNA-SF afgenomen;
- Wanneer de MNA-SF lager is dan 12, wordt de evaluatie van de MNA ingevuld;
- Bij een totale MNA score <17 wordt een geïndividualiseerd voedingsplan opgemaakt door de diëtiste en worden onderliggende problemen of pathologieën multidisciplinair besproken;
- de follow-up van de voedingsstatus zal gebeuren op basis van de gewichtsevolutie en de voedselintake.

In een eerste fase van het onderzoek gebeurde deze follow-up op basis van een wekelijkse MNA-afname. Dit werd tijdens het onderzoek aangepast. De MNA was niet bruikbaar als follow-up instrument. Deze screeningsschaal bevraagt de gewichtsevolutie en de evolutie van

de voedselinname gedurende de laatste drie maanden en is dus onvoldoende gevoelig voor wekelijkse schommelingen. De afname van de MNA is ook tijdrovend. Het afnemen neemt ongeveer 10 à 30 minuten in beslag.

Figuur 1. Beslisboom voor de aanpak van malnutritie : bij opname



Figuur 2. Beslisboom voor de aanpak van malnutritie : wekelijkse follow-up



3.2.2. Overzichtslijst

Een overzichtlijst bevat factoren en elementen die een mogelijke rol spelen bij het tot stand brengen van de gewenste situatie. De invloed en het belang van deze factoren en elementen zijn echter moeilijk te omschrijven. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren die betrekking hebben op de zorgverlener (agency), factoren die betrekking hebben op de patiënt (patiency), factoren die betrekking hebben op het kader waarin de activiteit zich afspeelt (framework), factoren die betrekking hebben op de gevolgde werkwijze bij het uitvoeren van de activiteit (procedure), factoren die betrekking hebben op de resultaten van de activiteit (terminus), factoren die betrekking hebben op de dynamiek die een bepaalde activiteit in gang zet of stillegt (dynamics).

Hieronder wordt kort een beeld geschetst van deze beïnvloedende factoren:

Agency

De factoren aanwezig bij de zorgverleners die de implementatie kunnen beïnvloeden zijn de **houding van de zorgverlener**, de **bekwaamheid van de zorgverlener**, de **plaats en de rol van de voeding** voor de zorgverlener binnen de totaalzorg, de wens naar en de kwaliteit van de **communicatie**, De zorgverleners omvatten alle individuen die een invloed kunnen hebben op de implementatie, van de verpleegkundige directie tot de ziekenhuisassistente, waarbij ook de diëtisten, geriaters, logopedisten en andere paramedici betrokken zijn. Deze worden verder besproken.

Patiency

De factoren die bij de patiënten aanwezig zijn, omvatten:

- **sociale en culturele** factoren (sociale norm in verband met voeding, het familiaal kader, eenzaamheid, eventueel verbod van voeding),
- **psychosociale** factoren (voorstelling van de voeding, perceptie van de gezondheid in het algemeen en van gezonde voeding als aspect van de gezondheid, de overtuigingen in verband met voeding en gezondheid, locus of control ten aanzien van de gezondheid),
- **psychologische** factoren, (persoonlijkheid, angst, zelfvertrouwen, self-esteem, eventuele lusteloosheid),
- **cognitieve factoren** (kennis en know-how ten aanzien van voeding en gezondheid),
- **lichamelijke** factoren (gedaalde activiteit en mobiliteit, verminderde smaakzin),

- de aanwezigheid van bepaalde **ziekten** (depressie, dementie, Parkinson, Alzheimer, CVA, TIA, ...).

Deze factoren kunnen een invloed hebben op de voedseltoestand en kunnen, in enkele gevallen, de implementatie van een voedingsaanpak, waarbij de patiënt de belangrijkste figuur is, beïnvloeden.

Framework

De contextuele factoren die de implementatie beïnvloeden omvatten het instellings- en afdelingsbeleid ten aanzien van programma's voor kwaliteitsverbetering, de manier waarop beslissingen worden genomen en de aanwezige hulpbronnen (tijd en materiële hulpbronnen). Dit wordt uitvoerig besproken in punt 3.2.2.3.

Procedure

De factoren die te maken hebben met de manier waarop de activiteiten zijn gebeurd en de invloed die ze kunnen hebben op de implementatie, werden besproken in punt 3.1.4.2. Bijvoorbeeld: de manier waarop de screening is gebeurd, hoe het maaltijdgebeuren op de afdeling verloopt, hoe en wanneer OVS worden aangeboden, hoe de diëtiste wordt verwittigd, hoe de maaltijden verrijkt en aangeboden worden, hoe de observaties in het verpleegdossier wordt genoteerd,....

Terminus

De factoren met betrekking tot de resultaten van de activiteiten zijn voornamelijk:

- de prevalentie van malnutritie,
- de verbetering van de voedingsinname (aangepast aan de patiënt, afgestemd op eigen voorkeur en mogelijkheden, zowel kwalitatief als kwantitatief).

Observeren van de voedingsintake kan moeilijk zijn bij patiënten die hun maaltijd in de eetzaal opeten. Wanneer wordt afgediend is het moeilijk na te gaan welk bord bij welke patiënt hoorde. Wanneer de patiënt op de kamer blijft om te eten, kan dit wel. Daarnaast is het moeilijk om objectief te beoordelen of een patiënt een voldoende grote portie heeft gegeten of niet.

Dynamics

De interactiefactoren die de implementatie kunnen beïnvloeden zijn factoren die de communicatie tussen alle betrokken partijen kunnen bepalen:

- de perceptie van ieders professionele rol,
- hiërarchisch begrip voor de perceptie van de werkdruk ten aanzien van de nieuwe voedingsaanpak door de verpleegkundigen maar ook door het onderzoeksteam,

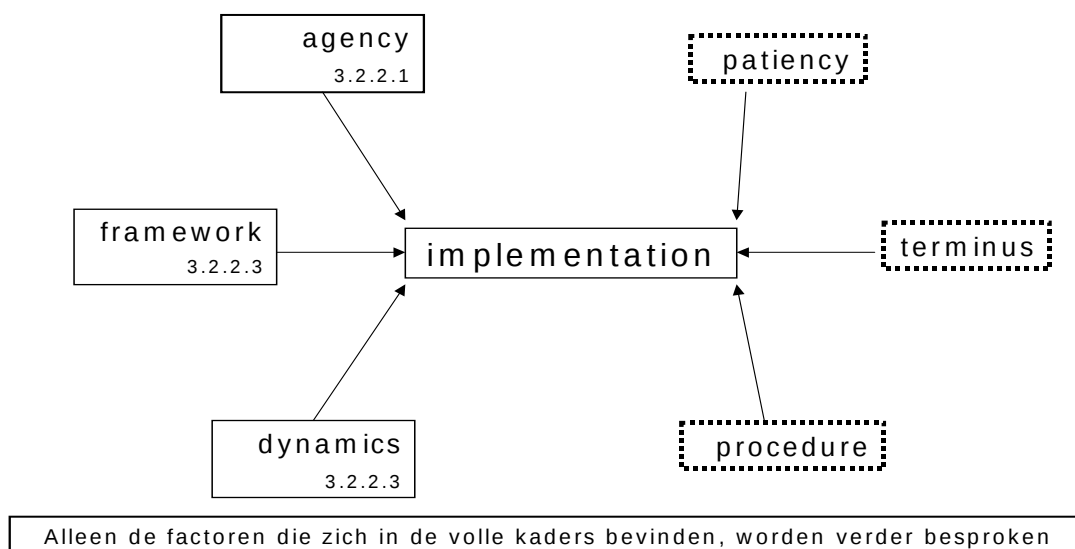
- de valorisatie van genomen initiatieven,
- vertrouwen in de relatie (vanwege het hulpverlenersteam, maar ook vanwege de patiënten en het onderzoeksteam),
- de plaats voor multidisciplinariteit,
- ...

Deze factoren worden verder besproken.

Op basis van het model van Dickoff, James en Wiedenbach en om het verloop van het project systematisch en goed te laten verlopen (rekening houdend met de **factoren ivm de hulpverleners**, de **omgeving** en de **manier waarop de activiteiten zich afspelen**) hebben de onderzoekers zich gebaseerd op de « Toolkit : implementation of best practice guidelines », opgemaakt door de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2002).

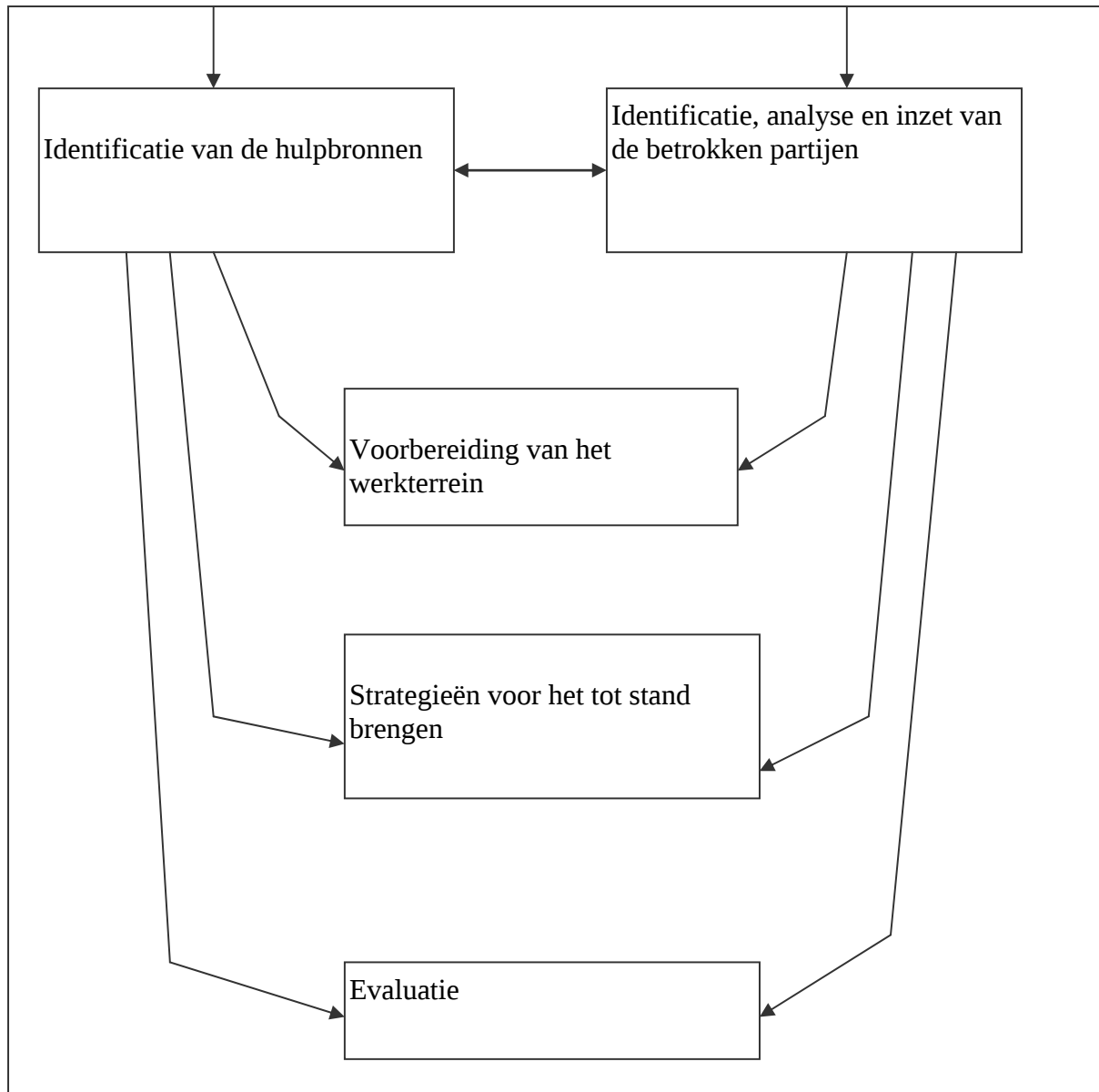
In dit model wordt gestart met een analyse van het terrein. De verschillende betrokken partijen worden geïdentificeerd, geanalyseerd en de mate van inzet en ondersteuning wordt nagegaan. In figuur 4 worden de invloedsfactoren, die in het vervolg van het rapport worden beschreven, schematisch voorgesteld. De nummers onder de invloedsfactoren verwijzen naar het deel van het rapport waar dit item verder wordt beschreven.

Figuur 3. Beïnvloedende factoren voor de implementatie



Vervolgens worden de hulpbronnen geïdentificeerd, wordt het terrein voorbereid en de strategieën gekozen. In laatste instantie wordt er geëvalueerd.

Figuur 4. Model voor de implementatie van een clinical practice guideline (aangepast naar RNAO, 2002, p. 10)



3.2.2.1 Identificatie van de betrokken partijen

Betrokken partijen zijn individuen of groepen die de beslissingen en handelingen kunnen beïnvloeden gedurende de implementatie.

In deze fase liet de identificatie van de betrokken partijen toe de reactie van deze partijen te evalueren met het oog op de voorgestelde verandering, en om strategieën uit te bouwen om hun interesse op te wekken.

De analyse van de betrokken partijen moet toelaten een hun belangen te laten overeenkomen met de doelstellingen van het project, maar ook hun eventuele negatieve invloed te beheersen.

In het model dat door het RNAO voorgesteld wordt, worden de betrokken partijen ingedeeld naargelang hun invloeds- en ondersteuningsniveau :

- Degenen die zowel een grote invloed als een grote ondersteuning bieden zullen de implementatie positief beïnvloeden. Deze partijen verdienen de grootste aandacht om het project blijvend te ondersteunen.
- Degenen die een grote invloed hebben maar die slechts een bescheiden ondersteuning bieden, zullen moeten uitgenodigd worden om zich meer in het project in te zetten.
- Degenen die weinig invloed hebben maar een grote ondersteuning bieden moeten aangemoedigd worden, om te voorkomen dat ze neutraal of vijandig worden.
- Degenen die zowel weinig invloed als ondersteuning bieden bevinden zich op het laagste niveau op de prioriteitschaal. Zij moeten nochtans bij het project betrokken worden om te voorkomen dat ze vijandig komen te staan tegenover het project.

De inzet van deze classificatie is de hulpmiddelen, nuttig voor de implementatie van het project, zo efficiënt mogelijk te gebruiken.

3.2.2.2 Analyse en ondersteuning van de betrokken partijen

De volgende stap betreft de analyse van hoe beslissingen genomen worden binnen de instelling en wie er betrokken is bij het nemen van de beslissingen:

- Zij die de beslissing nemen : de verpleegkundige directie, de geriater
- Zij die de beslissing zullen beïnvloeden : verpleegkundige directie, de geriater, de middenkader, de hoofdverpleegkundige

- Zij die de implementatie zullen beïnvloeden : de teamleden van de afdeling geriatrie (in het bijzonder, de referentieverpleegkundige voor voeding), de diëtiste, het paramedisch personeel, de patiënten
- Zij die de beslissing en de implementatie zullen beïnvloeden : de hoofdverpleegkundige, de middenkader en de geriater

Eind maart, begin april, werd er, aan de hand van het model dat door de RNAO werd opgemaakt, aan de stuurgroep (= voornaamste betrokken partijen) gevraagd om de invloed en ondersteuning van de verschillende betrokken partijen te identificeren. Zoals hoger werd beschreven, moest dit toelaten de behoeften van de betrokken partijen af te stemmen op de doeleinden van het project.

Nadat de stuurgroep de invloeden en mogelijke hulpmiddelen had geïdentificeerd, was het nuttig om deze tabel iedere maand te overlopen, tijdens een stuurgroepvergadering, om eventuele evoluties na te gaan van deze ondersteuning en invloeden. Zo bijvoorbeeld was het voor het eerste akkoord belangrijk de steun van de verpleegkundige en medische directie te krijgen. Later was de invloed en de (dagdagelijkse) steun van het afdelingsteam van belang.

Betrokken partijen zijn personen die mogelijks een invloed hebben op de beslissingen en acties gedurende de implementatie. In het door de RNAO (2002) voorgestelde model worden de betrokken partijen opgesplitst volgens hun invloed –of ondersteuningsniveau (tabel 3).

Tabel 3. Betrokken partijen en mate van ondersteuning

Voornaamste betrokken partijen	Aard van het verkregen recht	Invloed en ondersteuning (hoog of laag)	
		Invloed	Ondersteuning
Verpleegkundige directie	Staat in voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg	Hoog	Hoog*
Kwaliteitscoördinator/stafmedewerker	Projectmatige verbeteringstrajecten uitwerken en procedures ontwikkelen	Hoog	Hoog
Verpleegkundig diensthoofd	Staat in voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Fungeert als aanspreekpunt voor de hoofdverpleegkundigen. Treedt op als coach en stimuleert het opzetten van kwaliteitsprojecten. Verder behoort het begeleiden van organisatorische tot het takenpakket.	Hoog	Hoog
Hoofdverpleegkundige	Staat in voor het dagdagelijkse management en organisatie van het verpleegkundig team. Daarnaast is zij een link tussen directie en werkveld.	Hoog	Hoog
Afdelingsteam	Staat in voor de verbetering van de kwaliteit van voedingszorg bij bejaarden Handhaaft de onafhankelijkheid van de professionele oefening Handhaaft de professionele tevredenheid.	Laag	Laag
Referentieverpleegkundige voor voeding (of verzorgende)	Staat in voor de verbetering van de kwaliteit van voedingszorg bij bejaarden	Laag	Hoog
Geriatr	Staat in voor de verbetering van het beheer van de kwaliteit van voedingszorg bij bejaarden	Hoog	Hoog
Diëtiste	Staat in voor de verbetering van de kwaliteit van voedingszorg bij bejaarden	Laag	Laag***

(*) In drie ziekenhuizen was de ondersteuning van de verpleegkundige directie laag.

(**) In één ziekenhuis was zowel de invloed als de ondersteuning van de geriatr laag.

(***) In één ziekenhuis was zowel de invloed als de ondersteuning van de diëtiste laag.

3.2.2.3 Analyse en identificatie van andere factoren die een invloed kunnen hebben op het verkrijgen van de gewenste situatie

In de loop van februari vonden vergaderingen met de stuurgroep plaats. Drie vergaderingen waren noodzakelijk om de betrokken partijen toe te laten de hinderpalen te formuleren en de personen te identificeren die het invoeren van de veranderingen konden vergemakkelijken.

Onderstaande tabel (4) geeft een overzicht van de evaluatie en de voorbereiding van het werkveld.

Tabel 4. Overzicht van de evaluatie en voorbereiding van het werkveld (RNAO, 2002, pp46-47)

Element	Vraag	Opportunities	Hinderpalen
Structuur	In welke mate is de beslissingsname gedecentraliseerd ?	De diensten worden voornamelijk zelfstandig beheerd.	Afwezigheid van een verpleegkundige voor de liaison geriatrie, die nochtans structureel voorzien was (Tilleriau).
	Zijn er voldoende zorgverleners aanwezig om het veranderingsproces te steunen ?	Het verpleegdepartement verklaart dat de afdelingen geriatrie over de nodige autonomie beschikken om de aanbevelingen te implementeren.	De diëtisten hebben voornamelijk administratieve taken, wat weinig tijd vrijlaat voor individueel consult. In één van de afdelingen ging de diëtiste op korte termijn met pensioen. In de ziekenhuizen waar een nutritieteam aanwezig was, was dit slechts beleidsmatig.

Element	Vraag	Opportunities	Hinderpalen
Cultuur van de werkplaats	In welke mate zijn de aanbevelingen verenigbaar met de waarden, attitudes en praktijkovertuigingen in het ziekenhuis ? In welke mate zijn deze culturele aspecten een aanzet tot verandering en hechten ze belang aan wetenschappelijk gegronde gegevens ?	Activiteiten ivm kwaliteitsverbetering worden gewaardeerd. Het personeel verklaart de aanwezigheid van een nauwkeurig screeningsinstrument op prijs te stellen. Bij het maaltijdgebeuren wordt er voorrang gegeven aan de maaltijd (organisatie van de zorg). Er is een grote motivatie aanwezig bij de diëtiste, de geriater, de referentie-verpleegkundige en de hoofdverpleegkundige.	Er wordt niet veel waarde gehecht aan de voedingsaanpak. Er is weinig kennis ivm aanbevelingen en nefaste gevolgen van malnutritie. Er bestaat een bezorgdheid over de extra werklust die de aanbevelingen met zich mee zullen dragen.
Leadership	In welke mate ondersteunen de leidinggevers (openlijk of niet) de implementatie van de aanbevelingen ?	De diensthoofden (waaronder kwaliteitscoördinatoren), de hoofd-verpleegkundigen en de geriaters bieden meestal ondersteuning; ze maken zelfs deel uit van de stuurgroep.	Voor één van de verpleegkundige directies blijkt de aanpak van ondervoeding geen prioriteit. De diëtiste werd pas laat ingeschakeld in het project.

Element	Vraag	Opportunities	Hinderpalen
Kennis, bekwaamheden en attitude van de betrokken partijen	Beschikt het personeel over de nodige bekwaamheden en kennis ? In welke mate staan zij open voor verandering?	Een 'voedingsexperte' is vaak aanwezig op de afdelingen, maar zonder formeel mandaat. De attitude van de zorgverleners zal dmv de SANN bevestigd worden. De veranderingsbereidheid zal bevestigd worden dmv DINAMO. In één van de ziekenhuizen beschikken de kwaliteitscoördinator en de diëtiste over de nodige expertise ivm screening en aanpak van malnutritie.	Er bestaat geen continue bijscholing ivm malnutritie voor verpleegtequie. Er werd in het verleden weinig aangedrongen op systematisch screenen en behandelen van malnutritie. Geen klinisch nutritieteam in de ziekenhuizen. De verpleegkundigen blijken zich weinig betrokken te voelen tot de voedingsaanpak.
Inzet jegens kwaliteitszorg	Bestaan er kwaliteitsverbeterings-systemen en –processen die de resultaten van implementatie nagaan?	In de meeste gevallen bestaat er een gestructureerd kwaliteitsopzet (onder het impuls van de kwaliteitscoördinator), de ziekenhuizen erkennen dat er een probleem bestaat ivm de voedingsaanpak.	Afwezigheid van een instrument om de werklust te meten. De VG-MVG laat niet toe de tijd die nodig is om te screenen, te meten.

Element	Vraag	Opportunities	Hinderpalen
Beschikbaarheid van de hulpbronnen	Zijn de persoonlijke, fysische en financiële hulpbronnen beschikbaar om implementatie mogelijk te maken?	De leden van de stuurgroep kunnen zich vrijmaken voor de stuurgroepvergaderingen In de afdelingen zijn weegschalen en tilliften voorhanden. OVS zijn aanwezig.	De dagelijkse werklust, die in alle afdelingen als zwaar werd ervaren, kan een barrière zijn om nieuw gedrag te stellen. In een van de afdelingen was het niet mogelijk de consistentie van de maaltijden aan te passen; in een andere was verrijking onmogelijk.
Verhoudingen tussen de diensten	Bestaan er positieve en vertrouwensrelaties tussen de diensten, waarop men beroep kan doen of die van invloed zullen zijn bij de implementatie van de aanbevelingen?	Er bestaat een goede persoonlijke verhouding tussen de leden van de stuurgroep. Er bestaat een positieve samenwerking met de onderzoeker.	Geen overleg tussen de keukendirectie en de afdelingen. De rol van de diëtiste zal moeten verhelderd worden (risico op verwarring met de rol van de referentieverpleegkundige).

3.2.3 Voorschriftenlijst

Om een goede keuze te kunnen maken tussen de verschillende strategieën, is het nuttig te benadrukken dat er, tot op heden, geen voldoende onderzoek en evidentie bestaat om met zekerheid een bepaalde strategie boven een andere te verkiezen in een gegeven context. Zoals aangegeven werd in de inleiding, staat de patiënt centraal in dit onderzoek, niettegenstaande het feit dat alle acties gericht zijn op het verzorgingsteam en er naar gestreefd wordt om op een openstaande en soepele manier ten opzichte van de reacties van alle betrokken partijen samen te werken.

Hierna volgt wat de RNAO voorstelt, in haar richtlijn over het implementeren van richtlijnen op de afdelingen (tabel 5).

Tabel 5. Overzichtstabel van efficiënte strategieën voor implementatie van richtlijnen (RNAO, 2002, p. 52)

Wetenschappelijk gegronde gegevens over de implementatiestrategieën		
Efficiënt	Meestal efficiënt	Weinig of niet efficiënt
Sensibilisatiebezoeken Herhalingen Interactieve educatieve ontmoetingen Polyvalente interventies die ten minste 2 van volgende elementen bevatten : - navraag en commentaar - herhalingen - locale processen van consensus - marketing	Navraag en commentaar Plaatselijke opinieleiders Locale processen naar consensus Interventies verwezenlijkt door toedoen van patiënten	Educatief materiaal Bijscholing

Tabel 6. Beleidsstrategieën bij de start van het project

Voornaamste betrokken partijen	Beleidsstrategieën
Verpleegkundige directie	Akkoord verkrijgen voor kernactiviteiten van het project (bv. : akkoord van het middenkader / verantwoordelijke kwaliteitszorg). Voorbereiden tot de verandering, duidelijke informatie verstrekken en betrekken in de stuurgroep.
Kwaliteitscoördinator	Samenwerken bij de kernactiviteiten van het project. Voorbereiden tot de verandering, duidelijke informatie verstrekken en betrekken in de stuurgroep.
Hoofdverpleegkundige	Samenwerken bij de kernactiviteiten van het project. Voorbereiden tot de verandering, duidelijke informatie verstrekken en betrekken in de stuurgroep. Haalbaarheid van voorgestelde acties (cfr. werkbelasting) bevragen.

Voornaamste betrokken partijen	Beleidsstrategieën
Afdelingsteam	Duidelijke informatie verstrekken bij de opstart van het project over de volledige inhoud van het project en de nodige kennis verlenen. Een globale consensus creëren (bv. de opleiding aangaande voedingsaanbevelingen, de toelichting van het onderzoek). Ruimte bieden aan verpleegkundigen om hun mening en ervaringen te uiten (bv. met betrekking tot de bijkomende werklast die het project met zich zal meebrengen). Observatie van de verpleegkundige activiteiten bij aanvang van het project. Informereren aangaande genomen beslissingen (feedback omtrent genomen acties van de stuurgroep). Evaluatiemomenten inbouwen waarin aanbevelingspunten aangereikt kunnen worden door het afdelingsteam (feedback). Voorbereiden tot, en betrekken bij de verandering (bv. begeleiden van verpleegkundigen bij het afnemen van de eerste MNA's, onduidelijkheden uitklaren,...).
Referentie-verpleegkundige voeding	Duidelijke informatie verstrekken bij de opstart van het project over de volledige inhoud van het project en de nodige kennis verlenen. Insluiten in de stuurgroep. Activiteiten observeren. Voorbereiden tot, en betrekken bij de verandering. Haalbaarheid van genomen acties bevragen (bv. werkbelasting) . Duidelijke taakomschrijving aanbieden. Wegwijs maken in het domein van de voeding en informatiebronnen aanreiken.
Geriatr	Insluiten bij de kernactiviteiten van het project. Voorbereiden tot de verandering, duidelijke informatie verstrekken en betrekken in de stuurgroep.
Diëtiste	Samenwerken bij de kernactiviteiten van het project. Voorbereiden tot de verandering, duidelijke informatie verstrekken en betrekken in de stuurgroep.

3.2.4 Interventieontwikkeling

Tabel 7. De betrokken partijen: evaluatie na 4 maand

Voornaamste betrokken partijen	Aanpassingen: 4 maanden later
Verpleegkundige directie	Toestemming verkrijgen tot de extra tewerkstelling van de diëtiste Duidelijke informatie verstrekken over het verloop van het onderzoek
Kwaliteitscoördinator	Informeren over wijzigingen gedurende het onderzoek. Betrekken bij evaluatiemomenten om via een cyclisch proces de geïmplementeerde interventie opnieuw bij te stellen.
Hoofdverpleegkundige	Stimuleren om de betrokkenheid van de verpleegkundige equipe tot de malnutritieproblematiek te verhogen. Betrekken bij evaluatiemomenten om via een cyclisch proces de geïmplementeerde interventie opnieuw bij te stellen. Ondersteuning bieden bij het vinden van een evenwicht tussen de bestaande organisatie en nieuwe praktijk.
Afdelingsteam	Activiteiten op de afdeling observeren. Persoonlijke initiatieven aanmoedigen. Ondersteuning bieden aan de afdeling op momenten waarop er een onderbestaffing is. Informeren over genomen beslissingen. Ruimte bieden voor feedback opdat zorgverstrekkers aanbevelingen kunnen aanreiken. Consensus zoeken, sensibiliseren, stimuleren, motiveren en betrekken bij wijzigingen gedurende het onderzoek. Stimuleren om OVS op de gepaste T° aan te bieden en te spreiden doorheen de dag. Stimuleren om de vocht- en voedingsbalans nauwgezet in te vullen. Stimuleren om het gewicht van patiënten wekelijks te nemen
Referentie-verpleegkundige voeding	Sensibiliseren. Consensus zoeken, stimuleren en motiveren bij wijzigingen gedurende het onderzoek. Kennis vergroten en inzicht verschaffen in het project opdat zij een direct aanspreekpunt wordt voor collega's. Betrekken bij evaluatiemomenten om via een cyclisch proces de geïmplementeerde interventie opnieuw bij te stellen.
Geriatr	Sensibiliseren en informeren over de wijzigingen gedurende het onderzoek.
Diëtiste	Bevestiging bieden aan het screeningswerk en aan de degelijke multidisciplinaire follow-up. Stimuleren, motiveren en betrekken bij wijzigingen gedurende het onderzoek. Sensibilisatie en zoeken naar consensus. Aandringen om follow-up hoofdzakelijk op ondervoede- en risicopatiënten te richten. Betrekken bij evaluatiemomenten om via een cyclisch proces de geïmplementeerde interventie opnieuw bij te stellen.

3.2.5 Resultaten na fase 2

3.2.5.1 Resultaten in verband met de vooropgestelde doelstellingen

Enkele resultaten in verband met de vooropgestelde doelstellingen in de geriatrische afdelingen:

- De toegenomen werkbelasting voor de diëtisten heeft bijgedragen tot een verhoogd tewerkstellingspercentage in meerdere ziekenhuizen. Een toename in het aantal tewerkstellingsuren moest de uitbouw van een geriatrisch voedingsbeleid met follow-up toelaten. Deze toename varieerde van 5 uur tot 19 uur per week;
- Alle patiënten worden bij opname systematisch gescreend;
- Aan de diëtiste wordt meegedeeld welke patiënten een MNA <24 hadden (In twee afdelingen werd een minimumscore van 17 gehanteerd). Deze patiënten krijgen een diëtistisch consult.
- Bij patiënten met een problematische MNA score of waarbij een voedingsprobleem wordt vermoed, wordt gedurende 3 dagen een voedingsfiche ingevuld. Op basis van deze fiche maakt de diëtiste een geïndividualiseerd voedingsplan op.
- Er wordt systematisch gescreend naar problemen in verband met voeding (slik- en kauwproblemen worden multidisciplinair aangepakt en besproken).
- De follow-up van de voedingstoestand tijdens de opname van de patiënt gebeurt op basis van de wekelijkse evolutie van het gewicht en orale voedselintake. In geval van gewichtsdeling, bij verminderde eetlust of wanneer verslechtering van de voedingstoestand wordt vermoed, wordt de diëtiste verwittigd en kan de patiënt van dezelfde systematische aanpak genieten als bij ondervoeding.
- De geïndividualiseerde voedingsaanpak wordt in het verpleegdossier van de patiënt beschreven (MNA score, evolutie van het gewicht, onderliggende problemen, diëtistisch consult en evolutie). De MNA score wordt in het medisch dossier opgenomen (Als merkteken wanneer de patiënt opnieuw wordt opgenomen).

3.2.5.2 Secundaire resultaten

Gedurende het project werd door de stuurgroep de mogelijkheid nagegaan om alle geriatrische patiënten, niet alleen zij die op de afdeling geriatrie verbleven, van de volgende voordelen te laten genieten:

- Verrijking van alle soepen (dit werd mogelijk gemaakt in twee ziekenhuizen, dankzij de ondersteuning van diëtisten en geriaters).
- In twee ziekenhuizen neemt de verpleegkundige van de interne geriatrische liaison de MNA af bij alle patiënten met een geriatrisch profiel in het ziekenhuis. Deze systematische screening wordt gelinkt aan de voedingsaanpak indien de MNA < 17.
- Op 1 afdeling nam een thuisverpleegkundige deel aan het multidisciplinair overleg, waardoor het terrein kon worden voorbereid voor een transmurale aanpak.

Naast de bijkomende voordelen voor de patiënt verklaarde het verpleegteam dat ze nieuwe inzichten hadden verworven in de omvang en de mogelijke gevolgen van het probleem. Dit komt aan bod bij de analyse van de open vragen van de DINAMO-vragenlijsten (Hoofdstuk 4).

3.2.6 Meting na implementatie : SANN 2 en DINAMO

Om na de interventie een eventuele evolutie in de attitude van de zorgverleners te kunnen nagaan, werden de SANN vragenlijsten, samen met de DINAMO-vragenlijsten, een tweede maal aan de hulpverleners overhandigd (eind mei). De vragenlijsten werden verder verdeeld via de hoofdverpleegkundigen. De verdeling van de vragenlijsten aan de verpleegkundigen gebeurde in afwezigheid van de onderzoeker. Dit verklaart waarom de omstandigheden waarin deze vragenlijsten overhandigd en ingezameld werden, niet gekend zijn.

De mening van de hoofdverpleegkundigen en het verpleegkundig team was dat de nieuwe voedingsaanpak een verhoogde werklast tot gevolg had (systematische afname van de MNA, gewichtsmeting en –vergelijkingen en volgen van de voedingsintake). Hierdoor werd het invullen van de SANN en de DINAMO vragenlijst als zwaar ervaren.

Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor het lager aantal ingevulde vragenlijsten van post-SANN (111) in vergelijking met pre-SANN (163). In het geval van de DINAMO-vragenlijsten, werden er slechts 87 exemplaren ingevuld.

De resultaten in verband met deze vragenlijsten worden eveneens in hoofdstuk 4 besproken.

3.3 Fase 3: Kwaliteitscontrole en feed-back

Tabel 8. Criteria gekozen door de stuurgroep + de indicator

Vraag	Indicator
Werden alle opgenomen patiënten gescreend op ondervoeding?	Aantal MNA's uitgevoerd bij de opgenomen patiënten.
Wanneer MNA <17 (op sommige afdelingen: MNA<24):	
- een diëtistisch consult?	Het aantal patiënten met een MNA <17 waarbij de diëtiste langskwam (op sommige afdelingen: MNA< 24)
- opvolging van de voedingsintake gedurende 3 dagen?	Het aantal patiënten met een MNA <17 waarbij de voedingsfiche gedurende 3 dagen werd ingevuld (op sommige afdelingen: MNA< 24)
- verrijking van de voeding en/ of OVS?	Het aantal patiënten met een MNA <17 aan wie OVS of verrijkt voedsel werd aangeboden (op sommige afdelingen: MNA< 24)
- werd de voedingsaanpak bij deze patiënt besproken op het multidisciplinair overleg	Het aantal patiënten met een MNA <17 die besproken werden op het multidisciplinair overleg (op sommige afdelingen: MNA< 24)
Kregen alle patiënten met een gewichtsval of met een verminderde eetlust tijdens de ziekenhuisopname eenzelfde voedingsaanpak als patiënten die bij opname een MNA < 17 hadden (op sommige afdelingen: MNA< 24)?	

Deze items kunnen, op driemaandelijke basis, door de referentieverpleegkundige geëvalueerd worden. Deze observaties kunnen via de hoofdverpleegkundige teruggekoppeld worden naar het zorgverlenend team. Daarnaast wordt na afloop van het project een moment voorzien waar de referentieverpleegkundige, in aanwezigheid van de onderzoeker, feedback geeft aan het team over de resultaten sinds het einde van fase 2. De onderzoeker gebruikt deze gelegenheid om het geheel van de resultaten van het proces voor te stellen (validatie).

3.4 Evaluatie van de tijdsinvestering voor de implementatie

Onderstaande gegevens houden geen rekening met het verzamelen van de gegevens door het onderzoeksteam maar leggen voornamelijk de nadruk op het eigenlijke implementatieproces. Het gaat dus om de tijdsinvestering van de instelling en niet van de onderzoeker zelf.

Tabel 9. Tijdsinvestering voor de implementatie

Maand	Activiteit	Schatting per persoon of per patiënt	Totaalschatting
februari	Stuurgroepvergadering	3x 1 h (5 personen)	15
	Bijscholing	1h30 (voltallige zorgverlenend team in geriatrie)	22,5 ^a
maart	Stuurgroepvergadering	1h (5 personen)	5
	MNA	15 à 20 minuten per patiënt	6,25 ^b
april	Stuurgroepvergadering	1h (5 personen)	5
	MNA	10 à 15 minuten per patiënt	5
mei	Stuurgroepvergadering	1h (5 personen)	5
	MNA of follow-up	2 à 8 minuten per patiënt	2,5 ^c
juni	Stuurgroepvergadering	1h (5 personen)	5
	MNA of follow-up	2 à 8 minuten per patiënt	2,5
TOTAAL			73,75

^a op basis van 15 deelnemers

^b op basis van 25 patiënten

^c Deze cijfers geven gemiddelden weer en worden louter ter indicatie aangegeven. De duur voor de afname van een MNA bij opname varieerde sterk van de ene patiënt naar de andere. De tijd nodig om een MNA af te nemen bij een slechthorende of verwarde patiënt, die bovendien moeilijk te mobiliseren was om op de zitweegschaal te zitten, zal sowieso veel hoger liggen dan bij een valide patiënt zonder mobiliteits- of communicatieprobleem.

4 Conclusie van de implementatiefasen

Door een nauwkeurige analyse van de actuele situatie op de participerende afdelingen inzake:

- structuur,
- cultuur van het werkveld,
- communicatie,
- leiderschapsstijl,
- bekwaamheden en attitudes van de zorgverleners,
- inzet jegens kwaliteitszorg,
- beschikbaarheid van de hulpbronnen,
- verhoudingen tussen de diensten,
- maar vooral de invloed en de ondersteuning van de betrokken partijen,

verliep het implementatieproject succesvol. De vooropgestelde doelstellingen, waarvan een lijst in het begin van het project werd opgemaakt, werden bereikt.

Eén van de cruciale factoren voor het succesvolle verloop van het project bestaat eruit de multidisciplinariteit te benadrukken. Door vooraf duidelijk de rollen te definiëren en de verschillende taken te verdelen laat dit toe het hoofd te bieden aan de verhoogde werklast die de nieuwe voedingsaanpak met zich meebracht.

Na het op de hoogte brengen van de directie van de (hoge) prevalentiecijfers van ondervoeding (sommige weken liep deze prevalentie tot 50%), werd als reactie hierop (in twee ziekenhuizen) de werktijd van de diëtisten voor deze afdelingen verhoogd, in één geval tot 50%.

De bewustwording van de betrokken partijen buiten de afdelingen zelf werkte motiverend voor de zorgverleners op de afdelingen. Deze konden vaststellen dat er gehoor werd gegeven aan hun behoeften in verband met de verhoogde werklast.

Twee sleutelrollen verdienen extra-aandacht : de referentieverpleegkundige in voeding (of de diëtiste) en de hoofdverpleegkundige.

In het geval van de referentieverpleegkundige zal er extra aandacht moeten geboden worden aan het feit dat zij een formeel mandaat moet krijgen voor haar opdracht, dat zij bijgeschoold moet worden, dat zij deel uitmaakt van het team, dat ze over de nodige expertise beschikt in het domein van de voeding en dat ze over de nodige bekwaamheden beschikt om het team te motiveren.

Aan de hoofdverpleegkundige wordt gevraagd, naast het instaan voor het dagdagelijkse beheer, een veranderingsfiguur te zijn. De moeilijkheid ligt niet in het vervullen van de leidinggevende activiteiten die aan de verandering te wijten zijn, maar het feit dat dit in veranderende werkomgeving dient plaats te vinden.

Een steeds terugkerend probleem gedurende het proces was de communicatie met de keuken. De beslissingen die door de stuurgroep werden genomen brachten veranderingen met zich mee in de organisatie van de keuken (verrijking van de soepen, verandering van uur om de soepen uit te delen om de maaltijden op te splitsen,). Omdat deze veranderingen vaak weerstand met zich meebrachten stelt het onderzoeksteam voor om, in de toekomst, voor gelijkaarige projecten ook de keukenverantwoordelijke dichter te betrekken bij het project.

Hoofdstuk 4 : Resultaten

Dit hoofdstuk zal handelen over de eigenschappen van de zorgverleners; de resultaten van de SANN-schaal (Staff Attitude of Nurses towards Nutrition care): (1) enerzijds op afnamemoment 0 bij aanvang van het project en (2) anderzijds de afname van de SANN na implementatie van de richtlijn; tot slot worden de resultaten van de vragenlijst omtrent de veranderingsbereidheid van zorgverleners besproken (DINAMO).

Vervolgens worden de patiëntengegevens gerapporteerd. Dit omvat een beschrijving van de patiëntenkarakteristieken, in het bijzonder deze in relatie met ondervoeding en de resultaten van de MNA (Minimal Nutritional Assessment).

1 Afdelingskarakteristieken

In totaal namen 6 ziekenhuizen deel aan de studie. De participerende instellingen waren:

- AZ Groeninge Kortrijk,
- AZ Maria Middelaars – campus Sint-Jozef Gentbrugge,
- AZ Sint-Rembert Torhout,
- AZ Sint Vincentius Deinze,
- CHR Haute Senne, site le Tilleriau,
- CH Jolimont-Lobbès, site de Lobbès.

In elk van deze ziekenhuizen nam één geriatrische afdeling deel aan het onderzoek, uitgezonderd in A.Z. Groeninge waar de 3 aanwezige geriatrische afdelingen participeerden in de studie.

De karakteristieken van de verschillende participerende afdelingen werden in tabel 2 (p 48) weergegeven. Deze tabel rapporteert de items zoals deze geïdentificeerd werden door het onderzoeksteam en de stuurgroep. De evolutie van de verschillende items gedurende het project wordt beschreven in het hoofdstuk 3.

De participerende ziekenhuizen worden in het resultaatdeel niet met namen genoemd; maar worden in een zekere volgorde omschreven als ziekenhuis, A, B, C, D, E, F, G en H.

2 Personeelskarakteristieken

In totaal werden in dit onderzoek 205 hulpverleners bevraagd. Een overzicht van de verdeling over de verschillende ziekenhuizen wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Aantal bevraagde zorgverleners per ziekenhuis

	n (= zorgverleners)	Respons rate per afdeling
A	25	86%
B	25	100%
C	30	80%
D	26	100%
E	26	96%
F	25	76%
G	29	100%
H	19	100%
TOTAAL	205	

De attitude werd twee maal bevraagd aan de hand van de SANN-vragenlijst. De eerste vragenlijsten (SANN 1) werden afgenomen in het begin van het onderzoek (eind januari 2008). Op het einde van het implementatieproces (begin juni 2008) werden de vragenlijsten opnieuw afgenomen (SANN 2) wat toeliet een mogelijke verandering in attitude waar te nemen bij de zorgverleners voor en na de interventie van het onderzoeksteam.

De DINAMO vragenlijst werd eind mei 2008 afgenomen om de veranderingsbereidheid bij zorgverleners te meten.

In totaal werden 205 SANN-vragenlijsten verdeeld bij de eerste afname; 169 zorgverleners vulden de vragenlijst in (respons rate: 82,4%) en 163 vragenlijsten waren bruikbaar (respons rate: 79,5%). De 36 vragenlijsten die niet ingevuld werden, hadden betrekking op vragenlijsten die uitgedeeld waren aan personen van het middenkader, de geriater of personen uit het multidisciplinair team

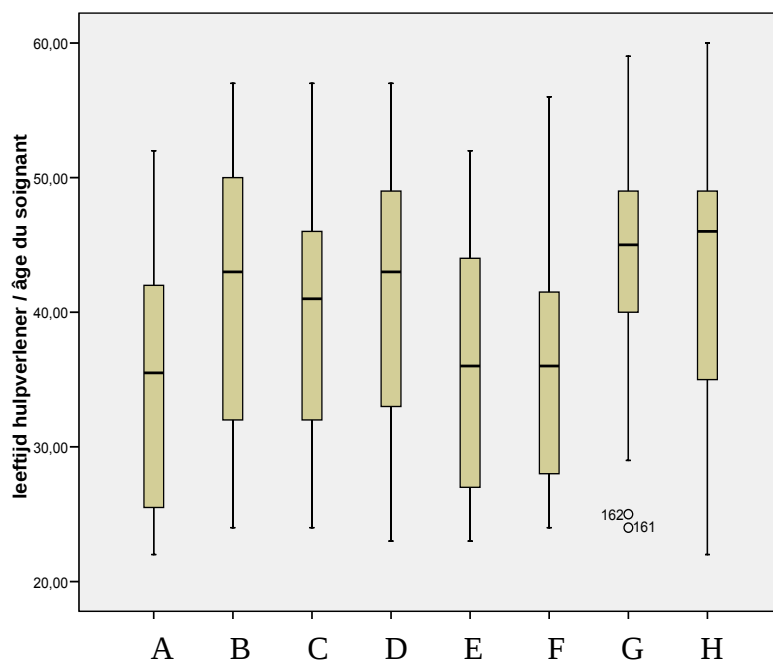
De grote meerderheid van de bevraagde zorgverleners was van het vrouwelijke geslacht (93%). De gemiddelde leeftijd bedroeg 40 jaar met een range van 22 tot 60 jaar (SD=10,12). Er was een significant verschil in leeftijd tussen de verschillende ziekenhuizen. Zo bijvoorbeeld was de gemiddelde leeftijd in ziekenhuis A (35 jaar) significant lager dan in ziekenhuis G (44 jaar) ($F_{(7,189)} = 2,69$; $p=0.01$) (tabel 2).

Tabel 2. De gemiddelde leeftijd van de zorgverleners per ziekenhuis

Ziekenhuis	Gemiddelde leeftijd	SD	Minimum	Maximum
A	35,0	9,5	22	52
B	41,6	9,8	24	57
C	39,3	10,1	23	57
F	36,3	9,7	24	56
G	43,8	9	24	59
H	42,3	10,5	22	60

Figuur 1 toont de leeftijdsverdeling van de zorgverleners volgens de afdeling/ziekenhuis waar men is tewerkgesteld.

Figuur 1. Leeftijd van de zorgverlener per gezondheidsinstelling



Hulpverleners waren gemiddeld 16 jaar tewerkgesteld waarvan 10 jaar op een geriatrische afdeling. Net zoals de leeftijd van de zorgverleners was ook de werkervaring met ouderen significant hoger in het ziekenhuis G (19 jaar) in vergelijking met het ziekenhuis A (4 jaar) ($F_{(7,63)} = 2,8$; $p = 0,013$).

Tabel 3. Percentage zorgverleners met anciënniteit minder of meer dan 5jaar

	afdeling								
	A	B	C	D	E	F	G	H	Totaal
< 5 jaar anciënniteit	38,9%	47,4%	16,0%	33,3%	40,0%	35,3%	23,5%	26,7%	32,3%
> of = 5 ans anciënniteit	61,1%	52,6%	84,0%	66,7%	60,0%	64,7%	76,5%	73,3%	67,7%

Tabel 3 toont aan dat de anciënniteit van de zorgverleners in alle ziekenhuisafdelingen grotendeels boven de 5 jaar ligt. Deze verschillen tussen afdelingen zijn niet significant ($\chi^2=6,81$; $df=7$; $p=0,45$).

Het merendeel van de bevraagde hulpverleners waren gegradueerde (37%) of gebrevetteerde (47%) verpleegkundigen. Deze vraag werd niet ingevuld door 49 personen (25% van de respondenten). Dit betreft personen van wie het diploma niet weergegeven was in de vragenlijst: geriater, psychologen, ergotherapeuten, logistieke hulp,...

Tabel 4. Het behaalde diploma van de zorgverleners

Diploma	n	Percentage
Bachelor verpleegkundige	58	37,2%
Gediplomeerde verpleegkundige	73	46,8%
Ziekenhuisassistente	19	12,2%
Zorgkundige	6	3,8%
TOTAAL	156*	100%

*De missing values, door het niet vermelden van het diploma, werden geëxcludeerd waardoor $n=156$ in plaats van $n=205$

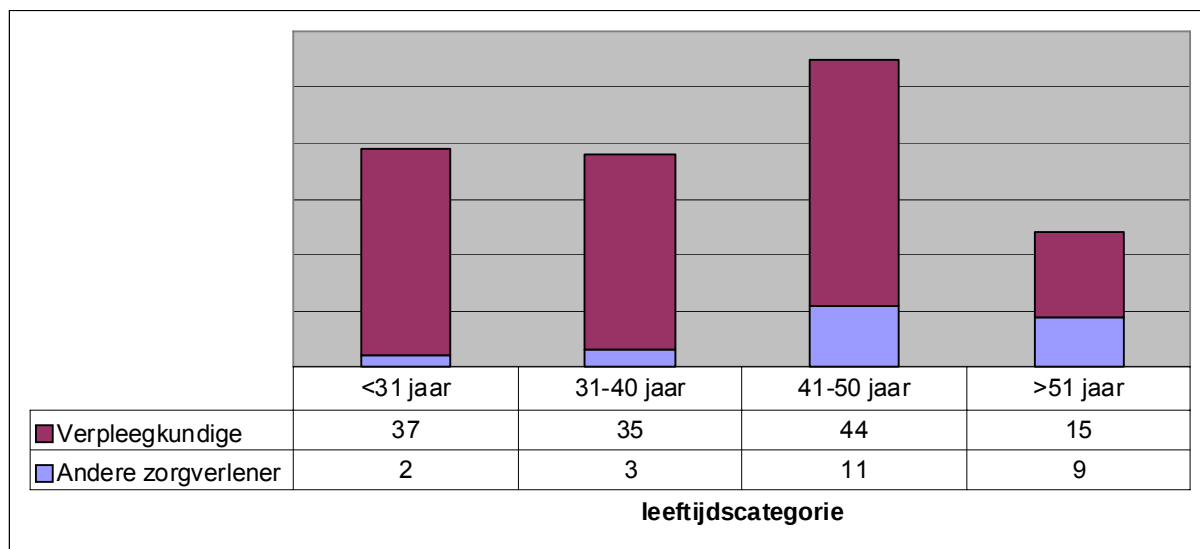
Binnen de groep van de jongste zorgverleners vonden we het hoogst aantal zorgverleners met een verpleegkundig diploma (gegradueerd/bachelor of gebrevetteerd/gediplomeerd). Dit aantal daalde met de leeftijd zoals weergegeven in tabel 5. De verschillen tussen de leeftijdscategorieën zijn statistisch significant ($\chi^2 = 14,18$; $df = 3$; $p = 0,003$).

Tabel 5. De relatie tussen de leeftijdscategorie en het diploma

	Leeftijdscategorie									
	<31 jaar		31 à 40 jaar		41 à 50 jaar		> 51 jaar		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Verpleegkundige	37	94,9	35	92,1	44	80	15	62,5	131	84
Andere zorgverleners	2	5,1	3	7,9	11	20	9	37,5	25	16
Totaal	39		38		55		24		156	

Onderstaande figuur (figuur 2) geeft de verschillen in leeftijdscategorie weer, opgesplitst volgens diploma: enerzijds de verpleegkundigen en anderzijds de overige zorgverleners.

Figuur 2. Leeftijdscategorie volgens diploma



De Kendall test toont een significante relatie aan tussen de leeftijdscategorie waartoe men behoorde en het hebben van een verpleegkundige diploma of brevet ($\tau = 0,26$; $N = 197$; $p = 0,03$). Dit betekent dat verpleegkundigen over het algemeen jonger waren dan andere medewerkers.

Over de 8 geriatrische afdelingen participeerden 205 zorgverleners aan het implementieproces. De leeftijd varieerde tussen 22 en 60 jaar. De gemiddelde leeftijd was variabel tussen afdelingen. De leeftijdsverschillen waren niet significant verschillend volgens de anciënniteit van de zorgverlener. De meerderheid van de zorgverleners waren verpleegkundigen (gegradueerd/bachelor of gebrevetteerd/gediplomeerd) en het opleidingsniveau evolueert met de leeftijd: jongere verpleegkundigen hebben vaker het diploma van gegraduateerd /bachelor verpleegkundige.

3 De SANN vragenlijst

In deze sectie worden de resultaten van SANN 1 en SANN 2 besproken. Vervolgens worden de resultaten van de 2 verschillende metingen met elkaar vergeleken om na te gaan of, door het implementeren van de interventie, de attitude van zorgverleners ten aanzien van het voedingaspect bij geriatrische patiënten gewijzigd is.

3.1 SANN 1 (=SANN voor implementatieproject)

Gedurende de eerste fase van het onderzoek werden bij de start van de bijscholing 169 vragenlijsten (SANN 1) aan de hulpverleners overhandigd. 163 werden ingevuld (respons ratio 96,5%).

3.1.1 Totale scores SANN 1

De behaalde scores op de SANN vragenlijst werden onderverdeeld in drie categorieën zoals in de oorspronkelijke versie (Christensson et al., 2003). De maximale score bedraagt 95. Een positieve attitude betekent dat de SANNscore hoger of gelijk aan 76 is; bij een gematigde attitude, ligt de SANN score tussen 57 en 76, een score lager dan 57 punten betekent een negatieve attitude ten aanzien van voeding bij geriatrische patiënten.

Bij de eerste meting hadden

- 18,4% zorgverleners een negatieve houding,
- 78,5 % zorgverleners hadden een gematigde attitude en
- 3,1% zorgverleners vertoonden een positieve attitude tegenover de voedingszorg.

De gemiddelde SANNscore was 62,5 punten; minimumscore 48, maximum 87 en SD=6,45.

3.1.2. SANN 1-scores per domein

De SANN-schaal is onderverdeeld in 5 domeinen (Christensson et al., 2003):
eigen vermogen,

- individualisatie van de zorg,
- belang aan voeding als aspect van de totale zorg,

- beoordeling van de voedingstoestand,
- zekerheid van de voedingsinname.

Tabel 6. Analyses van de SANN 1 scores per domein

Domein	Gemiddelde score	SD	Maximale waarde	Minimum score	Maximum score	Gemiddelde score op 100
Eigen vermogen	14,5	2,6	25	8	24	58
Individualisatie van de zorg	9,7	2,3	20	5	17	48,5
Belang aan voeding als aspect van de totale zorg	15,8	2,1	20	9	20	79
Beoordeling van de voedingstoestand	10,1	2,3	15	3	15	67,3
Zekerheid van de voedselinname	12,2	1,6	15	8	15	81,3

Tabel 6 synthetiseert de verschillende scores per domeinen. De kolom ‘maximale waarde’ bevat de maximale score die behaald kan worden per domein. De kolom met de gemiddelde score op honderd laat vergelijkingen toe tussen de pre en post meting alsook tussen domeinen onderling. Dit aangezien de maximale score per domein verschilt naargelang het aantal vragen dat opgenomen is in een domein.

Het domein “individualisatie van de zorg” behaalde de laagste scores (48,5%) en “zekerheid van de voedselinname” de hoogste (81,3%). De standaardafwijking was opmerkelijk lager in het domein “zekerheid van de voedselinname” (SD=1,6), dit wijst op een meer homogene verdeling van de scores van de hulpverleners rond het gemiddelde.

Meer algemeen kan gesteld worden dat het hoogst gescoord wordt op het domein ‘zekerheid van de voedselinname’. Nadien volgen respectievelijk de domeinen ‘belang aan voeding als aspect van de totale zorg’, ‘beoordeling van de voedingstoestand’, ‘eigen vermogen’ en ‘individualisatie van de zorg’.

3.1.3. SANN 1-scores per afdeling

In tabel 8 worden de verschillende categorieën in attitude voorgesteld per verzorgingsinstelling. Deze gegevens geven weer dat er bij het begin van het project verschillen waren in attitude tussen de verschillende instellingen. Een negatieve houding correspondeert met een SANN-score < 57, een gematigde houding omvat een score tussen 57 en 76 punten en een positieve houding komt overeen met een score > 76.

Tabel 7. Categorieën van SANN 1 per afdeling

Categorie	Ziekenhuis & afdeling								
	A	B	C	D	E	F	G	H	Totaal
Negatieve houding	2	2	5	4	2	10	1	4	30
Percentage	9,5%	10,0%	20,0%	17,4%	10,5%	55,6%	4,8%	25,0%	18,4%
Gematigde houding	17	17	20	18	17	8	19	12	128
Percentage	81,0%	85,0%	80,0%	78,3%	89,5%	44,4%	90,5%	75,0%	78,5%
Positieve houding	2	1	0	1	0	0	1	0	5
Percentage	9,5%	5,0%	,0%	4,3%	,0%	,0%	4,8%	,0%	3,1%
Totaal	21	20	25	23	19	18	21	16	163

In iedere instelling werden de hoogste percentages teruggevonden in de categorie 'gematigde houding (uitgezonderd afdeling F). De percentages overeenstemmend met een negatieve houding waren erg verschillend. Deze varieerden van 4,8% tot 55,6%.

In vier van de acht deelnemende afdelingen was er geen enkele hulpverlener die een score behaalde hoger dan 76, overeenstemmend met een positieve attitude. Dit percentage kon echter oplopen tot 9,5%.

3.1.4. Verdeling van de SANN1-scores per afdeling

Opdat verschillen in de SANN1-score tussen de verschillende ziekenhuisafdelingen kunnen worden nagegaan, werden de afdelingsscores tegenover elkaar uitgezet.

Tabel 8. Gemiddelde SANN 1-scores per afdeling

	Identificatie ZH & afdeling								
	A	B	C	D	E	F	G	H	Groeps-gemiddelde
Gemiddelde scores	64	63	63	62	63	56	66	60	62,4
SD	SD=6,9	SD=4,6	SD=7,1	SD=6,9	SD=4,1	SD=4,4	SD=6,6	SD=5,3	SD=6,45
Minscore	55	55	49	48	56	48	55	52	48
maxscore	79	76	75	81	71	56	87	72	87

De gemiddelde scores van SANN 1 variëren tussen 56 en 66. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn statistisch significant ($F_{(7,155)}=4,54$; $p<0,001$). Dit wil zeggen dat er een significant verschil is tussen de SANN-scores van zorgverleners naargelang de ziekenhuisafdeling. Uit de Tukey toets bleek dat afdeling F significant verschilt van de andere afdelingen ($p<0,04$), met uitzondering van afdeling H.

Voor de start van het implementatieproject had

- 18,4% van de hulpverleners een negatieve houding,
- 78,5% een gematigde houding en
- 3,1% een positieve houding tegenover de voedingszorg.

De attitude was het meest positief ten aanzien van de zekerheid van de voedselinname. Op het domein individualisatie van de zorg werden de laagste scores teruggevonden.

In elke afdeling had het merendeel van de hulpverleners een gematigde houding tegenover de voedingszorg. De verschillen tussen de betrokken afdelingen waren significant.

3.2. SANN 2

Na de implementatiefase van het onderzoek werd de SANN vragenlijst een tweede maal afgenomen (tussen 25 mei en 12 juni 2008). De vragenlijsten werden in bepaalde ziekenhuisafdelingen uitgedeeld tijdens een teamoverleg of overhandigd aan de hoofdverpleegkundige waardoor de respons rate niet berekend kon worden. Het totaal aantal ingevulde vragenlijsten SANN 2 bedroeg 111.

3.2.1. Totale SANN 2-scores

De gemiddelde SANN2-score bedroeg 63,4/95 punten, met een minimumscore van 50 en een maximumscore van 79.

- 3,6% van de zorgverleners bleek een positieve attitude te hebben (n =4);
- 78,4% een gematigde houding (n=87);
- 18% een negatieve houding (n=20).

3.2.2. SANN2- scores per domein

Tabel 9. SANN2-scores per domein

Domein	Gemiddelde scores en SD	SD	Minimum scores	Maximum scores	Theoretische maximum score	Score op 100
Eigen vermogen	14,75	2,5	10	22	25	59
Individualisatie van de zorg	9,7	2,6	4	18	20	48,5
Belang aan voeding als aspect van de totale zorg	15,7	1,9	10	19	20	62,8
Beoordeling van de voedingstoestand	10,9	2,2	6	15	15	72,7
Zekerheid van de voedselinname	12,3	1,6	9	15	15	82

Tabel 9 geeft weer dat net zoals bij de resultaten van SANN 1 het domein “individualisatie van de zorg” het laagst scoorde (score op 100: 48,5%) en “zekerheid van de voedselinname” het hoogst (82%).

Ook de spreiding van de gemiddelde waarden volgde dezelfde trend als bij de resultaten van SANN 1, waarbij het domein “zekerheid van de voedselinname” de meest homogene groep vormde (SD= 1,6). De kolom ‘maximum waarden’ van de tabel bevat de maximale score die behaald kon worden per domein.

3.2.3. Categorieën van de SANN2- score per afdeling

Tabel 10. Categorieën van SANN2 per afdeling

	Ziekenhuis								
	A	B	C	D	E	F	G	H	Totaal
Negatieve attitude	2	2	3	2	4	7	0	0	20
Percentage	15,4%	11,1%	15,8%	28,6%	30,8%	38,9%	0%	0%	18,0%
Gematigde attitude	11	16	16	5	9	11	14	5	87
Percentage	84,6%	88,9%	84,2%	71,4%	69,2%	61,1%	93,3%	62,5%	78,4%
Positieve attitude	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Percentage	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6,7%	37,5%	3,6%
Totaal	13	18	19	7	13	18	15	8	111

Zoals uit de resultaten van SANN 1 vragenlijsten naar vóór komt, waren de meeste hulpverleners terug te vinden in de groep met de gematigde houding (78,4%). Dit aantal schommelde tussen 61,1% en 93,3%. Opmerkelijk is wel dat in 6 van de 8 afdelingen geen enkele hulpverlener een positieve houding t.a.v. voeding scoorde.

Tabel 11. Verdeling van de SANN2-scores per ziekenhuis

Categorie	Identificatie ZH & afdeling								
	A	B	C	D	E	F	G	H	Gemiddelde van alle afdelingen
Gemiddelde scores	62	65	63	63	60	58	68	71	62,4
SD	5	5,6	6,3	5,9	4,4	5,2	5,4	7,3	6,45
minscore	54	53	53	57	54	50	58	58	48
maxscore	72	73	74	74	67	70	77	79	87

De gemiddelde scores varieerden tussen 58 tot 71. De meest homogene groep van antwoorden werd gezien op afdeling E (SD=4,4) en de minst homogene groep bevond zich op ziekenhuisafdeling H (SD=7,3). De onderlinge verschillen waren statistisch significant ($F_{(7,103)}=7,225$; $p<0,0005$). Dit geeft aan dat de attitude significant verschilt tussen afdelingen.

Na het implementatieproject had

- 18% van de hulpverleners een negatieve houding,
- 78,4 een gematigde houding en
- 3,6% een positieve houding tegenover de voedingszorg.

Net zoals voor de start van het project scoorde het domein individualisatie van de zorg het laagst en de zekerheid van de voedselinname het hoogst.

Het merendeel van de hulpverleners toonde ook na het project een gematigde houding tegenover de voedingszorg. De verschillen tussen de betrokken afdelingen waren significant.

3.3. Vergelijking van de SANN-scores voor en na de implementatie

Voor deze analyse werden enkel de vragenlijsten in rekening gebracht van respondenten die zowel de SANN bij aanvang van het project alsook bij afloop van de studie ingevuld hebben.

Het aantal zorgverleners die de SANN op beide momenten ingevuld heeft, bedroeg 81. De uitgevoerde analyses beperken zich op laatstgenoemde groep.

3.3.1. Analyses voor alle afdelingen samen

Na vergelijking van de totale pre-SANN en post-SANN- scores werd gezien dat

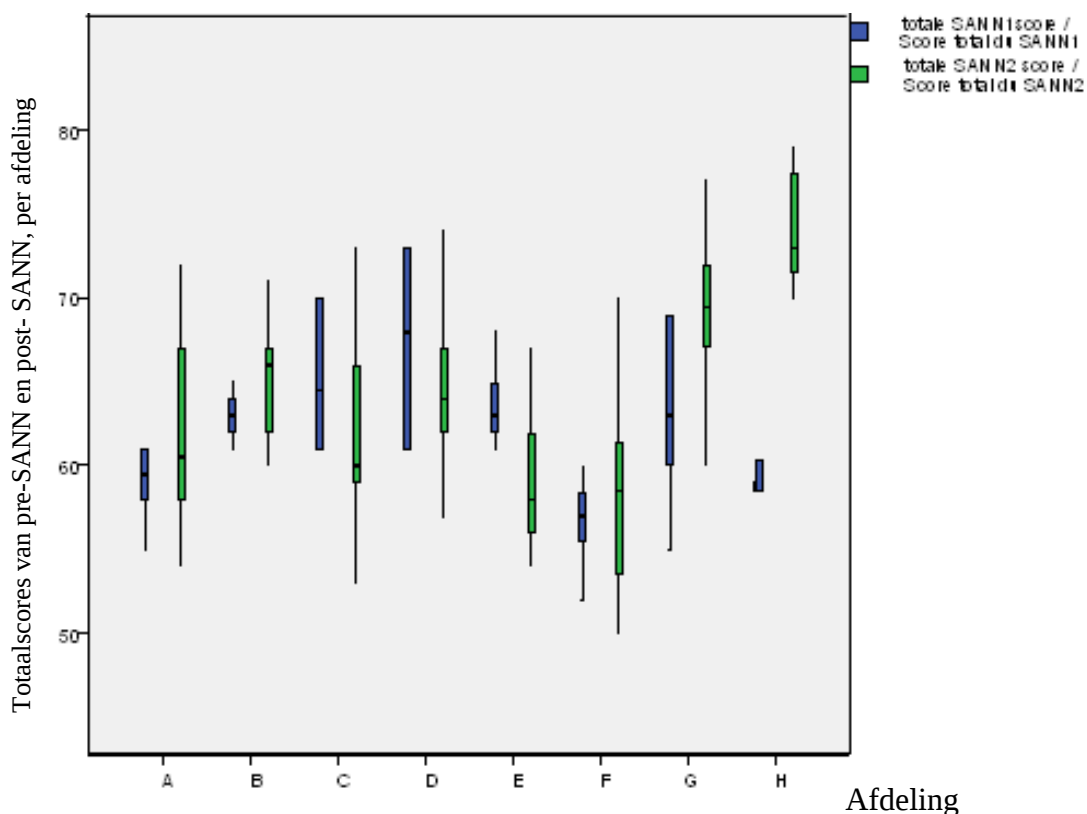
- de gemiddelde score licht gestegen was van 62,09 (SD= 6,2) naar 63,55 (SD=6,89);
- de minimumscore gestegen was van 48 naar 50 ;
- de maximumscore gedaald was van 87 naar 79.

Het verschil tussen de gemiddelde SANN1 en SANN2 score was volgens de gepaarde t-test niet significant ($t = -1,75$; $df = 80$; $p = 0,084$).

3.3.2. Analyses op afdelingsniveau

Onderstaande figuur geeft de resultaten weer van de 2 SANN scores (pre-post) volgens ziekenhuisafdeling.

Figuur 3. Vergelijking tussen de pre-SANN en post-SANN-scores, per ziekenhuis



Uit figuur 3 blijkt dat afdeling G en H beter scoorden ten opzichte van de andere afdelingen. De scores van de andere afdelingen zijn vergelijkbaar met elkaar. Vooral afdeling C en E scoorden minder goed.

3.3.3. Analyses volgens de attitude van pre-SANN

Vervolgens werd nagegaan of er een verband bestond tussen de attitude van de zorgverlener voor het implementatieproces (negatief, gematigd of positief) en de post-SANN-score.

Van de zorgverleners met een negatieve attitude op pre-SANN (n=16) hadden

- 12 een hogere score op post-SANN,
- 3 een lagere score op SANN post,

- 1 een gelijkaardige score.

Van de zorgverleners met een gematigde attitude (n=63) had

- 46% een betere score op SANN post,
- 6,3% een gelijkaardige score op post-SANN,
- 47,6% een lagere score op post-SANN

De twee zorgverleners met een positieve houding hadden bij afloop van het project een lagere post-SANN-score.

De wijzigingen in de attitude van zorgverleners ten opzichte van de post-SANN-scores waren significant verschillend ($\chi^2=6,99$;df=2 ;p=0,030).

3.3.4. Vergelijking van de totale pre-SANN- en post-SANN scores per domein

Tabel 12. Vergelijking totaal scores pre-SANN en post -SANN per domein (n=81)

Domein	SANN 1	SANN 2
Eigen vermogen	58%	59%
Individualisatie van de zorg	48,5%	48,5%
Belang aan voeding als aspect van de totale zorg	79%	62,8%
Beoordeling van de voedingstoestand	67,3%	72,7%
Zekerheid van de voedselinname	81,3%	82%

De laagste score werd gezien bij het domein “Individualisatie van de zorg”. De hoogste score werd gezien bij het domein “Zekerheid van de voedselinname”.

In het domein “belang van voedsel als aspect van de totale zorg” was het percentage gedaald van 79% naar 62,8%. In het domein “beoordeling van de voedingstoestand” daarentegen waren de scores gestegen van 67,3% naar 72,7%.

Deze verschillen waren statistisch niet significant, behalve voor het domein “beoordeling van de voedseltoestand” ($t= -3,006$, df=80, $p= 0,004$).

Een scoredaling op het domein 'Belang van voeding als onderdeel van de totale zorg' kan mogelijks verklaard worden door een verschuiving in de verantwoordelijkheid ten aanzien van de voedingszorg. De aanpak van voedingsproblemen werd namelijk gewijzigd gedurende het implementatieproces. Voor de aanvang van het onderzoek werd de voedingsstatus van de patiënt beoordeeld en opgevolgd door de verpleegkundigen. Gedurende het project werd echter gestreefd naar een multidisciplinaire samenwerking waarbij de expertise van de diëtiste een prominente plaats in nam. De zorg voor voeding werd systematisch opgenomen in de verpleegkundige basiszorg voor geriatrische patiënten, maar kansen werden ook gecreëerd ten aanzien van de diëtiste opdat zij kon instaan voor de opstart van een individueel voedingsplan, de geriatrische patiënt kon opvolgen gedurende zijn/haar ziekenhuisverblijf, voedingsadviezen kon communiceren bij ontslag van de patiënt. Dit kan er toe geleid hebben dat verpleegkundigen de voedingszorg minder als onderdeel beschouwen van de totale zorg en dus waarschijnlijk als minder 'belangrijk' ervaren.

Na vergelijking van de attitudescores tussen het eerste en tweede meetmoment kan worden vastgesteld dat 75% van de hulpverleners, die bij de start een negatieve houding hadden, een hogere score behalen op het tweede meetmoment. Deze wijzigingen in de attitude waren significant.

De gemiddelde score binnen het domein beoordeling van de voedingstoestand was gestegen.

3.4. Relatie tussen de professionele werkervaring van de zorgverlener en de SANN score.

De voorkeur werd gegeven om de relatie tussen het aantal jaren professionele werkervaring met ouderen en de SANN score te onderzoeken in plaats van de relatie tot de leeftijd van de zorgverlener. Er kon geen significante relatie gevonden worden tussen het aantal jaren werkervaring met ouderen en de behaalde score op pre-SANN ($r=0,17$; $p = 0,15$).

3.5. Relatie tussen het diploma van de zorgverlener en de SANN score.

Er werd nagegaan of het diploma van de hulpverlener meebepalend was voor de behaalde SANN score.

Tabel 13. Relatie tussen het diploma van de zorgverlener en de attitude ten aanzien van voeding bij ouderen (SANN)

Opleiding	Bachelor in de verpleegkunde/ gegradueerde verpleegkundige		Gediplomeerde/ gebrevetteerde verpleegkundige		Ziekenhuis-assistent		Verzorgende		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positieve attitude	4	7	1	1,4	0	0	0	0	5	3,3
Gematigde attitude	51	89,5	50	70,4	11	61,1	5	83,3	117	77
Negatieve attitude	2	3,5	20	28,2	7	38,9	1	16,7	30	19,7

De gegradueerde verpleegkundigen vormden de grootste groep bij de hulpverleners met een positieve attitude (7%). De ziekenhuisassistenten vormden de grootste groep bij de hulpverleners met een negatieve attitude (39%). Deze verschillen waren statistisch significant ($F_{(3,148)}=11,53$; $p<0,001$) en de Tukey post-hoc test bevestigt dit verschil in attitude voor gegradueerde verpleegkundigen ($p<0,001$). In de prevalentietmeting van 2007 (Defloor et al, 2007) werd een gelijkaardige relatie gerapporteerd tussen de opleiding van zorgverlener en de attitude ten aanzien van de voedingszorg.

3.6. Relatie tussen de evolutie tussen pre-SANN en post-SANN en de karakteristieken van zorgverleners

Er werd nagegaan of er een verband bestaat tussen de karakteristieken van de zorgverleners en de attitudewijzigingen gedurende het implementatieproces. Volgende eigenschappen werden bestudeerd:

- anciënniteit (meer of minder dan 5 jaar anciënniteit op de afdeling),
- opleidingsniveau (verpleegkundige of niet-verpleegkundige),
- ziekenhuisafdeling.

Er werd geen significante relatie gevonden tussen de attitudewijziging van de zorgverleners, gedefinieerd door een evolutie van pre-SANN naar post-SANN enerzijds, en de anciënniteit van de zorgverleners ($p=0,25$). Er bleek evenmin een relatie te bestaan tussen de attitudewijziging en het opleidingsniveau ($p=0,96$). Er werd wel een relatie gevonden tussen

de attitudewijziging en de ziekenhuisafdeling waar de zorgverlener werkte ($r_s=0,226$; $N=81$; $p=0,043$).

Er kon geen verband aangetoond worden tussen het aantal jaren werkervaring met ouderen en de behaalde attitude score.

Gegradueerde hulpverleners vormden de grootste groep bij de hulpverleners met een positieve houding.

De afdeling waar de hulpverlener was tewerkgesteld bleek een invloed te hebben op een mogelijke attitudewijziging, hier kan een teameffect spelen. Anciënniteit en het opleidingsniveau bleken geen invloed te hebben op een eventuele attitudewijziging.

4 Dinamo

4.1. De Dinamo 3.0 vragenlijst

Zoals werd beschreven in het methodologisch kader (hoofdstuk 2) van dit onderzoek, werden van de DINAMO 3.0 vragenlijst 4 op zich staande, gevalideerde, domeinen geselecteerd.

Van de 64 initiële vragen werden onderstaande domeinen behouden:

- attitude : gevolgen voor het werk (vraag 1.1 tot 1.9) (9 vragen)
- veranderingsbereidheid (vraag 2.1 tot 2.4) (4 vragen)
- perceptie van de gedragscontrole :
 - o kennis en competentie : interne locus of control (vraag 2.5 tot 2.12) (7 vragen)
 - o Informatie en onzekerheid : externe locus of control (2.13 tot 2.19) (7 vragen)

Elke vraag kon beantwoord worden aan de hand van een vijf punt likert schaal (1 : helemaal niet akkoord; 2 : eerder niet akkoord; 3: geen mening; 4: eerder akkoord; 5 : helemaal akkoord).

Een score hoger dan 3,5/5 stemt overeen met een positieve veranderingbereidheid (Metselaar, 2008)

In dit onderzoek werden 86 DINAMO vragenlijsten ingevuld.

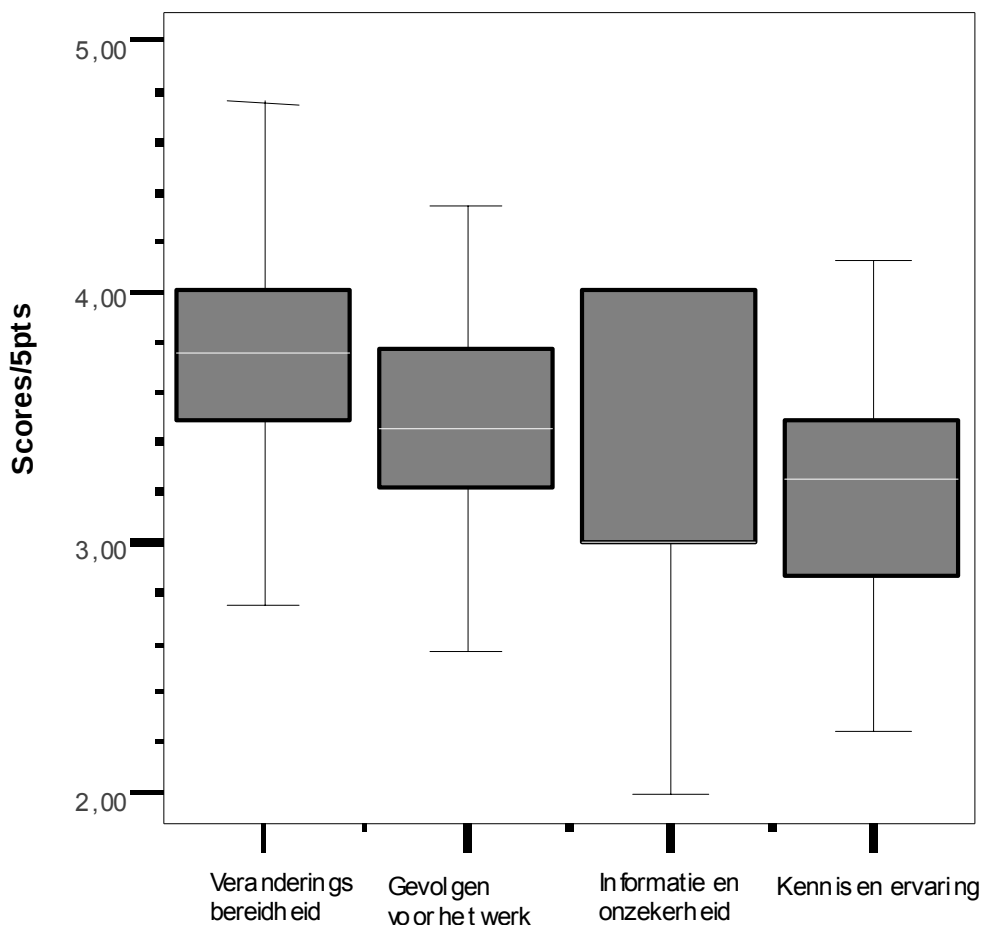
Tabel 14. Dinamo score per domein (score op 5)

	Domein			
	Attitude : gevolgen voor het werk	Veranderings- bereidheid	Kennis en ervaring	Informatie en onzekerheid
n (= aantal antwoorden)	80	79	74	77
Gemiddelde score	3,5	3,7	3,3	3,2
SD	0,42	0,52	0,43	0,55
Minimum score	2,56	2,50	2,25	2,00
Maximum score	4,78	5,00	4,63	4,00

In de domeinen ‘veranderingsbereidheid’ en ‘gevolgen voor het werk’ werd een score behaald van minimum 3,5/5.

Onderstaande grafiek (figuur 4) toont de verdeling van de resultaten per domein.

Figuur 4. Resultaten van de DINAMO vragenlijst per domein



Er werd geen verschil gevonden tussen de gemiddelde DINAMO scores per domein en/of verzorgingsinstelling.

- Gevolgen voor het werk : ($F_{(7,72)}=1,22$; $p=0,3$)
- Veranderingsbereidheid : ($F_{(7,71)}=0,7$; $p=0,67$)
- Kennis en ervaring : ($F_{(7,66)}=0,68$; $P=0,69$)
- Informatie en onzekerheid : $F_{(7,69)}=2,1$; $p=0,055$)

Er was een significant verband tussen de leeftijd van de zorgverlener en de totale DINAMO score ($r = 0,29$; $p = 0,03$). De veranderingsbereidheid nam toe met de leeftijd.

Er kon geen significante relatie aangetoond worden tussen het aantal jaren anciënniteit van de zorgverlener en de totale DINAMO score.

4.2. Scores van de Dinamo vragenlijst, per domein, per verzorgingsinstelling

In tabel 15 werden de zorgverleners ingedeeld volgens hun behaalde score (lager of hoger dan 3,5/5) per domein. Een score hoger dan 3,5/5 betekent een positieve veranderingsbereidheid.

Tabel 15. Scores van de Dinamo vragenlijst, per domein, per afdeling

	Afdeling															
	A		B		C		D		E		F		G		H	
	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5	<3,5	>3,5
Informatie en onzekerheid	6	2	7	5	1	0	7	0	5	3	4	1	11	1	4	4
Kennis en ervaring	7	1	10	2	1	0	5	2	6	2	4	1	7	5	6	2
Gevolgen voor het werk	4	4	5	7	1	0	2	5	5	3	3	2	4	8	8	0
Veranderingsbereidheid	1	7	5	7	0	1	4	3	4	4	2	3	4	8	2	6

Uit tabel 15 blijkt dat het aantal hulpverleners dat geen positieve veranderingsbereidheid had systematisch groter was binnen de domeinen informatie/onzekerheid en kennis/ervaring.

In het domein 'gevolgen voor het werk' was in 3 van de 8 instellingen het aantal hulpverleners met een positieve veranderingsbereidheid groter. Binnen het domein veranderingsbereidheid was de groep zorgverleners groter met een positieve veranderingsbereidheid, behalve in instelling D.

4.3. Relatie tussen de SANN score en DINAMO score

Hulpverleners werden ingedeeld in drie groepen :

(1) hulpverleners bij wie de totale SANN-score *hoger* was op de pré-meting (SANN1 tegenover SANN2) en bijgevolg *gedaald* was, m.a.w. hulpverleners waarbij de attitude ten aanzien van voeding bij een geriatrische patiënt was gedaald.

(2) hulpverleners bij wie de totale SANN-score *gelijk* gebleven was op de post-meting (SANN1 tegenover SANN2), m.a.w. hulpverleners waarbij de attitude ten aanzien van voeding bij een geriatrische patiënt onveranderd was.

(3) hulpverleners bij wie de totale SANN-score *lager* was op de pré-meting (SANN1 tegenover SANN2) en bijgevolg *gestegen* was, m.a.w. hulpverleners waarbij de attitude ten aanzien van voeding bij een geriatrische patiënt was gestegen.

De drie groepen werden onderling vergeleken op het gebied van hun veranderingsbereidheid (DINAMO). Er kon echter geen significant verschil gevonden worden voor de evolutie van SANN1 naar SANN2 en de DINAMO score ($\chi^2=0,076$;df=2 ;p=0,963).

4.4. Thematische analyse van de open DINAMO vragen

Hier volgt de verwerking van de antwoorden op de open vragen, gesteld in de DINAMO vragenlijst, van de zorgverleners zoals besproken in hoofdstuk 2.

Dit liet de hulpverleners toe om zich vrij te uiten over het project. Deze vragen maken eveneens deel uit van het model van Metselaar.

De antwoorden werden in dalende volgorde geklasseerd.

Als antwoord op de vraag naar de meerwaarde van het implementatieproject volgens de zorgverleners, werden volgende punten aangehaald :

- Individualisering en optimalisering van de zorg voor ondervoede patiënten of patiënten met risico op ondervoeding: Het project laat toe ondervoeding snel te herkennen en te behandelen. Doelgerichte acties werden ondernomen om ondervoeding aan te pakken (11 zorgverleners). Dit draagt bij tot algemene zorgverbetering (2 zorgverleners).

- De voedingsaanpak werd aangepast op maat van de patiënt .Deze individualisering droeg bij tot het welbevinden van de patiënt (3 zorgverleners) en de zorgverlener (1 zorgverlener).
- Er is een toegenomen bewustwording bij verpleegkundigen omtrent de ernst en de omvang van het malnutritieprobleem (3 zorgverleners).
- De verandering was noodzakelijk om up-to date en evidence based te kunnen werken op de afdeling (2 zorgverleners).
- Het team staat meer open voor kwaliteitsprojecten (2 zorgverleners).
- Door het aanpassen van het menu kan de voedselinname van een patiënt soms op eenvoudige wijze verhoogd worden (2 zorgverleners).
- Er wordt een mogelijkheid gecreëerd tot betere communicatie tussen zorgverlener en diëtiste. De diëtiste kan vragen stellen over onderliggende pathologieën bij patiënt, maar ook de zorgverleners kunnen advies vragen aan de diëtiste over orale voedingssupplementen, mogelijkheden tot aanpassen van consistentie van de maaltijd,... .

De volgende negatieve punten werden door de zorgverleners aangehaald:

- Tijdsbelasting (MNA-afnames), in bijzonder in geval van gebrekkige communicatie met geriatrische patiënt (17 hulpverleners).
- De MNA was niet geschikt voor patiënten met communicatieproblemen (2 hulpverleners).
- Er bestaat een risico dat het team op lange duur zijn motivatie verliest (2 hulpverleners).
- Één enkele zorgverlener zag de meerwaarde van het project niet in.

Binnen de domeinen veranderingsbereidheid en gevolgen voor het werk lag het gemiddelde hoger dan de norm.

De veranderingsbereidheid nam toe met de leeftijd. Er was geen relatie met de anciënniteit van de hulpverlener.

De hulpverleners rapporteerden dat het project vooral de kwaliteit van de zorg verhoogde en een toegenomen bewustwording bij verpleegkundigen van de ernst en de omvang van het malnutritieprobleem bewerkstelligde.

5 Patiëntenkarakteristieken

De gegevens die in dit deel worden beschreven, werden opgevraagd d.m.v. de 'vragenlijst algemene patiëntenkarakteristieken'. Deze lijst werd ingevuld door de zorgverleners bij opname van een patiënt.

5.1. Algemene patiëntenkarakteristieken

In totaal werden in de acht participerende afdelingen, gedurende 3,5 maand (van begin maart tot half juni 2008), 634 patiënten opgevolgd.

De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 61 en 100 jaar met een gemiddelde leeftijd van 84 jaar (SD=6,5). 30% van de patiënten waren mannen , 70% vrouwen.

Een overzicht van de patiëntpopulatie per participerend ziekenhuis wordt weergegeven in tabel 19.

Tabel 16. Overzicht aantal participanten en gemiddelde patiëntenleeftijd per ziekenhuis

	Patiënten(n)	Gemiddelde leeftijd	Minimum- leeftijd	Maximum- leeftijd	SD
A	136	82	61	100	7,3
B	93	84	70	100	7
C	79	83	65	95	6,3
F	51	84	61	97	7
G	150	83	61	100	6,4
H	125	85	72	99	5,3
TOTAAL	634	84	61	100	6,5

Het merendeel van de patiënten (68%) was afkomstig van thuis. Andere belangrijke waren een RVT (18%) en transfer van een ander ziekenhuis of ziekenhuisafdeling (12%).

Tabel 17. Afkomst gehospitaliseerde geriatrische patiënten (meest voorkomende bovenaan)

	Patiënten (n)	Percentage (%)
Huis	402	67,8
RVT	109	18,4
Andere afdeling binnen het ziekenhuis/ ander ziekenhuis	69	11,6
Serviceflat	13	2,2
TOTAAL	593(*)	100,0

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

5.2. Pathologieën

De pathologieën die het frequentst werden geassocieerd met malnutritie zijn ook deze die voorkomen in de lijst van het NRS 2002 (Kondrup et. al., 2002, gebaseerd op guidelines van ESPEN).

Tabel 18. Aanwezige pathologieën bij de patiënt

Pathologie	n	Percentage
Diabetes	107	17,60
Dementie	104	17,10
Ernstige pneumonie	60	9,90
Delier	58	9,60
CVA	56	9,20
Hartdecompensatie	54	8,90
Urinaryweginfectie	52	8,60
COPD	41	6,80
Oncologische problemen	38	6,30
Heupfractuur	35	5,80
Depressie	34	5,60
Reumatoïde arthritis	11	1,80

De meest voorkomende pathologieën bij de bestudeerde patiëntenpopulatie waren diabetes en dementie. Naast de pathologieën die in bovenstaande tabel (tabel 18) worden weergegeven, ging het in 6,8% om een “sociale opname”. Een sociale opname betreft een opname van een patiënt wiens gezondheidstoestand in feite geen ziekenhuisopname vergt,

maar die enerzijds wegens verminderde autonomie en anderzijds omwille van de ontoereikende opvang van de thuissituatie opgenomen werd. De hospitalisatie was voorzien als overgangperiode vooraleer een plaats in een rust- en verzorgingstehuis gevonden kon worden.

De zorgverleners vermeldde dat 28% van de patiënten opgenomen waren ten gevolge van een val. Tenslotte werd bij 17,3% van de patiënten geen van bovenvernoemde pathologieën vermeld.

5.3. Problemen ter hoogte van de mond en pijn

Bij patiënten met potentiële voedingsproblemen, werden problemen ter hoogte van de mond systematisch geëvalueerd.

Tabel 19. Problemen in de mond (meest voorkomende bovenaan)

	n	Percentage
Kauwen	446	73,30%
Spijsverteringsproblemen	96	15,80%
Pijn	76	12,50%
Smaak	35	5,80%
Slikken	35	5,80%
Ontstekingen in de mond	14	2,30%

Drie vierde van de patiënten had problemen met het kauwen (73,3%). Bij de helft (49,1%) van deze patiënten werd de consistentie van de voeding aangepast. Naast problemen met het kauwen bleek 16% van de geriatrische patiënten verteringsproblemen te hebben.

5.4. Voedingsinname

Een kwart van alle patiënten volgde een dieet. In 90% betrof dit een sparend dieet. Een energierijk dieet werd zelden gevolgd (10%).

Bij 60% van het totaal aantal patiënten werd de consistentie van de maaltijd aangepast en kreeg 12% orale voedingssupplementen tijdens en tussen de maaltijd. Orale voedingssupplementen werden veelal gegeven onder de vorm van energierijke drankjes (90%) en minder frequent via aanvullende sondevoeding (1%).

5.5. Maaltijdgebeuren

Onderstaande tabel toont hoe de orale voedselinname verloopt bij de geriatrische populatie.

Deze gegevens werden gerapporteerd door de hulpverleners.

Tabel 20. Hulp bij de maaltijd

Hulp bij de maaltijd	Patiënten (n)	Percentage
Vorbereidende hulp (smeren en beleggen van boterhammen, voorsnijden van vlees, klaarzetten van eten en/of drank, enz. zodat de patiënt daarna zelfstandig kan eten)	241	39,9
Geen hulp nodig	165	27,3
Enkel hulp voor openen verpakkingen	109	18
Volledige hulp (de verpleegequipe helpt de patiënt volledig bij alle inname van voedsel en drank per os. De aanwezigheid of het toezicht van de verpleegequipe tijdens de maaltijd is continu vereist)	54	8,9
Gedeeltelijke hulp (patiënt voert bepaalde aspecten autonoom uit, maar de aanwezigheid of toezicht van de verpleegequipe tijdens de maaltijd is niet continu vereist)	35	5,8
TOTAAL	604	100,0

Bijna 1 op de 10 patiënten had volledige hulp en begeleiding nodig bij het nuttigen van de maaltijd. 27,3 % van de populatie kon de maaltijd zelfstandig innemen.

Tabel 21. Verloop orale voedselinname bij geriatrische patiënten

Verloop orale voedingsinname	Patiënten (n)	Percentage
Zonder problemen	328	54,4
Redelijk	192	31,8
Moeizaam	70	11,6
Praktisch niet mogelijk	13	2,2
TOTAAL	603	100,0

Bij een grote helft van de patiënten (54,4% ; n = 328), verliep de maaltijd zonder problemen.

Eten was praktisch niet mogelijk bij 2,2% van de geobserveerde patiënten (n = 13).

De meest voorkomende pathologieën bij de bestudeerde patiëntenpopulatie waren diabetes en dementie.

Drie vierde van de patiënten had problemen met het kauwen en slechts bij de helft van deze patiënten was de consistentie van de maaltijd aangepast bij opname.

Eén op de tien patiënten had volledige hulp nodig bij de maaltijd.

6 Malnutritie

Er werden 634 patiënten bevroegd gedurende de implementatiefase van het project. Elke geriatische patiënt werd bij opname in het ziekenhuis een eerste maal gescreend op ondervoeding door middel van de MNA.

Na exclusie van onvoldoende ingevulde formulieren bleven 615 valiede MNA-formulieren over (97,5%).

Van deze 615 patiënten:

- waren 31,2% (n = 192) ondervoed ($MNA \leq 17$),
- liepen 39,7% (n = 241) een verhoogd risico op ondervoeding (MNA van 17,5 tot 23,5) en
- was 29,6% niet ondervoed (n = 182, $MNA \geq 24$).

In vergelijking met een vorige prevalentietmeting zijn de cijfers van het aantal ondervoede patiënten en het aantal patiënten die risico liepen op ondervoeding wat lager (Defloor et. al., 2007), maar het aantal ondervoede patiënten of patiënten met een verhoogd risico op ondervoeding blijft problematisch hoog.

Tijdens de voorgaande prevalentietmeting in 2007 werden 2565 patiënten geobserveerd.

De gegevens van deze Belgische studie gaven de volgende resultaten:

- 35,9% van de patiënten waren ondervoed,
- 41,9% van de patiënten liepen een risico op ondervoeding,
- 22,2% van de patiënten waren niet ondervoed.

De leeftijd van de patiënten in de voorgaande studie was hoger (min 75jaar) dan in dit implementatie onderzoek (61 tot 100 jaar).

6.1. Verdeling volgens de leeftijd

Tabel 22. Voedingstoestand van de patiënt (MNA) volgens de leeftijd

	Leeftijdscategorie van de patiënt									
	61-70 jaar		71-80 jaar		81-90 jaar		91-100 jaar		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ondervoed	8	34,8	38	27,7	110	30,4	32	44,4	188	31,6
Risico op ondervoeding	6	26,1	49	35,8	152	42	24	33,3	231	38,9
Niet ondervoed	9	39,1	50	36,5	100	27,6	16	22,2	175	29,5

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

Het aantal ondervoede patiënten varieerde naargelang de leeftijd.

In de leeftijdscategorie ouder dan 91 jaar bevond zich het hoogste percentage ondervoede patiënten (44,4%). De frequentie daalde met de leeftijdscategorie. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de bovenvernoemde Belgische studie (Defloor et al, 2007).

Patiënten in de leeftijdscategorie van 81 tot 90 jaar hadden het hoogste percentage (42%) voor wat betrof het risico op ondervoeding. Deze verschillen hadden een trend tot significantie ($\chi^2=12,46$;df=6 ; p=0,059).

6.2. Aantal ondervoede patiënten per afdeling

Tabel 23. Voedingstoestand per verzorgingsafdeling

	A		B		C		D		E		F		G		H		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ondervoed	32	24,1	27	29	3	27,3	6	22,2	9	22,5	13	25,5	54	39,1	48	39,3	192	31,2
Risico op ondervoeding	37	27,8	38	40,9	3	27,3	14	51,9	22	55	23	45,1	54	39,1	50	41	241	39,2
Niet ondervoed	64	48,1	28	30,1	5	45,5	7	25,9	9	22,5	15	29,4	30	21,7	24	19,7	182	29,6
Totaal	133	100%	93	100%	11	100%	27	100%	40	100%	51	100%	138	100%	122	100%	615	100%

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

De prevalentie van ondervoeding op de participerende geriatrie afdelingen varieerde van 22,2% tot 39,3% (zie tabel 23). Het percentage patiënten dat een verhoogd risico liep op ondervoeding, varieerde van 27,3% tot 55%. Deze verschillen waren statistisch significant ($\chi^2=43,11$; $df=14$; $p<0,001$).

6.3. Relatie tussen de neuropsychologische status en de voedingstoestand van de patiënt

Tabel 24. Relatie tussen de mate van desoriëntatie en de voedingstoestand

	Niet gedesoriënteerd		Matig gedesoriënteerd		Volledig gedesoriënteerd		Totaal
	n	%	n	%	n	%	
Ondervoed	56	19	105	40,5	26	68,4	187
Risico op ondervoeding	123	41,7	101	39	6	15,8	230
Niet ondervoed	116	39,3	53	20,5	6	15,8	174

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

Er werd een positieve correlatie gevonden tussen de neuropsychologische status van de patiënt en ondervoeding. Patiënten met een zwakke neuropsychologische status waren frequenter ondervoed. Deze relaties waren statistisch significant ($\chi^2=62,75$; $df=4$; $p<0,001$).

6.4. Relatie tussen de behoefte aan hulp bij de maaltijd en de voedingstoestand van de patiënt

Tabel 25. Relatie tussen de mate van afhankelijkheid bij de maaltijd en ondervoeding

	Geen hulp nodig		Voorbereidende hulp nodig		Volledige hulp nodig		Totaal
	n	%	n	%	n	%	
Ondervoed	22	13,5	121	32	44	83	187
Risico op ondervoeding	55	33,7	169	45	6	11,3	230
Niet ondervoed	85	52,8	85	22,7	3	5,7	174

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

Hulp bij de maaltijd bleek, net zoals de neuropsychologische status van de patiënt, positief gecorreleerd met ondervoeding. Tabel 25 toont dat het percentage van ondervoede patiënten toeneemt naarmate de patiënt meer hulp nodig had bij de voedselinname. Deze bevinden waren statistisch significant ($\chi^2=1,225$; $df=4$; $p<0,001$).

6.5. Relatie tussen het hebben van bepaalde pathologieën en de voedingstoestand van de patiënt

Er werd nagegaan of een relatie bestond tussen het voorkomen van bepaalde pathologieën en de mate van ondervoeding van de patiënt. In tabel 26 wordt de prevalentie van ondervoeding weergegeven in aan of afwezigheid van bepaalde pathologieën. In deze tabel worden de patiënten met een verhoogd risico niet beschouwd als een patiënt met ondervoeding.

Tabel 26. Verschil in prevalentie van ondervoeding in aan- en afwezigheid van comorbiditeiten

	Item aanwezig		Item afwezig	
	n	%	n	%
COPD	9	23,1	179	32,3
Diabetes	29	27,1	159	32,6
Oncologische problemen	17	48,6	171	30,6
CVA	25	46,3	163	30,2
Ernstige pneumonie	22	36,7	166	31,1
Hemato-oncologische problemen	1	20	187	31,7
Schedeltrauma	4	66,7	184	31,3
Urineweginfecties	22	43,1	166	30,6
Hartdecompensatie	16	31,4	172	31,7
Delier	23	41,1	165	30,7
Dementie	53	52,5	135	27,4
Rheumatoïde arthritis	3	27,3	185	31,7
Depressie	10	30,3	178	31,7
Heupfractuur	12	39,3	176	31,5

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

In aanwezigheid van een pathologie werd een prevalentie tot 33,6% teruggevonden. Opmerkelijk was dat de prevalentie daalde tot 21% wanneer geen enkele comorbiditeit werd opgegeven. Dit verschil was statistisch significant ($\chi^2=6,1$;df=1; $p=0,014$).

6.6. Relatie tussen het voorkomen van problemen in de mond en de voedingstoestand van de patiënt

Tabel 27. Relatie tussen problemen in de mond en voedingstoestand van de patiënt

	Item aanwezig		Item afwezig		Chi ²	df	p-value
	n	%	n	%			
Smaakproblemen	24	70,6	164	29,3	25,28	1	<0,001
Slikproblemen	24	68,6	164	29,3	23,44	1	<0,001
Onsteking in de mond	6	42,9	182	31,4	0,832	1	0,39
Spijsverteringsproblemen	30	32,6	158	31,5	0,046	1	0,83
Pijn	28	36,8	160	30,9	1,08	1	0,29
Kauwproblemen	109	24,9	78	30,9	34,1	1	<0,001

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

Ongeveer 35% van de patiënten (221/631) had frequent last van problemen ter hoogte van de mondholte waardoor voedselinname bemoeilijkt werd. In aanwezigheid van dit type probleem kwam ondervoeding voor bij 42,9% (n=97) van de patiënten, tegenover 24,4% wanneer er zich geen probleem voordeed ter hoogte van de mondholte ($\chi^2=24,38$; df=1 ; $p<0,001$).

Ondervoeding kwam vaker voor in aanwezigheid van:

- smaak,
- slikproblemen,
- kauwstoornissen

6.7. Relatie tussen ondervoeding en de manier waarop de maaltijd verloopt

Wanneer de orale voedselinname probleemloos verliep, was 17% van de patiënten ondervoed. De prevalentiecijfers van ondervoeding stegen naarmate de voedselinname als moeilijker werd ervaren. Wanneer de voedselinname praktisch onmogelijk werd, werd een prevalentie van ondervoeding gerapporteerd tot 83,3% ($\chi^2=116,44$; df=6; $p<0,001$).

6.8. Relatie tussen herkomst van de patiënt en ondervoeding

Tabel 28. Relatie tussen herkomst van de patiënt en de voedingstoestand

	Thuis		Serviceflat		RVT/ROB		Andere dienst in zelfde ZH of ander ZH		Totaal
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Ondervoed	87	21,9	8	61,5	61	58,7	29	43,9	185
Risico op ondervoeding	169	42,6	2	15,4	31	29,8	26	39,4	228
Niet ondervoed	141	35,5	3	23,1	12	11,5	11	16,7	167

(*) Het totaal aantal patiënten is niet constant, dit als gevolg van het niet invullen van bepaalde vragen door de zorgverleners.

Patiënten uit de thuissituatie waren minder vaak ondervoed (21,9%) dan patiënten die verbleven in een serviceflat, RVT/ROB, een ander ziekenhuis of ziekenhuisafdeling. Het hoogste percentage ondervoeding (61,5%) werd vastgesteld bij patiënten die van een serviceflat afkomstig waren. Wel dient opgemerkt te worden dat door het beperkte aantal patiënten afkomstig van een serviceflat deze cijfers met grote voorzichtigheid dienen gehanteerd te worden. De verschillen waren statistisch significant ($\chi^2=68,187$; $df=6$; $p<0,001$).

6.9 Relatie tussen hulp van de familie bij de maaltijd en de voedingstoestand

Tot slot werd er nagegaan of er een verband kon gevonden worden tussen de beschikbaarheid van de familie bij het maaltijdgebeuren en de prevalentie van ondervoeding. Bij de meeste patiënten kwam de familie niet helpen bij de maaltijd of was dit niet toegestaan (71,8%, $n = 423$).

Wanneer geen hulp werd geboden door de familie of wanneer dit niet toegestaan was, kwam ondervoeding voor bij 44,6% van de patiënten. Indien de familie toch kwam helpen (regelmatig of systematisch), kwam ondervoeding voor bij 26,5% van de patiënten ($\chi^2=18,078$; $df=1$; $p<0,001$).

Bij opname bleek 30% van de patiënten ondervoed. De frequentie van ondervoeding daalde met de leeftijd. Patiënten met een zwakke neuropsychologische toestand waren frequenter ondervoed. De prevalentie van voeding lag hoger in de aanwezigheid van een CVA, dementie en oncologische problemen, en wanneer de voedselinname als moeilijk werd ervaren. Indien geen enkele comorbiditeit aanwezig was, daalde de prevalentie van ondervoeding.

7 Attitude van de zorgverleners, veranderingsbereidheid en de relatie tot de voedingstoestand van de patiënten

De prevalentie van ondervoeding werd in relatie gebracht met de SANN score en de DINAMO score. Op deze manier kon nagegaan worden of op de afdelingen, waar de prevalentie hoog was, de SANN positief geëvolueerd was. De bewustwording van het malnutritieprobleem kon een meer positieve attitude teweegbrengen bij de zorgverleners ten aanzien van malnutritie.

Tabel 29. Afdelingskarakteristieken m.b.t. malnutritie

	A	B	C	D	E	F	G	H
% ondervoede patiënten	24,1	29	27,3	22,2	22,5	25,5	39,3	39,1
DINAMO : gemiddelde score	3,3	3,5	3,3	3,6	3,4	3,3	3,6	3,5
SANN 1 : gemiddelde score	64	63	53	62	63	56	66	60
SANN 2 : gemiddelde score	62	65	63	63	60	58	68	71
Aantal zorgverleners waarvan de attitude positief geëvolueerd was	6/10	7/13	7/14	2/6	1/9	8/12	8/10	7/7

Het beperkte aantal observaties liet niet toe statistische testen uit te voeren. Tabel 29 toont dat in afdelingen waar malnutritie het vaakst voorkwam (meer dan een kwart van de geobserveerde patiënten) dat net hier het meest zorgverleners voorkwamen met een positieve evolutie in attitude (meer dan de helft van de zorgverleners).

HOOFDSTUK 5 : DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

1 Discussie

Als vervolg op de twee vorige projecten die op vraag van het Directoraat –generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen van de Federale Overheidsdients Gezondheidszorg, Veiligheid van het voedselketen en Leefmilieu werden bestudeerd (Deze twee projecten zijn : het STAVO-project (2006) en de prevalentietmeting van ondervoeding in de geriatrie afdelingen (2007)), beoogde dit project evidence-based aanbevelingen te implementeren op 8 geriatrie afdelingen, gelegen in het Vlaamse Gewest en in het Waalse Gewest.

Om een succesvolle implementatie te kunnen bewerkstelligen, moest er rekening gehouden worden met de specifieke context van het ziekenhuis en de afdeling. Om zo nauwkeurig mogelijk dit implementatieproces te kunnen bestuderen, werd er geopteerd voor het praktijkonderzoek, zoals beschreven door Dickoff, James et Wiedenbach.

Deze methode liet toe de relevante gegevens te laten verzamelen door de betrokken personen zelf, terwijl de nieuwe aanpak werd ingevoerd. In dit geval ging het om een voedingsaanpak gebaseerd op wetenschappelijk gegronde aanbevelingen.

Om de slaagkansen van het implementatieproces te verhogen werden de richtlijn 'implementation of clinical practice guidelines' van de RNAO (Registered Nurses Association of Ontario, 2002) gevolgd.

Doelstelling van dit onderzoek was het optimaliseren van de voedingsaanpak door het implementeren van evidence-based aanbevelingen. Dit door middel van:

- een betere screening en identificatie van patiënten met een risico op ondervoeding of ondervoede patiënten,
- een geïndividualiseerde voedingsaanpak, gericht op de patiënt, het ziekenhuis en de afdeling.

Dankzij de interventie van het onderzoeksteam is de situatie op vlak van voeding op de afdelingen verbeterd. De lijst met doelstellingen (op basis van de methodologie van Dickoff, James en Wiedenbach), die in het begin van het project samen met alle betrokken partijen werd opgemaakt, bevatte volgende elementen:

1. Alle patiënten werden bij opname gescreend op ondervoeding.

2. Bij alle patiënten met een MNA-score lager dan 17 werden volgende acties voorgesteld (in 5 van de 8 afdelingen startte de voedingsaanpak bij een MNA-afkappunt van 23,5):
 - een diëtistisch consult,
 - de opvolging van de voedingsintake gedurende minimum 3 dagen,
 - verrijking van het voedsel of OVS,
 - multidisciplinair overleg omtrent de aanpak van onderliggende problemen of pathologiën.
3. Alle patiënten met een gewichtsdeling of met een verminderde eetlust tijdens de ziekenhuisopname kregen dezelfde voedingsaanpak als patiënten die bij opname een MNA < 17 hadden (in 5 van de 8 afdelingen startte de voedingsaanpak bij een MNA-afkappunt van 23,5).

Deze lijst met doelstellingen liet toe het proces bij te sturen, wanneer de geobserveerde praktijk niet overeenstemde met de vooropgestelde doelstellingen. Dit gebeurde steeds in dialoog, rekening houdend met het ritme van de stuurgroepen en de wekelijkse aanwezigheid van de onderzoekers op de afdelingen. Zo werden bijvoorbeeld de wekelijkse MNA-screeningen op alle participerende afdelingen geleidelijk vervangen door een follow-up aan de hand van de gewichtsevolutie en de voedingsinname. De MNA is een valide instrument dat vlot en efficiënt hanteerbaar is om de patiënten met ondervoeding of met risico op ondervoeding op te sporen maar bleek onvoldoende sensibel te zijn voor de opvolging van de patiënt tijdens de ziekenhuisopname en dit werd bekrachtigd door de leden van het begeleidingscomité. Bovendien werd de wekelijkse afname van de MNA voor alle patiënten bijzonder zwaar en tijdrovend bevonden, in relatie tot de verwachte meerwaarde.

Rekening houdend met mogelijke beïnvloedende factoren, zoals de ondersteuning en invloed van de betrokken partijen, liet toe strategieën uit te bouwen waardoor de steun van deze betrokken partijen tot het project zou verhogen.

Het bereiken van de doelstellingen en de tevredenheid van de gebruikers waren succesfactoren in het slagen van dit implementatieproces. Bovendien kon de verbetering van de malnutritie-aanpak nagegaan worden door procesvariabelen bij aanvang van het project, te vergelijken met deze na afloop van de implementatieprocedure.

Zo viel op dat in alle afdelingen waar de interventie plaatsgevonden had, de screening en de behandeling van malnutritie in de totaalzorg verweven was, en dit in een multidisciplinair kader. Centraal in de voedingsaanpak van patiënten staat de individualisatie van het

voorgestelde voedingsplan, op basis van hun gezondheidstoestand, maar ook naargelang hun levensritme en voorkeur.

Bij aanvang van het project werd een lijst opgesteld met alle problemen die zich voordeden op vlak van de aanpak van voedingsproblemen. Op basis hiervan werd na afloop van het project de volgende veranderingen geobserveerd:

- De afdelingen maken gebruik van de beslisboom om malnutritie op te sporen en aan te pakken;
- Een referentieverpleegkundige is verantwoordelijk voor de opvolging en uitbouw van de voedingsaanpak;
- Bij opname worden alle patiënten gescreend op ondervoeding;
- Alle patiënten worden gewogen bij opname en dit wordt indien mogelijk op wekelijkse basis herhaald;
- Het gewicht wordt in het verpleegdossier genoteerd;
- Alle patiënten genieten van een follow-up, op basis van gewichtsevolutie en voedingsinname;
- In geval van malnutritie, wordt de voedingsinname gedurende minimum 3 dagen opgevolgd door middel van een voedingsfiche, op basis hiervan maakt de diëtiste een voedingsbalans op;
- De maaltijden worden, indien mogelijk, opgesplitst: de soep (vaakt verrijkt) wordt ongeveer een uur vroeger dan de maaltijd opgediend;
- Er worden maatregelen getroffen om het tijdsinterval, waarin de patiënt niet eet ('s nachts) korter dan 12 uur te houden. Sommige afdelingen bieden waar nodig de patiënten OVS aan bij de avondronde;
- Het dieetadvies gebeurt door een diëtiste;
- De diëtiste maakt een voedingsplan op, op basis van orale voedingsinname, bij alle ondervoede patiënten;
- Problemen in verband met de voeding worden opgespoord, in een multidisciplinair kader besproken en in het verpleegdossier opgenomen (verminderde eetlust, slik- en kauwproblemen, problemen mbt mondhygiëne);
- De MNA, de evolutie van de voedingstoestand gedurende het ziekenhuisverblijf en het voedingsadvies worden bij ontslag opgeschreven op de ontslagbrief;
- Er wordt hulp geboden aan alle patiënten die dit nodig hebben bij het maaltijd;
- Orale voedingssupplementen worden aan de patiënten voorgesteld in geval van ondervoeding en bij een ontoereikende voedingsinname.

Dit proces bracht, binnen het verpleegteam op geriatrie, een taakverschuiving met zich mee. Dit in het bijzonder voor de diëtiste. Er werd gezocht naar mogelijkheden om haar inbreng op de afdeling en bij de patiënt beter te organiseren.

Malnutritie

Het slagen van het implementatieproces werd niet geëvalueerd aan de hand van de prevalentie van malnutritie op de geriatrische afdelingen. Het aantal ondervoede patiënten wordt immers door verschillende factoren bepaald zoals bijv. de voedingstoestand van de patiënt bij opname en is dus niet louter afhankelijk van de verleende voedingszorg.

Van de 631 geobserveerde patiënten in deze studie, was 31,2% ondervoed (gedefinieerd door een MNAscore lager dan 17) en liep 39,7% risico op ondervoeding. Deze cijfers liggen iets lager dan de resultaten van de Belgische prevalentiemeting (35,9% van de patiënten was ondervoed; 41,9% had risico op ondervoeding). Deze verschillen kunnen waarschijnlijk verklaard worden door het verschil in leeftijd van de patiënten in de twee studies.

Patiënten jonger dan 75 jaar werden uit de steekproef van 2007 geëxcludeerd. In beide studies werd de relatie tussen leeftijd en ondervoeding significant bevonden (de prevalentie van ondervoeding steeg met de leeftijd van de patiënten). Het verschil in prevalentie tussen beide steekproeven kan dus verklaard worden door het verschil in leeftijd.

Wat betreft de individuele patiëntenkenmerken, was malnutritie net zoals in de voorgaande prevalentiemeting gecorreleerd met een zwakkere neuropsychologische toestand, met de mate waarin de patiënt hulp nodig had bij de maaltijd, met de manier waarop het maaltijdgebeuren verliep, wanneer er zich problemen voordeden ter hoogte van de mondholte, bij CVA, oncologische problemen of dementie, en wanneer de patiënt opgenomen werd vanuit een RVT, een andere afdeling of een ander ziekenhuis. Dit statistisch significant verband verantwoordt dat extra aandacht zal moeten geboden worden aan patiënten die deze kenmerken vertonen.

In deze studie had een hoog percentage patiënten (74%) kauwproblemen. De consistentie van de maaltijd was aangepast bij 49% van deze patiënten. Deze percentages geven het belang aan om systematisch kauwproblemen op te sporen bij alle patiënten en de consistentie van de maaltijden bijgevolg aan te passen.

Attitude

Gedurende dit onderzoek werd ook de houding van de zorgverleners gemeten aan de hand van de SANN-vragenlijst voor en na de interventie van de onderzoekers. Het verschil in attitude voor en na het onderzoek was niet significant.

De interventie had op korte termijn geen effect op de attitude van de zorgverleners.

Attitudewijzigingen vergen waarschijnlijk een langdurige, bredere en intensievere interventie dan de huidige interventie. We zien wel enkele indicaties van, weliswaar beperkte, wijzigingen in de subdomeinen van de attitude.

De analyse van de resultaten op de SANN-bevraging geven aan dat in het domein 'beoordeling van de voedingstoestand', de attitude van de zorgverleners positief geëvolueerd is. Deze wijziging is waarschijnlijk te danken aan het huidige project. Hiertegenover staat dat de score op het domein 'belang van voeding als onderdeel van de totale zorg' gedaald is. Dit kan mogelijks verklaard worden door een gewijzigde taakinvulling. De aanpak van de voedingszorg werd namelijk gedurende het implementatieproces multidisciplinair aangepakt en de verantwoordelijkheid werd verdeeld over de verschillende disciplines.

2 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande gegevens, volgen een aantal mogelijke aanbevelingen:

Op afdelingsniveau

Kernelementen voor het succesvol implementeren van evidence-based richtlijnen met betrekking tot de aanpak van ondervoeding bij geriatrische patiënten vereist volgende aspecten :

- akkoord verkrijgen voor de activiteiten;
- identificatie en analyse van de inzet van de betrokken partijen (bekwaamheid en attitude);
- duidelijke informatie verschaffen:
 - o over de doelstellingen, in samenspraak met de betrokken partijen opgesteld ;
 - o over de middelen om deze doelstellingen te bereiken, terwijl er rekening gehouden wordt met de beïnvloedende factoren;
- een gezamenlijke consensus bekomen;
- activiteiten observeren;
- informatie verschaffen over de genomen beslissingen;
- betrekken bij de activiteiten;
- ruimte geven om een eventuele waargenomen bedreiging te uiten (voornamelijk in relatie met de werklust).

Bijgevolg zouden deze elementen bij elk implementatieproces in een afdeling aanwezig moeten zijn.

De meting van de attitude door middel van schaal blijkt weinig gevoelig te zijn voor de interventies op afdelingsniveau.

Op hulpverlenersniveau

Om de betrokkenheid van de hulpverleners op lange termijn te bevorderen, zou het interessant zijn om hun motivatie en bekwaamheden te ondersteunen door bijscholing op het gebied van evidence-based voedingsaanpak:

- door de inventarisatie en het ter beschikking stellen van evidence-based aanbevelingen;
- door de ondersteuning van multidisciplinaire bijscholing;
- door de valorisatie van de functie van de referentieverpleegkundige;
- door continue bijscholing.

Succesvol implementeren vraagt tijd. Tijd om de bijscholingen te kunnen volgen, maar ook om MNA's af te nemen, ondervoede patiënten te kunnen volgen, patiënten de hulp te geven die ze nodig hebben bij de maaltijd, ...

In dit opzicht brengt de hoge prevalentie van malnutritie een hoge werklast met zich mee. Bijgevolg zou het nuttig zijn de prevalentie van malnutritie, maar ook de prevalentie van de patiënten met risico op malnutritie op te nemen in elk instrument dat beoogt de werklast van verpleegkundigen te meten op een afdeling.

Multidisciplinair overleg zou zo veel mogelijk ondersteund moeten worden. Het is niet alleen een bevoorrechte plaats om patiënteninformatie uit te wisselen, het is ook mogelijk om de rol van iedereen te verduidelijken. Dit kan een oplossing bieden voor de verantwoordelijkheidsverschuiving zoals opgemerkt in dit onderzoek. In aanwezigheid van een referentieverpleegkundige voor voeding, bestaat het risico dat anderen veronderstellen dat voeding onder de bevoegdheid van de referentieverpleegkundige of de diëtiste valt. Dit is jammer omdat elk hulpverlener instaat voor de identificatie van ondervoede patiënten of patiënten met een risico op ondervoeding (door afnemen van de MNA) alsook om op de diëtiste een beroep te doen in geval van ondervoeding of bij risico op ondervoeding.

Aandachtspunten bij het verder optimaliseren van de voedingsaanpak hebben hoofdzakelijk betrekking op de transmurale aanpak van malnutritie. Een eerste stap werd gerealiseerd door in de ontslagbrief het voedingsadvies op te nemen. Een globale aanpak van de patiënt vergt dat men zich ook bekommert over de follow-up van deze zorg in zijn ander leefmilieu (thuis, RVT, ...). Een mogelijk initiatief kan bijvoorbeeld zijn dat een verpleegkundige uit de thuiszorg, de multidisciplinaire wekelijkse teamvergaderingen bijwoont (zoals geïnitieerd op één ziekenhuisafdeling).

Referentielijst

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Chen, C. C. H., Schilling, L. S., Lyder, C. H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 131-142.
- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M., Ek, A. C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 223-231.
- Christensson L., Unosson M., Ek AC. (1999). Malnutrition in elderly people newly admitted to a community resident home. *J Nutr Health Aging*,;3, 133-9.
- Corbett J, Edington J.(1996). How much malnutrition is there in the community? *Community Nurse*, 2, 22-4.
- Council of Europe committee of Ministers. (2003)3. *Resolution on food and nutritional care in hospitals*. Opgehaald 17 september 2008, van <https://wcd.coe.int/>
- Defloor T, Grypdonck M, Bocquaert I, Vanderwee K, Lardennois M., Folens B. (2007). *Evaluatie van ondervoeding binnen geriatische afdelingen*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Dickoff, J., James, P., Wiedenbach, E. (1968). Theory in a practice discipline. Part 1. Practice oriented theory. *Nursing research*, 5, 415-436.
- Dickoff, J., James, P., Wiedenbach, E. (1968). Theory in a practice discipline. Part 2. Practice oriented research. *Nursing research*, 6, 545-554.
- Defloor T. (1983). Decubituspreventie, van literatuurstudie tot een proeve van praktijkonderzoek. Verhandeling aangeboden ter verkrijging van de graad Licentiaat in de Medisch-Sociale wetenschappen en het Ziekenhuisbeleid, Katholieke universiteit Leuven.

Ethgen, O., Spaesen, E., Moeremans, K., Annemans, L. (2005). Potentiële economische implicaties in België van ondervoeding in het ziekenhuis. HEDM-IMS health.

Federale overheidssdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu. (2005). *Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België 2005-2010. Finale versie December 2005*. Brussel: Federale overheidssdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu.

Gazotti, C., Pepinster, A., Petermans, J., Albert, A. (2000). Clinical usefulness of the mini nutritional assessment (MNA) scale in geriatric medicine. *Journal of Nutrition Gerontologie*, 11, 206-271.

Grypdonck, M. (1980). Theory and research in a practice discipline: the case of nursing. Proefschrift, University of Manchester.

Haute Autorité de Santé (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, recommandations professionnelles, et argumentaire. Opgehaald 10 januari 2008, van <http://www.has-sante.fr/>

Heyneman, A., Van Hecke, A., Grypdonck, M., Defloor T. (2006). *Strategie voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen*. Brussel: Federale Overheidssdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Kubrak, C., Jensen, L. (2007). Malnutrition in acute care patients: a narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1036-1054.

Martins, C. P., Correia, J. R., Amaral, T. F. (2005). Undernutrition risk screening and length of stay of hospitalized elderly. *Journal of Nutrition for the elderly*, 25 (2), 5-21.

Metselaar, E. (1997). *Assessing the willingness to change: construction and validation of the DINAMO*. Amsterdam: VU-huisdrukkerij.

Pepersack, T. (2005) Outcomes of continuous process improvement of nutritional care program among geriatric units. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 60(6), 787-792.

Registered Nurses Association of Ontario (2002). Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines. Opgehaald 3 maart 2008, van <http://www.rnao.org/>

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., Albaredo, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15, 116-122.

Wouters R., Vandenbroele H., De Ridder D., Geys L., Van Loon H. (1997). Nutritional Assessment and Monitoring of Elderly in Home Care. Screening en monitoring van voedingsproblemen in de thuisverpleging. Brussel: Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen. Report no.:228.94.3.

Bijlagen

- Bijlage 1:** Uitnodiging tot participatie: Informatie voor de verpleegkundig en medisch directeur, behandelend arts en hoofdverpleegkundige.
- Bijlage 2:** Beschrijving van de Delhi - procedure voor het valideren van de vertaling van de SANN vragenlijst.
- Bijlage 3:** De SANN vragenlijst
- Bijlage 4:** De DINAMO vragenlijst
- Bijlage 5:** De MNA
- Bijlage 6:** Vragenlijst algemene patiëntenkarakteristieken
- Bijlage 7:** Akkoord ethisch comité
- Bijlage 8:** Informatiebrief voor de patiënt
- Bijlage 9:** Visie statement van de participerende ziekenhuizen

Bijlage 1: Uitnodiging tot participatie: Informatie voor de verpleegkundig en medisch directeur, behandelend arts en hoofdverpleegkundige.

Informatie voor de verpleegkundig en medisch directeur, behandelend arts en hoofdverpleegkundige

Titel van de studie

Implementatie van de richtlijn voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen.

Doel van de studie

Het doel van dit implementatieonderzoek is het optimaliseren van de huidige situatie op vlak van malnutritie. Dit enerzijds door een betere opsporing en identificatie van ondervoede patiënten en anderzijds door het voeren van een gericht voedingsbeleid.

Beschrijving van de studie

De studie brengt het voedingsbeleid in de participerende geriatrische ziekenhuisafdeling in kaart. Deze evaluatie beoogt een optimalisatie van de huidige praktijk door evidence-based interventies uit de richtlijn voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen (STAVO) te implementeren. Er zal een nauwe interactie zijn met het team van zorgverleners waarbij de interventie voortdurend geëvalueerd, bijgesteld en geoptimaliseerd wordt. Deze terugkoppeling maakt het mogelijk om een interventie op maat te ontwikkelen, specifiek voor de geriatrische verpleegafdeling.

De verzamelde gegevens worden op een dataformulier genoteerd. Er worden geen persoonlijke identificatiegegevens gevraagd. Het onderzoek berokkent geen schade en de gegevens worden op een anonieme wijze verwerkt.

Aan wilsbekwame patiënten wordt mondeling gevraagd of ze aan het onderzoek willen deelnemen. Het verlenen van de toestemming wordt genoteerd op het registratieformulier. Voor niet-wilsbekwame patiënten wordt de toestemming aan de wettelijk vertegenwoordiger gevraagd.

Deelname en beëindiging

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Risico's en voordelen

Het onderzoek berokkent geen schade. Er wordt enkel gescreend.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal de persoonlijke levenssfeer van de patiënten worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Er worden geen gegevens geregistreerd die de identificatie van de patiënt mogelijk maken.

Contactpersoon

Als U aanvullende informatie wenst over de studie, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Michiel Daem, medewerker Universiteit Gent, afdeling Verplegingswetenschap
(tel: 09/ 332 50 85, e-mail: michiel.daem@ugent.be).

Annelies Courtens, medewerker Universiteit Gent, afdeling Verplegingswetenschap
(tel: 09/ 332 36 19, e-mail: annelies.courtens@ugent.be).

Bijlage 2: Beschrijving van de Delhi - procedure voor het valideren van de vertaling van de SANN vragenlijst en patiëntenkrakteristieken (Defloor et. al. 2007).

De twee vragenlijsten werden gevalideerd door een expertpanel. De vertaling van de oorspronkelijke Engelstalige vragenlijsten naar het Nederlands en Frans werd ook gevalideerd. Het expertpanel was samengesteld uit Nederlandstalige en Franstalige deskundigen met klinische expertise op het vlak van voeding of in het omgaan met ouderen.

De validering van de vragenlijsten gebeurde aan de hand van een dubbele Delphi-procedure. De Delphi-procedure kan worden omschreven als: "Een systematische manier van verzamelen en verwerken van oordelen van direct betrokkenen (respectievelijk belanghebbenden) en/of (onafhankelijke) deskundigen over een probleem, gericht op het voorspellen van te verwachten ontwikkelingen (trends) en/of het komen tot (meer of minder) consensus over prioriteiten en acties, op basis van inventarisatie van alternatieven en argumenten" (opgehaald op 8 oktober 2007 van <http://studion.fss.uu.nl/Bouwstenenonline/2b2cdelphionderzoek.doc>).

De content validity van de vragenlijst werd geëvalueerd d.m.v. een dubbele Delphi-procedure. Zowel over inhoud als over vorm (formulering, vertaling,...) werd een overeenstemming tussen experts gezocht.

In de eerste Delphi-ronde werden de vragenlijsten, opgemaakt door de onderzoekers, via elektronische weg naar de experts verstuurd (9 maart 2007). De procedure werd aan de hand van een begeleidende brief verduidelijkt (zie bijlage 6). Opmerkingen en aanbevelingen van de experts werden terugverwacht op 26 maart 2007. Alle opmerkingen en aanbevelingen werden geïnventariseerd en geanonimiseerd in tabelvorm.

In de tweede en finale Delphi-ronde werden de geanonimiseerde opmerkingen samen met de aangebrachte wijzigingen opnieuw verspreid naar de experts (2 april 2007). Aan de experts werd gevraagd of ze akkoord waren met de aangebrachte aanpassingen. In een begeleidende brief werd opnieuw de te volgen procedure voor deze tweede ronde uitgelegd (zie bijlage 7). De bijkomende opmerkingen en aanbevelingen werden verzameld op 10 april 2007. Na de tweede Delphi-ronde werd door de experts tot een overeenstemming gekomen.

Bijlage 3: De SANN vragenlijst



24161

Vragenlijst verpleegkundigen en zorgkundigen

Naam ziekenhuis: _____

Verpleegafdeling: _____

Datum:

		-			-	2	0	0	
--	--	---	--	--	---	---	---	---	--

4 laatste cijfers van GSM (of telefoon) :

--	--	--	--

NIET INVULLEN AUB										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ZH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AFD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. Algemene gegevens

1. Geslacht : ☐ man ☐ vrouw2. Geboortjaar:

--	--	--	--

3. Hoelang bent u reeds tewerkgesteld als zorgverlener? (afronden naar boven)

--	--

 jaar4. Hoelang bent u reeds tewerkgesteld in dit ziekenhuis? (afronden naar boven)

--	--

 jaar5. Hoelang bent u reeds tewerkgesteld op de afdeling geriatrie? (afronden naar boven)

--	--

 jaar6. Hebt u voordien nog andere ervaring als zorgverlener met ouderen?
Zo ja, hoeveel jaar? (afronden naar boven) ☐ nee ☐ ja,

--	--

 jaar

7. Wat is uw behaalde diploma in de verpleegkunde?

☐ Gegradueerde/bachelor verpleegkundige☐ Ziekenhuisassistent(e) of 54bis☐ Gebrevetteerd verpleegkundige☐ Zorgkundige

2. Vragenlijst houding verpleegkundigen, zorgkundigen m.b.t. voeding bij geriatrische patiënten

(Staff Attitude to Nutritional Nursing Care, Christensson, L. et al. 2003)

Kleur het bolletje zwart in de mate dat u het eens of oneens bent met de stelling

	Volledig eens	Eens	Noch eens, noch oneens	Oneens	Volledig oneens
1. Patiënten op een geriatrische afdeling willen bevraagd worden over hun vroegere eetgewoonten.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Patiënten met slikproblemen worden bij voorkeur aangemoedigd om zelfstandig te eten.	☐	☐	☐	☐	☐
3. De eetruimte moet in de eerste plaats zo ingericht zijn dat het werk van de verpleegequipe gemakkelijker verloopt.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Het is zinvol om patiënten met eetproblemen zelfstandig te leren eten.	☐	☐	☐	☐	☐
5. De verpleegequipe dient bij voorkeur het eten op met hulp van de patiënten.	☐	☐	☐	☐	☐



24161

	Volledig eens	Eens	Noch eens, noch oneens	Oneens	Volledig oneens
6. Eén bereide (warme) maaltijd per dag is voldoende voor een patiënt van 70 jaar of ouder.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Het is mogelijk om het tijdstip van de maaltijd aan te passen aan de individuele patiënt.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Patiënten van 70 jaar of ouder hebben dezelfde voedingsmiddelen met hoge voedingswaarde nodig als jongere mensen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Het tijdstip waarop de maaltijden genomen worden, moet geïndividualiseerd worden.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Als een patiënt met wonden een optimale medische behandeling krijgt, is de voedingsinname belangrijk voor de wondgenezing.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Het is belangrijk dat er bij het verdelen van de maaltijden voor gezorgd wordt dat alle patiënten eenzelfde portie voedsel krijgt.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Als een patiënt met een infectie de juiste antibiotica krijgt, dan heeft de voedingsstatus invloed op het genezingsproces.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Er is speciale kennis of ervaring nodig wanneer je een patiënt helpt om te eten.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Het is zinvol om het lichaamsgewicht van alle patiënten na te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Het is voldoende om het lichaamsgewicht na te gaan bij die patiënten waarvoor de arts dit heeft voorgeschreven.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Slechts bepaalde patiënten hebben er voordeel bij dat hun voedingsstatus geëvalueerd wordt.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Het is belangrijk dat de patiënten minstens 2 stukken fruit of 2 porties groenten eten per dag.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Het is belangrijk dat de energiebehoefte voor patiënten die weinig eten berekend wordt.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wanneer de energie inname van ondervoede patiënten verhoogt, stijgt de kans dat hun mobiliteit verbetert.	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 4: De Dinamo vragenlijst



Vragenlijst voor het meten van veranderingsbereidheid

Aangepaste versie



NIET INVULLEN AUB										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ZH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AFD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Geboortejaar:

4 laatste cijfers van GSM (of telefoon) :

1. Dit onderdeel bestaat uit negen vragen over de verwachte invloed van de organisatieverandering op verschillende aspecten van uw werk.

Welke invloed verwacht u van de organisatieverandering op:

	zeer negatief	negatief	niet negatief niet positief	positief	zeer positief
1. ..de <u>waarde van uw werk</u> voor de organisatie.	☐	☐	☐	☐	☐
2. ..de mate waarin u zich <u>verantwoordelijk voelt</u> voor uw werk.	☐	☐	☐	☐	☐
3. ..de <u>hoeveelheid informatie</u> die u ontvangt over de <u>kwaliteit</u> van uw werk.	☐	☐	☐	☐	☐
4. ..de <u>kwaliteit</u> van uw werk.	☐	☐	☐	☐	☐
5. ..de <u>tevredenheid</u> met uw werk.	☐	☐	☐	☐	☐
6. ..de <u>werkdruk</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
7. ..uw <u>beloning</u> , gezien uw capaciteiten en inzet.	☐	☐	☐	☐	☐
8. ..de <u>band</u> die u heeft <u>met de organisatie</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
9. ..de <u>ontwikkeling</u> van uw <u>loopbaan</u> .	☐	☐	☐	☐	☐

2. Het overige deel van de vragenlijst bestaat uit stellingen. Na iedere stelling kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de stelling.

	helemaal mee oneens	mee oneens	niet oneens niet eens	mee eens	helemaal mee eens
1. Ik ben bereid om mijn collega's te <u>overtuigen van het nut</u> van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik ben bereid om me <u>in te zetten</u> in het kader van de huidige doelstellingen van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik ben bereid om eventuele <u>weerstand</u> tegen de organisatieverandering onder mijn medewerkers/collega's <u>weg te nemen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik ben bereid om <u>tijd vrij te maken voor de invoering</u> van de organisatieverandering op mijn afdeling.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ik heb in het verleden <u>negatieve ervaringen</u> opgedaan met de invoering van organisatieveranderingen.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bij hoeveel organisatorische veranderingsprojecten bent u in het verleden <u>actief betrokken</u> geweest?	geen ☐	1-2 ☐	3-4 ☐	5-6 ☐	meer dan 6 ☐



27988

	helemaal mee oneens	mee oneens	niet oneens niet eens	mee eens	helemaal mee eens
7. Ik kan eventuele <u>weerstand</u> onder mijn medewerkers/collega's ten gevolge van de organisatieverandering <u>voorkomen</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ik kan door mensen te <u>enthousiasmeren</u> bijdragen aan het slagen van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ik kan <u>op basis van mijn ervaring</u> met eerdere (soortgelijke) veranderingsprojecten bijdragen aan het slagen van de verandering.	☐	☐	☐	☐	☐
10. De stuurgroep gaat doelgericht te werk .	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ik kan <u>op grond van de aangebrachte fasering</u> het veranderingsproces aansturen.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ik kan <u>op basis van mijn vak-inhoudelijke kennis</u> bijdragen aan het slagen van de verandering.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ik kan de <u>gevolgen</u> van de organisatieverandering voor mijn <u>eigen positie</u> niet goed overzien.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ik kan mijn collega's goed <u>informer</u> over de gevolgen van de verandering voor de afdeling.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Op mijn afdeling heerst onzekerheid over de <u>personele gevolgen</u> van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Op mijn afdeling heerst onzekerheid over de <u>financiële gevolgen</u> van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Op mijn afdeling heerst onzekerheid over de <u>organisatorische gevolgen</u> van de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Op mijn afdeling heerst onzekerheid over de <u>gevolgen</u> van de verandering <u>voor de inhoud van het werk</u> .	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ik krijg voldoende de gelegenheid om <u>bij te dragen aan de besluitvorming</u> rond de organisatieverandering.	☐	☐	☐	☐	☐

Dit laatste onderdeel bestaat uit drie open vragen. U kunt ze openlaten, maar ook gebruiken om problemen/knelpunten naar voren te brengen die niet in de vragenlijst stonden.

1) Wat is volgens u de meerwaarde van de verandering?

2) Verwacht u nog specifieke problemen voor uw afdeling die de invoering van de verandering kunnen bemoeilijken? Zo ja, welke?

3) Is de verandering volgens u noodzakelijk? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Bijlage 5: De MNA

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Datum afname MNA: / /

Lengte: m Gewicht: , kg

NIET INVULLEN AUB										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ZH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AFD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Noteer de relevante score bij elke screeningsvraag én kleur het bolletje voor het antwoord. Tel vervolgens de scores op. Indien het totaal van de screening 11 of minder is, gaat u verder met de vragen onder de titel "Evaluatie" (op de ommezijde), teneinde een ondervoedingsscore te bepalen.

Screening

A. Is de inname van voedsel de afgelopen 3 maanden verminderd als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen of problemen bij het kauwen en/of slikken?

- ☐ 0= belangrijk verlies van eetlust
☐ 1= matig verlies van eetlust
☐ 2= geen verlies van eetlust

score A: _____

B. Gewichtsverlies gedurende de afgelopen 3 maanden?

- ☐ 0= gewichtsverlies van meer dan 3 kg
☐ 1= weet niet
☐ 2= gewichtsverlies tussen 1 en 3 kg
☐ 3= geen gewichtsverlies

score B: _____

C. Mobiliteit

- ☐ 0= aan bed of stoelgebonden
☐ 1= kan zelfstandig uit bed/stoel komen, maar gaat niet buiten
☐ 2= gaat zelfstandig naar buiten

score C: _____

D. Heeft u gedurende de afgelopen 3 maanden last gehad van mentale spanning (stress) of acute ziekteverschijnselen?

- ☐ 0 = ja
☐ 2 = neen

score D: _____

E. Neuropsychologische problemen

- ☐ 0= ernstig dement of depressief
☐ 1= licht dement
☐ 2= geen psychologische problemen

score E: _____

F. Body Mass Index (BMI= gewicht in kg / (lengte in cm)²

- ☐ 0 = BMI <19
☐ 1= 19 <= BMI < 21
☐ 2 = 21 <= BMI < 23
☐ 3 = BMI >= 23

score F: _____

Score 12 of meer: Normaal - geen risico
 Niet nodig om formulier verder in te vullen.
 Score 11 of minder: Verhoogde kans op ondervoeding
 Vul het formulier op de ommezijde verder in.

Sreeningscore:

op 14



17057

Evaluatie

G. Woont zelfstandig thuis? ☐ 0= nee ☐ 1= ja

score G: _____

H. Neemt meer dan 3 voorgeschreven medicijnen per dag? ☐ 0= ja ☐ 1= nee

score H: _____

I. Decubitus of huidletsels? ☐ 0= ja ☐ 1= nee

score I: _____

J. Hoeveel volwaardige maaltijden worden genuttigd per dag? ☐ 0= 1 maaltijd
☐ 1= 2 maaltijden
☐ 2= 3 maaltijden

score J: _____

K. In welke mate worden voldoende eiwitten genomen?

a. minstens 1x per dag melkproducten (melk, kaas, yoghurt) ☐ ja ☐ nee

b. per week 2 of meer porties peulvruchten of eieren ☐ ja ☐ nee

c. dagelijks vlees, vis of gevogelte ☐ ja ☐ nee

Tel het aantal keer ja op om de score van K te bepalen ☐ 0,0= indien 0 of 1 maal ja

☐ 0,5= indien 2 maal ja

☐ 1,0= indien 3 maal ja

score K: _____

L. Dagelijkse inname van 2 of meer porties fruit of groenten? ☐ 0= nee

☐ 1= ja

score L: _____

M. Hoeveel vocht (water, vruchtsappen, koffie, thee, melk, ...) drinkt u dagelijks?

☐ 0,0= minder dan 3 glazen of koppen

☐ 0,5= 3 tot 5 glazen of koppen

☐ 1,0= meer dan 5 glazen of koppen

score M: _____

N. Manier van voeden ☐ 0= heeft hulp nodig, kan niet zelfstandig eten

☐ 1= gebruikt de maaltijd met enige moeite

☐ 2= gebruikt de maaltijd zelfstandig

score N: _____

O. Hoe beschouwt de patiënt zichzelf mbt zijn voedingstoestand?

☐ 0= beoordeelt zichzelf als ondervoed

☐ 1= is onzeker tav de voedingstoestand

☐ 2= beoordeelt zichzelf als zijnde zonder voedingsproblemen

score O: _____

P. Hoe beschouwt de patiënt zijn/haar gezondheidstoestand in vergelijking met zijn/haar leeftijdsgenoten?

☐ 0,0= minder goed

☐ 1,0= even goed

☐ 0,5= weet het niet

☐ 2,0= beter

score P: _____

Q. Middenarmomtrek in cm (MAC) ☐ 0,0= MAC minder dan 21

☐ 0,5= MAC tussen 21 en 22

☐ 1,0= MAC 22 of meer

score Q: _____

R. Kuitomtrek in cm ☐ 0= minder dan 31 cm

☐ 1= 31 cm of meer

score R: _____

Evaluatiescore: _____ op 16

Evaluatiescore:

op 16

Screeningscore: _____ op 14

Totale score : op 30

Totale score:

17 tot 23,5 punten:

Minder dan 17 punten:

Verhoogde kans op ondervoeding

Ondervoed

Bijlage 6: Vragenlijst algemene patiëntenkarakteristieken



10290

Vragenlijst naar algemene patiëntenkarakteristieken

Naam ziekenhuis: _____

Verpleegafdeling: _____

☐ Mondelinge toestemming werd expliciet verkregen van de patiënt en/of wettelijk door patiënt aangeduide vertegenwoordiger.

NIET INVULLEN AUB										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ZH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AFD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. Geslacht: ☐ man ☐ vrouw2. Geboortjaar: 3. Datum van opname in het ziekenhuis: - - 4. De patiënt komt van:
(1 antwoord mogelijk)☐ huis☐ rust- en verzorgingstehuis☐ serviceflat☐ andere afdeling in het ziekenhuis/ ander ziekenhuis

5. Duid aan welke pathologie voorkomt bij de patiënt: (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ COPD☐ schedeltrauma☐ depressie☐ diabetes☐ urineweginfectie☐ heupfractuur☐ oncologische problemen☐ hartdecompensatie☐ sociale opname☐ CVA☐ delier☐ vallen☐ ernstige pneumonie☐ dementie☐ geen van vernoemde☐ hematologische maligniteit☐ reumatoïde artritis

6. Duid aan welke van de onderstaande problemen de patiënt heeft: (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ smaakproblemen☐ verteringsproblemen (nausea, braken, diarree,...)☐ slikproblemen☐ pijn☐ ontstekingen in de mond☐ geen van voorgaande problemen7. Volgt de patiënt een dieet?
(1 antwoord mogelijk)☐ nee☐ ja, een sparend dieet (diabetes, zoutarm, maag-darmsparend,...)☐ ja, een verrijkend dieet (vezelrijk, energierijk,...)8. Kan de patiënt nog goed kauwen? ☐ nee☐ ja9. Wordt de consistentie van de maaltijd aangepast? ☐ nee☐ ja

10. Krijgt de patiënt enterale voedingssupplementen?

(onder "enterale voedingssupplementen" wordt verstaan: "alle voedingsmiddelen die via de mond of maag-darmstelsel ter ondersteuning van de voeding bovenop de normale voeding toegediend worden")

☐ nee, ga naar vraag 12☐ ja, tijdens en/of tussen de maaltijden

11. Onder welke vorm krijgt de patiënt enterale voedingssupplementen?

(1 antwoord mogelijk)

☐ extra energierijke of eiwitrijke drankjes, crèmes☐ aanvullende sondevoeding



10290

12. Welke hulp heeft de patiënt nodig bij de maaltijd?

- ☐ geen hulp
 - ☐ enkel hulp voor het openen van verpakkingen
 - ☐ voorbereidende hulp *(onder "voorbereidende hulp" wordt verstaan: "smeren en beleggen van boterhammen, voorsnijden van vlees, klaarzetten van eten en/of drank, enz. zodat de patiënt daarna zelfstandig kan eten")*
 - ☐ gedeeltelijke hulp *(onder "gedeeltelijke hulp" wordt verstaan: "patiënt voert bepaalde aspecten autonoom uit, maar de aanwezigheid of toezicht van de verpleegequipe tijdens de maaltijd is niet continu vereist")*
 - ☐ volledige hulp *(onder "volledige hulp" wordt verstaan: "de verpleegequipe helpt de patiënt volledig bij alle inname van voedsel en drank per os. De aanwezigheid of het toezicht van de verpleegequipe tijdens de maaltijd is continu vereist")*
-

13. In welke mate is de patiënt gedesoriënteerd?

(onder "desoriëntatie" wordt verstaan: "een stoornis in de bepaling van persoon, tijd of ruimte")

- ☐ nee, de patiënt is niet gedesoriënteerd
 - ☐ ja, de patiënt is zelden gedesoriënteerd
 - ☐ ja, de patiënt is nu en dan gedesoriënteerd
 - ☐ ja, de patiënt is bijna de ganse dag gedesoriënteerd
 - ☐ ja, de patiënt is volledig gedesoriënteerd
-

14. Hoe verloopt de voedingsinname langs orale weg van de patiënt?

(1 antwoord mogelijk)

- ☐ het eten verloopt zonder problemen
 - ☐ het eten verloopt redelijk
 - ☐ het eten verloopt moeizaam
 - ☐ het eten is praktisch niet mogelijk
-

15. Helpt de familie bij het eten geven van de patiënt?

(1 antwoord mogelijk)

- ☐ nooit
 - ☐ zelden
 - ☐ hulp bij de maaltijd door de familie bij deze patiënt is niet toegestaan
 - ☐ regelmatig (op vaste uren of dagen)
 - ☐ systematisch (bij elke maaltijd waar het toegelaten is)
-

Bijlage 7: Akkoord ethisch comité

ETHISCH COMITE / ETHICS COMMITTEE
Universitair Ziekenhuis / University Hospital
De Pintelaan 185 – 1K4 te 9000 Gent – Belgium

e-mail : ethisch.comite@ugent.be - tel. +32 9 332 26 88 - +32 9 332 56 13 - fax +32 9 332 49 62

DEFINITIEF ENIG (centraal) ADVIES

Project EC UZG 2007/555

(door onderzoeker en sponsor te vermelden bij alle verdere correspondentie/
to be mentioned in all further correspondence by investigator and sponsor)

(Belgisch RegistratieNr: B67020073145)

Implementatie van de richtlijnen voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij

Fase (Phase): NVT/NA

- * (Patiënten) informatie- en toestemmingsformulier dd. 14/12/2007
 - voor de verpleegkundige en medisch directeur
 - voor de patiënt
- * Aanvullend adviesaanvraagformulier dd. 14/12/2007
- * Adviesaanvraagformulier dd. 14/12/2007
(Volledig ontvangen dd. 18/12/2007)
- * Begeleidende brief dd. 14/12/2007
- * Diverse dd. 14/12/2007
 - MNA-schaal, eerste versie
- * Vragenlijsten dd. 14/12/2007
 - patiëntenkarakteristieken, eerste versie
- * Antwoord onderzoekers dd. 16/01/2008
- Mail dd. 16/01/2008

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. T. DEFLOOR, Hoofdonderzoeker
I. COURTENS, Onderzoeker
M. DAEM, Onderzoeker
Mevr. I. BOCQUAERT, Onderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN DEFINITIEF ENIG (CENTRAAL) POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/01/2008
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met het Trial Bureau (09/240 89 99).

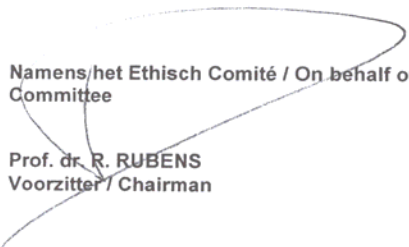
THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A DEFINITIVE SINGLE POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON, 16/01/2008
Before initiating the study, please contact the Trial Bureau (09/240 89 99).

THIS ADVICE APPEARS IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/02/2008
DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/02/2008

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoint dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2007/555

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*


Namens/het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. R. RUBENS
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent - Trial Bureau
UZ Gent - Beheer en algemene directie
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Bijlage 8: Informatiebrief voor de patiënt

Informatiebrief voor de kandidaat patiënt

Geachte heer/mevrouw,

In de internationale literatuur wordt de prevalentie van ondervoeding in het ziekenhuis geschat op 40% bij opname, oplopend tot 75% bij ontslag. In rust- en verzorgingstehuizen is bij opname vanuit de thuissituatie 29% van de bewoners ondervoed en bij opname vanuit het ziekenhuis 43%. Voor wat betreft de situatie in de thuiszorg blijken 10% van de cliënten ondervoed te zijn.

Voor België wordt de prevalentie van ondervoeding in de ziekenhuizen geschat op 30-40% van de ziekenhuispatiënten. Deze cijfers zijn enkel een schatting aangezien cijfers over de reële omvang van de problematiek nog niet beschikbaar zijn. In de thuiszorg vertonen 6% van de bejaarde populatie manifeste tekenen van ondervoeding en 45 % heeft een verhoogd risico op ondervoeding.

We werken op de afdeling mee aan een onderzoek over het voorkomen van ondervoeding. Het doel van het onderzoek is het optimaliseren van de situatie op het vlak van malnutritie door een betere opsporing en identificatie van ondervoede patiënten en door het voeren van een gericht voedingsbeleid.

U bent vrij om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek. Met uw medewerking hopen we het voedingsbeleid van het ziekenhuis verder te kunnen optimaliseren en aan te passen naar de mogelijkheden van de afdeling en de wensen van de patiënt.

Met de meeste hoogachting,

Bijlage 9: Visie statement van de participerende ziekenhuizen

1. Le Centre Hospitalier Jolimont – lobbès (campus Lobbès)

Het verpleegkundig departement heeft geen geschreven tekst ivm de onderliggende verpleegfilosofie, waarop de zorgverlening gebaseerd is, maar de operationele werkassen leggen vooral de nadruk op de transversale circulatie van de informatie.

Door het feit dat de verpleegeenheden op twee verschillende campussen gelegen zijn, worden de overlegmomenten binnen het verpleegdepartement, maar ook binnen de zorgprogramma's formeel georganiseerd, waardoor wederzijdse ervaring- en instrumentenuitwisseling mogelijk is.

De nadruk wordt vooral gelegd op multidisciplinariteit.

De zorg voor de geriatrische patiënt is één van de huidig uitgewerkte prioriteiten.

2. Le Centre Hospitalier de la Haute Senne (campus le Tilleriau)

De filosofie van het verpleegdepartement is gebaseerd op de behoeftentheorie van Virginia Henderson. In dit kader is de autonomie van de patiënt een centraal gegeven. Er wordt extra aandacht besteed aan de respect voor de patiënt "zijn vragen worden in overweging genomen".

3. AZ Groeninge ziekenhuis Kortrijk

"Het Kortrijks Algemeen Ziekenhuis Groeninge zet de inspiratie van de stichtende leden op een actuele manier voort. Zo wordt een hedendaagse en toekomstgerichte visie geschraagd door eeuwenoude tradities en een tijdloze waardebeleving. Dit wordt mogelijk gemaakt door verschillende overtuigingen naast elkaar te erkennen. Daarbij wordt uitgegaan van het unieke en het evenwaardige van elke mens. Tolerantie is hierbij een uitgesproken ethisch engagement. Men respecteert de ander als persoon en in zijn overtuigingen. Dit is geen gemakkelijke opdracht, die evenwel mogelijk wordt gemaakt door aandachtig naar elkaar te luisteren en de diverse meningen te eerbiedigen. Het AZ Groeninge verstrekt kwaliteitsvolle, deskundige en integrale zorgverlening voor het lichamelijk, geestelijk, spiritueel en sociaal welzijn, aan alle mensen die op het ziekenhuis een beroep doen. Het is een regionaal ziekenhuis dat een zo ruim mogelijk medisch spectrum aanbiedt. Naast zijn diagnostische en behandelende opdracht, vervult het ziekenhuis ook een educatieve en voorlichtende taak binnen de regionale gezondheidszorg. Het AZ Groeninge profileert zich als een dynamische instelling, waarin de patiënt centraal staat. Bijzondere aandacht wordt besteed aan het geven van aangepaste informatie aan zorgvragers en hun familie en verwanten die erkend en betrokken worden als een onmisbare schakel in het zorggebeuren.

Een goed gecoördineerd team biedt samenhang en continuïteit in de zorgen en de behandeling. Het AZ Groeninge biedt een klimaat waarin alle medewerkers zich goed voelen en waarin iedereen zich gewaardeerd weet in zijn deskundigheid, inzet en toewijding. De medewerkers worden gemotiveerd door de diepere zin van hun werk, door de kwaliteit van de zorgverlening en door de manier waarop wordt samengewerkt met de andere zorgverstrekkers binnen en buiten de instelling. Daartoe worden de medewerkers kansen geboden om, in overleg, door creativiteit en door het leveren van herkenbare bijdragen te komen tot persoonlijke groei en ontwikkeling en tot het uitbouwen van hun capaciteiten. Er wordt gestreefd naar een objectieve terugkoppeling, waarbij de waardering voor goed werk uitgedrukt wordt in bemoedigende erkentelijkheid en in een eerlijke verloning. Het AZ Groeninge is er voor en ook door de gemeenschap (AZ Groeninge, 2006)."

4. Sint-Vincentius ziekenhuis Deinze

"Het Sint Vincentiusziekenhuis is een acuut streekziekenhuis, waarin patiënten hun vertrouwen stellen en in een familiale sfeer worden opgevangen. Wij geloven in de kracht van de kleinschaligheid. Volgende krachtlijnen staan centraal :

Het behoud van de christelijke dimensie

We streven ernaar de evangelische waarden voelbaar te verweven in ons werk en in de dagelijkse contacten met patiënten. Vanuit deze inspiratie willen we de patiënt benaderen in zijn totaliteit als unieke mens, die wij geborgenheid willen geven met respect voor de persoon en de privacy.

Kwaliteitszorg binnen kwantitatieve beperkingen

Onze kleinschaligheid zien we als een ideale omgeving om kwaliteit na te streven met een hart in de zorg om de mens. Ondanks overheidsbesparingen en de daaruit voortvloeiende beperkingen trachten we creatief te blijven, onze organisatie te optimaliseren en ook de zorginhoud te verbeteren. Vanuit een voortdurende bevraging van onze patiënt trachten we het beleid steeds bij te sturen.

In ons streven naar een kwaliteitsvolle zorg is het voorkomen van vermijdbare incidenten al dan niet met een nadeel voor de patiënt één van de kernopdrachten.

Permanente zorg voor een blijvende motivatie

Directie en personeel trachten alles in het werk te stellen om positief en constructief samen te werken en een klimaat te creëren dat zo motiverend mogelijk werkt. Juiste informatie, overleg, het geven van kansen tot bijscholing en wederzijdse waardering dragen bij tot een aangenaam werkklimaat.

Positieve uitstraling

We wensen een open huis te zijn. Via onze accommodatie (o.a. de polyvalente zaal op de zolderverdieping) wensen we ruimte te creëren waarin zieke en gezonde mensen elkaar kunnen ontmoeten.

Hoogstaande kwalitatieve zorg gaat samen met een positieve uitstraling naar buiten.

Een totaal zorgaanbod

Via een intense samenwerking met andere centra wensen wij in een totaal zorgaanbod te voorzien, waarin niet alleen basispathologie wordt behandeld en basisingrepen worden uitgevoerd, maar waar men eveneens terecht kan voor gespecialiseerde diagnostische onderzoeken of behandelingsmethoden. Voor deze behandelingen en/of onderzoeken doen wij een beroep op preferentiële partners, die wij hebben uitgekozen op basis van de kwaliteit van de geboden zorg (Sint-Vincentius ziekenhuis, 2008)."

5. AZ Maria middelaars ziekenhuis Gentbrugge

Het AZ Maria Middelaars is gegroeid vanuit de christelijke traditie van liefdevolle zorg voor zieken en zwakken, zoals de Cisterciënzerzusters van Gent en de zusters van de H. Vincentius a Paulo van Waarschoot die altijd hebben beoefend. De evangelische inspiratie en de levenswaarden van de stichtende congregaties zijn blijvende ijkpunten voor ons ethisch handelen. Vanuit deze visie kiezen wij voor een hedendaagse hoogkwalitatieve gezondheidszorg met een menselijk gelaat.

Wij bieden naast algemene zorg ook specifieke hoogtechnologische expertzorg. Wij stemmen beide permanent af op de evolutie van de wetenschap.

Wij bieden elke patiënt kwaliteitszekere gezondheidszorg. Wij hebben daarbij aandacht voor de noden van de hele mens.

Wij geloven dat de persoonlijke inzet van al onze artsen en medewerkers de kwaliteit van onze zorg bepaalt. Wij werken samen met hen aan de uitbouw van een stimulerende werkomgeving.

Wij geloven dat een constructieve samenwerking met de huisartsen de beste gezondheidszorg kan realiseren. Wij ontwikkelen daartoe samen patiëntgerichte kwaliteitsprojecten.

Wij geloven in de waarde van buiten de eigen muren te kijken. Wij streven daarom strategische samenwerkingsverbanden na met het doel kwaliteit meetbaar te verbeteren.

Wij geloven dat slechts een financieel gezonde organisatie onze kwaliteitsdoelstellingen kan verwezenlijken. Wij realiseren dit in samenspraak en overleg met artsen en medewerkers.

6. AZ Sint rembert ziekenhuis Torhout

Behoud van de christelijke dimensie.

Het St.-Rembertziekenhuis is in 1948 opgericht door de kloostergemeenschap Genootschap van de Zusters van de Heilige Vincentius a Paulo. We blijven ernaar streven de christelijke dimensie verder door te geven.

Kwalitatief hoogstaande en patiëntgerichte zorg.

Het ziekenhuis wenst op elk ogenblik de vereiste zorg beschikbaar te stellen voor de patiënt. Elke zorgvraag wordt indien nodig multidisciplinair, en altijd met de vereiste zin voor kwaliteit benaderd.

Permanente zorg voor motivatie en deskundigheid.

We wensen de motivatie, de persoonlijke voldoening en de efficiënte onderlinge samenwerking van alle medewerkers te stimuleren. Communicatie en luisterbereidheid staan centraal in een open klimaat.

Doelmatige bedrijfsvoering.

Het personeelskader en de infrastructuur worden optimaal afgestemd op de huidige en toekomstige opdrachten van het ziekenhuis. Continue bewaking van alle bedrijfscriteria is hierbij onontbeerlijk. Dit gaat gepaard met een verantwoorde verloning en een responsabilisering tot op het niveau van alle diensthoofden.

Autonomie.

We streven naar een ziekenhuis met behoud van een eigen identiteit, ingebed in een regionaal en supra-regionaal netwerk. In overeenstemming met de regelgeving willen we tot een goede spreiding van het zorgaanbod komen.

Basiszorg, aangevuld met specialistische dienstverlening.

Als regionaal ziekenhuis dienen we aan de bevolking de basis-specialistische zorg aan te bieden, aangevuld met o.a. de meer specialistische zorg uit het AZ St.-Jan te Brugge. Met het AZ St.-Jan is een langlopend samenwerkingsakkoord afgesloten.

