

# Gegevensoverdracht rond ondervoede patiënt: berichtgeving is mager

M Klinkenberg, JJ van Binsbergen, RJM Strack van Schijndel, A Thijs, MAE van Bokhorst-de van der Schueren

## Samenvatting

Klinkenberg M, Van Binsbergen JJ, Strack van Schijndel RJM, Thijs A, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Gegevensoverdracht rond ondervoede patiënten: berichtgeving is mager. *Huisarts Wet* 2005;48(5):216-9.

**Doel** Inzicht krijgen in de plaats die voedingszorg inneemt in de informatieoverdracht tussen huisarts en specialist.

**Opzet** Prospectief cohortonderzoek bij patiënten opgenomen op de afdelingen inwendige geneeskunde in een academisch ziekenhuis.

**Methode** Gedurende twee maanden werden alle nieuw opgenomen patiënten gescreend op ondervoeding. We analyseerden verwijfsbrieven van huisarts naar specialist en ontslagbrieven van specialist naar huisarts op overdracht van voedingszorg. Drie maanden na ontslag vroegen wij aan de huisartsen van de ondervoede patiënten een vragenlijst over voedingstoestand en voedingszorg van de patiënt in te vullen.

**Resultaten** Honderdenzestig patiënten werden geïnccludeerd van wie er 70 participeerden in het onderzoek (66% respons). Hiervan was een derde (n=24) in een slechte voedingstoestand. In de dossiers van de ondervoede patiënten kwamen zeven verwijfsbrieven van de huisarts voor; drie daarvan bevatten informatie over de voeding(stoestand). In de ontslagbrieven werd in 40% van de gevallen geen enkele mededeling gedaan over het gewicht, de voedingstoestand of het voedingsbeleid. In de andere gevallen bestond de informatie uit een enkele opmerking, zonder dat gerichte voedingsadviezen werden gegeven. Complicaties en heropnames kwamen vaak voor en huisartsen bleken drie maanden na ontslag niet of onvoldoende op de hoogte van de voedingstoestand van hun patiënten.

**Conclusie** De overdracht van voedingszorg tussen huisarts en specialist was niet gestructureerd en onvolledig.

VU medisch centrum, dienst diëtetiek en voedingswetenschappen, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: dr. M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, hoofd van dienst; dr. M. Klinkenberg, senioronderzoeker; afdeling Intensive care volwassenen: R.J.M. Strack van Schijndel, internist-intensivist; afdeling algemene interne geneeskunde: A. Thijs, internist; UMC St Radboud Nijmegen: prof.dr. J.J. van Binsbergen, hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: M.vanBokhorst@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: De leerstoel van JvB wordt gefinancierd door de Zuivelstichting. MvB ontving in het verleden vergoedingen van de voedingsindustrie voor het geven van lezingen en participatie in onderzoek. De tijdelijke aanstelling van MK is gedeeltelijk gefinancierd door Nutricia Nederland BV.

## Inleiding

Het belang van ondervoeding in het genezingsproces ontsnapt vaak aan de aandacht van medici.<sup>1-4</sup> Toch komt ondervoeding vaak voor: de prevalentie van ondervoeding bij opgenomen patiënten bedraagt 25-60% en bij niet opgenomen patiënten 5-40%.<sup>5-10</sup>

Ondervoeding heeft een negatieve invloed op het ziektebeloop, morbiditeit, aantal contacten met de huisarts, medicijngebruik, opnameduur, de kans op heropnames, het algemeen welzijn van de patiënt en zelfs op de overlijdenskans.<sup>12-14</sup> Hoewel is aangetoond dat vroege opsporing en behandeling van ondervoede patiënten positieve resultaten opleveren, zowel in de kliniek als in de thuissituatie,<sup>15,16</sup> is dit geen algemeen gebruikelijke zorg.<sup>4</sup>

De steeds korter wordende opnameduur heeft tot gevolg dat het herstel van de patiënt grotendeels buiten de kliniek plaatsvindt. Het verbeteren en op peil houden van de voedingstoestand wordt hiermee steeds meer de verantwoordelijkheid van huisartsen.

Wij willen met dit onderzoek een indruk geven van de aandacht voor voedingszorg in de informatieoverdracht tussen huisarts en specialist en van de mate waarin huisartsen op de hoogte zijn van de voedingstoestand van patiënten enkele maanden na ontslag.

## Methode

Aan alle patiënten die tussen oktober en december 2003 werden opgenomen op afdelingen inwendige geneeskunde van het VU medisch centrum werd gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. Alleen patiënten met een verwachte opnameduur van minder dan 2 dagen of die waren overgeplaatst vanuit een ander ziekenhuis of van de intensivereafdelingen werden uitgesloten.

Binnen 48 uur na opname nam de onderzoeker een aantal vragen en metingen af bij de patiënt over de woonsituatie, partnerstatus, gewicht en lengte. Tevens werd de SNAQ<sup>®</sup> (Short Nutritional

### De SNAQ<sup>®</sup>-vragenlijst

- |                                                                     |          |
|---------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 Bent u onbedoeld afgevallen de afgelopen tijd?                    |          |
| – meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden?                          | 3 punten |
| – meer dan 3 kg in de afgelopen maand?                              | 2 punten |
| 2 Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?                 | 1 punt   |
| 3 Heeft u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt? | 1 punt   |

Uitslag 2 punten: dreigende voedingsproblematiek

Uitslag  $\geq 3$  punten: ernstige voedingsproblematiek

### Wat is bekend?

▶ Ondervoeding komt relatief vaak voor bij patiënten met chronische ziekten.

### Wat is nieuw?

▶ Huisartsen en medisch specialisten besteden in hun gegevensuitwisseling over opgenomen patiënten te weinig aandacht aan ondervoeding.

Assessment Questionnaire) afgenomen (*kader*). Dit is een gevalideerd en eenvoudig screeningsinstrument om bij een klinische patiëntenpopulatie het risico op ondervoeding te voorspellen.<sup>17</sup> Om inzicht te krijgen in de transmurale overdracht van voedingszorg hebben we de briefwisseling tussen huisarts en specialist geanalyseerd op berichtgeving over voedingsproblematiek. Ongeveer 3 maanden na ontslag werd aan de huisarts een vragenlijst gestuurd over de voedingsstatus, voedingszorg en zorggebruik in het algemeen van de betrokken patiënt.

### Resultaten

We sloten 106 patiënten in (*figuur*); met 70 patiënten hielden we uiteindelijk een vraaggesprek. De 36 niet-deelnemende patiënten vielen uit vanwege: taalproblemen (n=6), psychogeriatrische problemen (n=9), te zieke toestand (n=12), gemist contact (n=5), geweigerd contact (n=4).

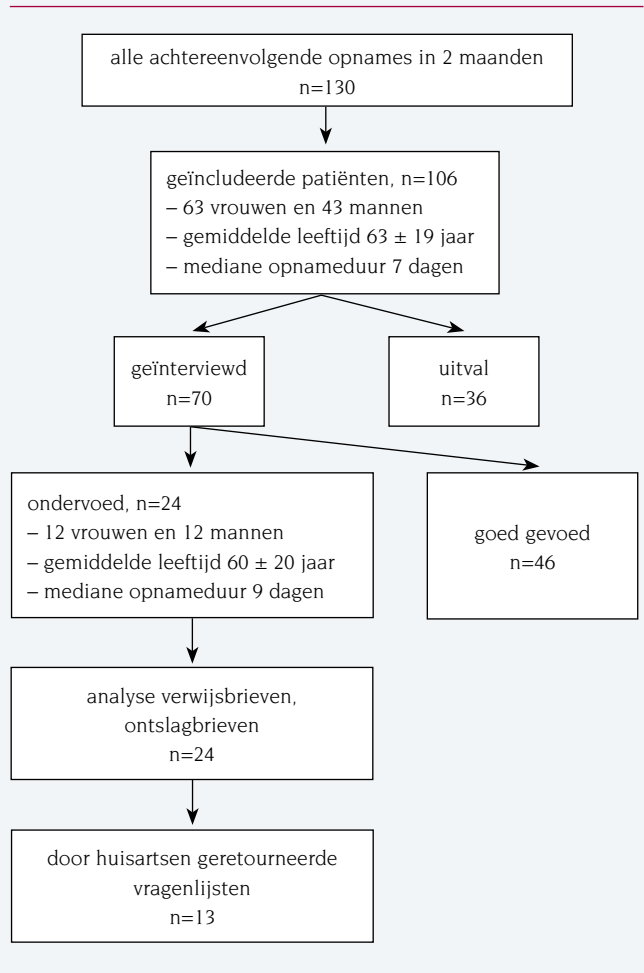
*Kenmerken van de ondervoede groep.* We stelden ondervoeding vast bij 24 (34%) van de 70 onderzochte patiënten (*figuur*). Bijna alle ondervoede patiënten (92%) woonden zelfstandig en 54% had een partner. De redenen van opname en de onderliggende diagnoses waren zeer divers; slechts in 4 gevallen was de opname direct gerelateerd aan ondervoeding (gewichtsverlies bij respectievelijk tumor (n=2), HIV (n=1) en ulcus ventriculi (n=1)). Bij 13 ondervoede patiënten (54%) werd een diëtist geconsulteerd. Deze consultatie werd in geen van de gevallen poliklinisch voortgezet. Twee patiënten overleden tijdens opname, één werd teruggeplaatst naar een revalidatiekliniek en alle anderen gingen naar huis.

*De verwijsbrieven van de huisarts.* In zeven dossiers troffen we een verwijsbrief van de huisarts aan de specialist aan en in drie daarvan werd melding gemaakt van voedingsproblematiek van de patiënt.

*De ontslagbrieven van de specialist.* In 15 van de 24 ontslagbrieven (62%) werd melding gemaakt van voedingsproblematiek, hoewel dit meestal slechts beperkt bleef tot een enkele opmerking. In geen van de brieven werden adviezen gegeven over voedingsondersteuning na ontslag. Evenmin werd gemeld dat een diëtist in consult geweest was.

*De vragenlijst aan de huisarts na opname.* De vragenlijst, die ongeveer drie maanden na ontslag aan de huisartsen werd verstuurd, werd 13 maal geretourneerd; vier patiënten waren inmiddels overleden. Drie patiënten hadden geen toestemming gegeven om de huisarts te benaderen en van vier huisartsen weten we niet waarom zij geen respons gaven.

Figuur Stroomschema



Het aantal contacten tussen de patiënt en de huisarts na ontslag varieerde van 0 tot 15 (mediaan 4). Complicaties en heropnames kwamen redelijk vaak voor (*tabel*). In 8 van de 13 gevallen meldde de huisarts geen voedingszorg overgedragen te hebben gekregen vanuit het ziekenhuis. Van 5 patiënten wist de huisarts dat zij een of andere vorm van voedingsondersteuning (supplementen, dieetvoorschrift of 'tafeltje-dek-je') ontvingen. De vragen uit de SNAQ<sup>®</sup>-screeningslijst bleken de huisartsen maar moeilijk te kunnen beantwoorden. In ongeveer de helft van de gevallen was de huisarts zich bewust van de slechte voedingstoestand van zijn patiënt (*tabel*).

### Beschouwing

Dit artikel beschrijft de transmurale informatieoverdracht over de voedingszorg van een groep ondervoede patiënten.

De onderzochte patiënten woonden voor opname bijna allemaal zelfstandig. Huisartsen bleken lang niet altijd een verwijsbrief aan de behandelend arts in het ziekenhuis geschreven te hebben. Vaak is dit verklaarbaar, bijvoorbeeld omdat de specialist op de hoogte was van de toestand van de patiënt of omdat het om een acute opname ging. Was er wel een verwijsbrief, dan werd zelden melding gemaakt van de voedingsstatus van de patiënt.

Omdat ondervoeding tot op heden geen medische diagnose is,

**Tabel** Informatie verkregen van de huisarts over voedingstoestand en voedingsondersteuning na ontslag (n=13)

| Problemen na ontslag                                                  | ja  | nee | weet niet |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Complicaties?                                                         | 5   | 5   | 3         |
| Heropname ziekenhuis?                                                 | 7   | 6   | -         |
| Opname elders?                                                        | 1   | 12  | -         |
| Zorg:                                                                 |     |     |           |
| - Persoonlijke verzorging nodig?                                      | 11* | 1   | 1         |
| - Informatie ontvangen van het ziekenhuis over voedingszorg/toestand? | 8   | 5   | -         |
| - Krijgt patiënt voedingsondersteuning?†                              | 5‡  | 5   | 3         |
| SNAQ®-vragen:                                                         |     |     |           |
| - >6 kg gewichtsverlies in laatste 6 maanden?                         | 4   | 2   | 7         |
| - >3 kg gewichtsverlies in laatste maand?                             | 1   | 5   | 7         |
| Verminderde eetlust in laatste maand?                                 | 5   | 3   | 5         |
| Heeft patiënt drink- of sondevoeding gebruikt?                        | 3   | 7   | 3         |

\* thuiszorg (n=3), verpleeghuis (n=1), anders (n=7)

† bijvoorbeeld: supplementen, advies, dieetvoorschriften, 'tafeltje dekje'

‡ door huisarts (n=2), door thuiszorg (n=1), anders (n=2)

is er wellicht te weinig aandacht voor. Toch wordt dit in enkele NHG-Standaarden wel geadviseerd; zo wordt in de NHG-Standaard COPD geadviseerd 'op de voedingstoestand' van oudere patiënten met COPD te letten.<sup>18</sup>

Uit analyse van de ontslagbrieven gericht aan de huisarts bleek dat er ook niet systematisch teruggerapporteerd werd over het gevoerde voedingsbeleid. Onderzoekers die meer in het algemeen hebben gekeken naar ontslagbrieven bevestigen dat de kwaliteit van ontslagbrieven vaak te wensen overlaat en ook dat follow-upadviezen vaak ontbreken.<sup>19-21</sup>

Hoewel de kleine onderzoeksgroep noopt tot voorzichtige conclusies, lijkt, gebaseerd op de vragen die drie maanden na ontslag werden beantwoord, de huisarts slecht op de hoogte te

#### Suggesties voor verbeterde voedingszorgoverdracht

- Beschouw ondervoeding als een aparte, zelfstandige diagnose. Gebruik voor de herkenning van ondervoeding ongewenst gewichtsverlies (>10% gedurende de afgelopen 6 maanden of meer dan 5% gedurende de afgelopen maand), een lage BMI (<20) of een gevalideerd screeningsinstrument, zoals de SNAQ®-vragenlijst.
- Codeer ondervoeding volgens de ICPC-codering op de E-regel van het Huisarts Informatie Systeem en codeer vervolgens deze diagnose als probleem. Op deze wijze wordt hier, bij verwijzing, automatisch aandacht op gevestigd.
- De volgende ICPC-codes komen in aanmerking om het 'probleem' ondervoeding onder de aandacht te brengen: T05 = voedingsproblemen bij volwassenen; T08 = gewichtsverlies; T91 = vitamine/voedingsdeficiëntie(s).

#### Suggesties voor bredere aandacht voor voedingszorg

- Geef voeding een prominentere plaats in het basiscurriculum geneeskunde en in de vervolopleiding tot huisarts of specialist.
- Draag zorg voor protocollaire verwijzing naar een diëtist voor risicopatiënten.

zijn van de voedingstoestand van de patiënt in de thuissituatie. Wanneer inderdaad 25 tot 40% van de thuiswonende chronische zieke patiënten bij opname in een slechte voedingstoestand verkeert<sup>1-4,17</sup> – in ons onderzoek 34% – zouden huisartsen regelmatig de diagnose ondervoeding moeten stellen. In tegenstelling hiermee merken verschillende auteurs op dat ondervoeding als diagnose of als mededoodsoorzaak een relatieve zeldzaamheid is.<sup>22-24</sup> Op Europees niveau is recentelijk vastgesteld dat de prevalentie van ondervoeding in Europa onacceptabel hoog is en leidt tot een ongewenste stijging van de kosten van de gezondheidszorg (intramuraal en extramuraal).<sup>25</sup> De Europese Commissie beveelt aan 'ondervoeding' als aparte, zelfstandige diagnose te erkennen en screening op en prevalentie van ondervoeding als accreditatieparameter respectievelijk prestatie-indicator van geleverde zorg op te nemen.



Illustratie: Liebig Italian Illustrated Food Card, private collection/Bridgeman Art Library

#### Conclusie

De schriftelijke informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten over de voedingszorg voor ondervoede patiënten is niet gestructureerd en onvolledig. Vermoedelijk wijst dit op een gebrek aan aandacht voor de diagnose en behandeling van ondervoeding bij zowel huisartsen als specialisten. Natuurlijk kan mondelinge overdracht of bekendheid met de situatie van de patiënt de resultaten van dit onderzoek gekleurd hebben. Desondanks blijven

## Abstract

Klinkenberg M, Van Binsbergen JJ, Strack van Schijndel RJM, Thijs A, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Exchange of information on malnourished patients: reporting is scarce. *Huisarts Wet* 2005;48(5):216-9.

**Objective** To obtain insight into the exchange of information on nutritional status and nutritional support between hospital and general practitioner.

**Design** Prospective cohort study in newly admitted patients to the internal medicine department of a teaching hospital.

**Method** Nutritional status was assessed in all patients admitted to the Internal Medicine department VU University Medical Center (Amsterdam) over a period of 2 months. Malnourished patients' letters of referral and discharge were analysed for exchange of nutritional information between clinicians and GPs. The GP filled in a short questionnaire regarding the malnourished patients three months after discharge (n=13).

**Results** 106 patients were eligible to be included in the study, 70 patients participated (66% response), 24 patients were malnourished (34%). In seven cases a GP referral was found in the medical record, three of which included nutritional information. The discharge letters contained no information on body weight, nutrition or nutritional status in 40% of the cases. In the other cases only fragmentary notes referring to nutrition were included. No advice for follow-up was given in order to support nutrition after discharge. Re-admission to hospital occurred frequently in the malnourished patients and GPs were scarcely aware of their patients' nutritional status three months after discharge (n=13).

**Conclusion** Exchange of information on nutritional status and treatment between hospital and GP was unsystematic and poor.

huisartsen, enige maanden na ontslag, slecht op de hoogte van de voedingstoestand van ondervoede patiënten.

## Literatuur

- McWhirter JP, Pennington CR. The incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Br Med J* 1994;308:945-8.
- Kelly IE, Tessier S, Cahil A, Morris SE, Crumley A, McLaughlin D, et al. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. *Quart J Med* 2000;93:93-8.
- Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. *Clin Nutr* 2000;19:191-5.
- Kruizenga HM, Wierdsma NJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Hollander HJ, Jonkers-Schuitema CF, van der Heijden E, et al. Screening of Nutritional status in The Netherlands. *Clin Nutr* 2003;22:147-52.
- Klipstein-Grohbusch K, Reilly JJ, Potter J, Edwards CA, Roberts CA. Energy intake and expenditure in elderly patients admitted to hospital with acute illness. *BMJ* 1995;73:323-34.
- Watson JL. The prevalence of malnutrition in patients admitted to Care of the Elderly wards. *Proceedings of the Nutrition Society* 1999;58:139A.
- Flodin L, Svensson S, Cederholm T. Body mass index as a predictor of 1 year mortality in geriatric patients. *Clin Nutr* 2000;19:121-5.
- Shaver HJ, Loper JA, Lutes RA. Nutritional status of nursing home patients. *JPEN* 1980;4:367-70.
- Mowé M, Böhmer T. The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalised elderly patients. *JAGS* 1992;39:1089-92.
- Sidenvall B, Ek AC. Long-term care patients and their dietary intake related to eating ability and nutritional needs: nursing staff interventions. *J Adv Nurs* 1993;18:565-73.
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Oxon (UK): CABI, 2003.
- Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clin Nutr* 1999;18(suppl2):3-28.
- Martyn CN, Winter PD, Coles SJ, Edington J. Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic disease living in the community. *Clin Nutr* 1998;17:119-23.
- Payette H, Boutier V, Coulombe C, Gray-Donald K. Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: A prospective randomized community trial. *J Am Dietetic Assoc* 2002;102:1088-95.
- Avenell A, Handoll HHG. A systematic review of protein and energy supplementation for hip fracture aftercare in older people. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:895-903.
- Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester: Wiley.
- Kruizenga HM, Seidell JC, De Vet HCW, Wierdsma NJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: The Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr* 2005;24:75-82.
- Geijer RMM, Thiadens HA, Smeele IJM, Sachs APE, Bottema BJAM, Van Hensbergen W, et al. NHG-Standaard COPD en astma bij volwassena: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 2001;44:107-17.
- Foster DS, Paterson C, Fairfield G. Evaluation of immediate discharge documents - room for improvement? *Scot Med J* 2002;47:77-9.
- Jansen JO, Grant IC. Communication with general practitioners after accident and emergency attendance: computer generated letters are often deficient. *Emerg Med J* 2003;20:256-7.
- Bellika JG, Hartvigsen G, Norum J. Using discharge letters and context representaton in informal retrieval of medical literature. *Stud Health Technol Inform* 2003;95:373-8.
- Mowe-Morten KI, Böhmer T. The prevalence of protein calorie undernutrition in a population of hospitalised elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1089-92.
- Miller DK, Morley JE, Rubenstein LZ, Pietruszka FM, Strome LS. Formal geriatric assessment instruments and the care of older general medical outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:645-51.
- Pinholt EM, Kroenke K, Hanley JF, Kussman MJ, Twyman PL, Carpenter JL. Functional assessment of the elderly. A comparison of standard instruments with clinical judgment. *Arch Intern Med* 1987;147:484-8.
- Council of Europe, Committee of ministers. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospital. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.