

# REFLECTIE OP RICHTLIJNEN

*een kwalitatief onderzoek naar het gebruik van richtlijnen in de zorg*

## **Annemieke van Wijngaarden**

Dokter van Stratenweg 365  
4205 LT GORINCHEM  
Studentnummer 338619  
[338619aw@student.eur.nl](mailto:338619aw@student.eur.nl)

Scriptie Afstudeeronderzoek  
25 november 2011  
Master Zorgmanagement  
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Erasmus Universiteit Rotterdam

Docent: Dr. T. Zuiderent- Jerak  
Meelezers: Dr. G. Scholten  
Mw. U. Quartz, MA



## **SAMENVATTING**

In de zorg wordt veel gewerkt met protocollen en richtlijnen. Dit met als doel de werkzaamheden transparanter te maken, eenduidig handelen van verschillende zorgverleners na te streven, efficiënter te werken en kosten te besparen (Timmermans & Berg 2003). Protocollen en richtlijnen zijn veelal gebaseerd op de laatste wetenschappelijke stand van zaken (vanuit gerandomiseerde klinische studies) en bieden volop mogelijkheden voor registratie, verantwoording en controle van medisch handelen. Ondanks de voordelen die protocollair werken met zich meebrengt en de belangrijke doelstellingen die ermee nagestreefd worden, worden veel richtlijnen in de zorg niet opgevolgd.

Er is veel geschreven over deze problematiek. Richtlijnen lijken in veel gevallen geen goede aansluiting te hebben op de medische praktijk. Er zijn bronnen die professionals verwijten niet met richtlijnen te willen werken en dat zij hun medisch handelen dienen te veranderen. Ze maken het punt dat gedragsverandering bij zorgprofessionals moeilijk realiseerbaar is. Andersom gaat het verwijt van zorgverleners naar richtlijnontwikkelaars dat de richtlijnen niet goed aansluiten bij de praktijk. Er is echter meer over te zeggen, dat blijkt wel als de theoretische discussie over verschillende kennispraktijken bij dit probleem betrokken wordt. Hierin komt naar voren dat de zorgpraktijk over verschillende kennispraktijken beschikt, maar dat niet alle kennis gemakkelijk is te duiden (Suchman 1995). Veel kennis en veel werk blijft verborgen, onzichtbaar, echter wel essentieel bij het verlenen van goede zorg. Bepaalde werkzaamheden van professionals blijven onzichtbaar blijven. Bij de ontwikkeling van richtlijnen in de zorg wordt meestal geen rekening gehouden met de bestaande (onzichtbare) werkpraktijken, richtlijnen worden veelal gebaseerd op gerandomiseerde klinische studies. Bovendien hebben richtlijnen ook invloed op de zichtbaarheid van werkzaamheden: met het invoeren van richtlijnen worden bepaalde taken zichtbaar of juist onzichtbaar gemaakt. Dit is ook te zien in de SNAQ-methode (Short Nutritional Assessment Questionnaire), de richtlijn die in dit onderzoek centraal staat. De SNAQ-methode is een richtlijn voor verpleegkundigen om vroegtijdig (het risico op) ondervoeding bij patiënten te signaleren en moet verplicht bij alle patiënten binnen 24 uur na opname afgenomen worden.

Met dat bepaalde werkzaamheden zichtbaar gemaakt worden door het gebruik van de SNAQ-methode, verplaatsen andere werkzaamheden meer naar de achtergrond.

Bovendien blijken instrumenten als de SNAQ-score niet op zichzelf te staan en niet uit zichzelf de gewenste effecten te hebben. Om goed gebruik te maken van de SNAQ-score is er interpretatie nodig. Er vindt interactie plaats van het instrument met de gebruiker. De SNAQ-methode vraagt aan de ene kant om een praktijk waarin ruimte is voor reflectie en

interpretatie van de SNAQ-score. Maar aan de andere kant wordt de reflectieve context door de SNAQ-methode zelf beperkt. Onder andere vanwege de prestatie-indicator die verplicht tot het rapporteren van de SNAQ-score en vanwege het verdwijnen van de functie voedingsassistent. De beperkte ruimte voor reflectie en interpretatie heeft veel vals positieve en vals negatieve scores tot gevolg.

Een richtlijn als de SNAQ-methode heeft invloed op het werk van verpleegkundigen. Het werken met instrumenten heeft invloed op zowel de organisatie en de cognitieve aspecten van het werk (Berg 1999). Richtlijnen werken niet eenzijdig, maar interacteren met hun gebruikers. Deze interactie is niet altijd zichtbaar, maar wel essentieel. Bijvoorbeeld voor de implementatie van richtlijnen. Als bekend is dat er een wezenlijke interactie bestaat tussen richtlijnen en bepaalde werkzaamheden of routines, vloeit daaruit voort dat dit op verschillende afdelingen ook een verschillende wisselwerking kan zijn. Een richtlijn heeft invloed op het werk en kan praktijken veranderen. En kan daardoor gevolgen hebben die niet waren voorspeld.

Soms lijken richtlijnen en de praktijk mijlenver uit elkaar te liggen. Beiden kunnen mogelijk dichterbij elkaar gebracht worden als er het besef is van de interactie die richtlijnen hebben met de bestaande werkzaamheden (Berg 1999). Er zal bij de ontwikkeling van richtlijnen uiteraard steeds rekening gehouden moeten worden met de laatste stand van zaken vanuit gerandomiseerde klinische studies. Daarnaast mogen bij de implementatie van richtlijnen bestaande werkpraktijken niet uit het oog verloren worden. Deze praktijken zullen interactie met de richtlijn tot gevolg hebben. Een richtlijn dient te allen tijde in de context gezien te worden. Aan de andere kant worden door het volgen van een richtlijn de mogelijkheden voor reflectie en interpretatie juist beperkt.

**ABSTRACT**

Health care professionals often work with standards and guidelines. The main objective of standardization in health care is to increase medicine's effectiveness and transparency and to reduce costs and undesirable discrepancies between different professionals (Timmermans & Berg 2003). Standards and guidelines are usually based on recent evidence from randomized controlled trials and give opportunities for registration, accountability and control of medical treatment. Despite the many advantages of working with protocols, health care workers do not act accordingly in many cases.

Many authors have written about this issue. In a number of cases guidelines do not correspond with medical practice. Some authors blame health professionals. They would not want to work with guidelines. These authors express that health care workers should change their work methods. Health professionals would not want to work with guidelines and standards and that there is need of behavioural change of health professionals. On the other hand health professionals blame guideline developers that guidelines doesn't correspond properly with medical practice and that in many cases guidelines aren't suitable.

In all probability there's more to say about this issue, especially, when the discussion about the different knowledge practices is consolidated. It appears that the medical profession provides different knowledge practices, though it's very hard to make this knowledge explicit. (Suchman 1995).

Parts of their work and most of their knowledge is invisible, though crucial for good medical treatment. Therefore some critical work of professionals remain invisible. Often, there is no attention for these invisible work of professionals In the development of guidelines.

Guidelines are regularly based on outcomes of randomized controlled trials.

Moreover, guidelines have influence on the visibility of work too. Some tasks become visible or invisible with the implementation of guidelines. This becomes clear in the SNAQ-method (Short Nutritional Assessment Questionnaire), the main guideline of this inquiry-method. The SNAQ-method is an easy, short and valid questionnaire for early detection of hospital malnutrition. It is required for nurses to use the SNAQ-questionnaire within the first 24 hours of every admission.

At the same time of making work visible by the use of the SNAQ-method, some other tasks transfer to the background. Furthermore, it seems that instruments like the SNAQ-method are not definite and do not have the expected effects on their own. Interpretation of the

SNAQ-score is inevitably to use this instrument successfully. There is interaction with the instrument's user. At the one hand the SNAQ-method demands a practice with sufficient space for reflection and interpretation of the SNAQ-score. On the other hand the context for this reflection and interpretation is limited by the SNAQ-method itself. An example of this limitation is the performance-indicator, which obligates the appraisal of the SNAQ-score. Another example is the removal of the profession of food-assistant. The limited space for reflection and interpretation causes many false positive and false negative scores.

An instrument like the SNAQ-method affect the work of nurses. Instruments will transform both the organizational and the cognitive aspects of the work (Berg 1999). Instruments do not work biased, there is a certain interaction between the instrument and its user. This interaction is not always explicit as well, though certainly essential. For example for the implementation of guidelines. And when it is well-known that there is a truly interaction between guidelines and certain work tasks or routines, it becomes clear that on different work sections there can be different interactions. A guideline has influence on work tasks and can transform work practices, and can even have some effects which weren't predict.

Sometimes guidelines and work practice seems to be far away from each other. The awareness of the interaction between guidelines and the users can possibly bring both together (Berg 1999). Guideline developers should obvious count with recent outcomes of randomized controlled trials. On the other hand there must be attention for existing work practices in the implementation of guidelines. There will be interaction with these work practices and the guideline. Therefore guidelines should always be seen in proper circumstances. On the other hand will the use of guidelines restrict the opportunities for reflection and interpretation.

## **INHOUDSOPGAVE**

SAMENVATTING .....	2
ABSTRACT .....	4
INHOUDSOPGAVE.....	6
1. INLEIDING .....	7
2. METHODEN.....	10
3. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN IN DE ZORG VANUIT DE THEORIE .....	14
4. DE TOTSTANDKOMING VAN DE SNAQ-METHODE .....	19
5. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN VANUIT DE PRAKTIJK .....	21
Klinische blik .....	22
Tijd en prioriteit.....	24
Vervolgstappen van de SNAQ-methode .....	25
Samenwerking tussen assist-medewerkers en verpleegkundigen .....	26
6. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN EN DE SNAQ-METHODE.....	31
7. DISCUSSIE .....	35
8. AANBEVELINGEN .....	39
LITERATUUR.....	41

## 1. INLEIDING

### *Zorg & Wetenschap*

De medische wetenschap is voortdurend in ontwikkeling. Bijna dagelijks is er nieuws op het gebied van wetenschap en zorg. In het algemeen wordt het als belangrijk beschouwd dat zorg verleend wordt volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten (Evidence Based Medicine Working Group 1992:2421). Dit schept verplichtingen: Het is aan professionals om op de hoogte te blijven van de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen in de zorg. En het is aan de wetenschap om de professionals op de hoogte te brengen van de recentste wetenschappelijke ontdekkingen. Hierbij wordt dan veelal de voorkeur gegeven aan kwantitatief wetenschappelijk onderzoek op basis van gerandomiseerde klinische studies (Fox 2003). Deze verplichtingen geven een bepaalde spanning. Naast dat het belangrijk is dat zorg verleend wordt volgens wetenschappelijke inzichten, is ook bekend dat voor veel problemen in de zorg geen antwoord bestaat op basis van gerandomiseerde klinische studies (ibid.:2423).

Om kwalitatief hoogstaande zorg volgens de laatste wetenschappelijke standaarden te waarborgen, worden deze wetenschappelijke conclusies veelal omgevormd tot een verplichte medische richtlijn voor de praktijk. Helaas beantwoorden deze “Evidence Based richtlijnen” vele zorgvragen niet of kunnen ze in sommige gevallen zelfs schade aanrichten als ze te nauwkeurig gevolgd worden (Evans 1995). Er schuilt zelfs een gevaar in het leren werken met richtlijnen; namelijk dat een zorgverlener bij gebrek aan goede wetenschappelijke onderbouwing voor medisch handelen bij een bepaalde problematiek genoeg neemt met twijfelachtige onderzoeken en daar medische keuzes wellicht op baseert (ibid:461).

Bovendien kan de kritische vraag gesteld worden in hoeverre protocollair werken en het implementeren van verbeterprogramma's in de zorg geleid heeft tot een betere zorgverlening. November 2010 verscheen bijvoorbeeld het bericht dat potentieel vermijdbare schade bij ziekenhuispatiënten in de periode van 2004 tot 2008 niet gedaald is, ondanks alle pogingen tot evidence-based verbeteringen (www.nivel.nl [aangehaald 28-09-2011]).

Aan de ene kant is duidelijk dat de zorg op veel punten verbeterd kan worden en dat het gebruik van richtlijnen ofwel het inzetten van protocollair werken daaraan kan bijdragen. Aan de andere kant is er ook het besef dat richtlijnen niet in alle gevallen volstaan en dat er zelfs inzichten zijn die tegen het gebruik van richtlijnen pleiten. Daarmee komt de vraag naar

voren op welke manier deze inzichten ingezet kunnen worden om (het werken met) richtlijnen, en daarmee de resultaten in de zorg, te verbeteren.

Eén van de voordelen van protocollair werken is dat het eenvoudiger wordt om bepaalde werkzaamheden te registreren. Zorgverleners en ziekenhuizen dienen zich jaarlijks te verantwoorden naar de inspectie. Registreren is hierbij essentieel. Eén van de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen is de screening op en behandeling van ondervoeding ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl) [aangehaald 01-01-11]).

Ziektegerelateerde ondervoeding blijkt namelijk een belangrijke voorspeller te zijn voor trager herstel en complicaties bij ziekte en operaties (ibid.). De landelijke prevalentiecijfers geven aan dat 25-40% van de patiënten in ziekenhuizen ondervoed zijn. Dit probleem wordt veelal onderschat. Zonder screening wordt slechts 50% van de ondervoede patiënten behandeld. De landelijke stuurgroep ondervoeding heeft een richtlijn, de SNAQ-methode (Short Nutritional Assessment Questionnaire), ontwikkeld om ondervoeding en het risico daarop vroegtijdig op te sporen (ibid.). Opnieuw een evidence-based richtlijn met de bedoeling om de zorg te verbeteren, maar ook deze richtlijn lijkt een spanning met de praktijk tot gevolg te hebben.

De discussie over verschillende kennispraktijken op de werkvloer biedt volop mogelijkheden om de spanning tussen zorg en wetenschap nader te bekijken. Verschillende gezichtspunten zullen in de volgende hoofdstukken aan de orde komen, bijvoorbeeld de rol van impliciete kennis in de praktijk en de invloed van instrumenten op de zichtbaarheid van werk.

Ook bij de richtlijn voor het opsporen van ondervoeding is een zekere spanning te zien tussen verschillende kennispraktijken op de werkvloer. Het centrale thema van dit onderzoek is de plaats die deze kennispraktijken innemen in de zorg en op welke manier zij zich op de werkvloer verhouden tot het gebruik van richtlijnen. Doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke kennis op het gebied van het gebruik van richtlijnen in de gezondheidszorg. De centrale vraagstelling luidt:

***Op welke manier verhouden de verschillende kennispraktijken op de werkvloer zich tot het gebruik van richtlijnen (de SNAQ-methode) in de zorg?***

Voor het beantwoorden van deze hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Op welke manier wordt vanuit verschillende theoretische perspectieven gekeken naar de relatie tussen verschillende kennispraktijken en het gebruik van richtlijnen in de zorg?
2. Hoe is de SNAQ-methode ontwikkeld?



3. Welke andere werkzaamheden lijken belangrijk te zijn in de signalering van ondervoeding?
4. Op welke manier beïnvloeden deze verschillende vormen van werk het gebruik van de SNAQ-methode?

Het volgende hoofdstuk bespreekt de gebruikte methoden. De daarop volgende hoofdstukken zullen de vier verschillende deelvragen opeenvolgend behandelen. Er wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen.

## **2. METHODEN**

Dit onderzoek kan omschreven worden als een 'casestudy' en is uitgevoerd met kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit onderzoek heeft zich uitstekend geleend voor kwalitatieve onderzoeksmethoden omdat het gericht is op het vergaren van wetenschappelijke kennis over de manier waarop zorgprofessionals zich gedragen ten opzichte van bestaande zorgrichtlijnen. Daarbij is als uitgangspunt genomen de kennishiërarchie in de zorg: wetenschappelijke kennis wordt veelal boven praktijkkennis gesteld (Fox 2003:84). Verschillende kennispraktijken staan in dit onderzoek centraal, waaronder "onzichtbare werkzaamheden", welke met kwalitatieve onderzoeksmethoden beter aan het licht kunnen komen dan met kwantitatief onderzoek. Kwalitatieve onderzoeksmethoden bieden de mogelijkheid dit onderwerp vanuit verschillende perspectieven te leren kennen, te beschrijven en te verklaren (Boeije 2005:27).

De centrale vraagstelling in dit onderzoek richt zich op de verhouding tussen verschillende kennispraktijken in de zorg en het gebruik van richtlijnen. Het onderzoek is toegepast op de richtlijn SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire), welke zich richt op de vroegtijdige signalering van (het risico op) ondervoeding in het ziekenhuis. Ziekenhuizen in Nederland zijn verplicht hun patiënten bij opname (binnen 24 uur) te screenen op ondervoeding. De screening op en de behandeling van ondervoeding vormen samen één van de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl) [aangehaald 01-01-11]). Voor deze indicator dient een ziekenhuis gegevens aan te leveren over alle opgenomen patiënten. Er wordt van ziekenhuizen gevraagd het percentage patiënten dat bij opname (binnen 24 uur) is gescreend op ondervoeding aan te leveren. Het betreft alle opgenomen patiënten en is dus een doorlopende registratie ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl) [aangehaald op 01-01-11]). Alle patiënten dienen bij opname gescreend te worden door de verpleegkundige op (het risico op) ondervoeding volgens de SNAQ-methode (Short Nutritional Assessment Questionnaire).

Deze SNAQ (Kruizenga 2006) bestaat uit drie vragen, aan welke punten worden toegekend, de SNAQ-score:

<h1 style="margin: 0;">SNAQ</h1> <h2 style="margin: 0;">Short Nutritional Assessment Questionnaire</h2> <p style="margin: 0; font-size: small;">www.stuurgroepondervoeding.nl</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bent u onbedoeld afgevallen? Meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden Meer dan 3 kg in de afgelopen maand</li> <li>• Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?</li> <li>• Heeft u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?</li> </ul>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="display: flex; gap: 5px;">● ● ●</div> <div style="display: flex; gap: 5px;">● ●</div> <div style="display: flex; gap: 5px;">●</div> <div style="display: flex; gap: 5px;">●</div> </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● geen actie</li> <li>● ● 3 x per dag een tussentijdse verstrekking</li> <li>● ● ● 3 x per dag een tussentijdse verstrekking en behandeling door een diëtist</li> </ul>	

De SNAQ-methode gaat verder dan bovenstaande SNAQ-score en kent bijvoorbeeld ook bepaalde doelstellingen voor de behandeling van de diëtist. Dit onderzoek beperkt zich echter tot de SNAQ-score en de bijbehorende acties.

Het onderzoek gericht op deze SNAQ-score en verschillende kennispraktijken in de zorg heeft grotendeels plaatsgevonden binnen het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht op de verpleegafdeling D3 (Maag- darm- en leverziekten en Interne geneeskunde). Deze afdeling heeft veel te maken met patiënten met ondervoeding of met een slechte voedingstoestand en is tevens al erg gericht op het signaleren van deze problematiek. De diëtist wordt op deze afdelingen veelvuldig (terecht) in consult gevraagd i.v.m. ondervoeding, maar deze signalering berust niet altijd op een ingevulde SNAQ. Dit is de reden dat deze afdeling gekozen is voor het uitvoeren van dit onderzoek.

Dataverzameling vond plaats middels semigestructureerde interviews met betrokken professionals bij de ontwikkeling, implementatie en het gebruik van de SNAQ:

- Stuurgroep Ondervoeding, Mevrouw H.M. Kruizenga over de ontwikkeling van de SNAQ.
- Vijf verpleegkundigen van de betreffende afdeling (D3) van het Albert Schweitzer Ziekenhuis (met minimaal drie jaar ervaring op de betreffende afdeling). Het ervaringscriterium was zeer belangrijk vanwege het onderzoek naar verschillende kennispraktijken en routines bij het screenen op ondervoeding. Verpleegkundigen met een ruime werkervaring zijn volop ingewerkt en daardoor meer ervaringskennis hebben en gebruiken. Daarnaast hebben zij wellicht ook hun eigen patronen en manier ontwikkeld waarop ze hun werk vormgeven.
- Een assist (voorheen voedingsassistent) van de betreffende afdeling van het Albert Schweitzer Ziekenhuis. De assist heeft onder andere de taak eten en drinken te delen op de afdeling. Volgens de SNAQ-methode krijgt de assist bij een SNAQ-score van twee of hoger opdracht van de verpleging om energieverrijkte tussendoortjes uit te reiken aan patiënten. Op deze manier hebben ook assisten een taak in de SNAQ-methode.

De interviews waren semigestructureerd van aard om de onderzoeksprocedure open te houden. De interviews zijn volledig opgenomen en vervolgens geheel uitgeschreven voordat zij gebruikt werden voor analyse. De interviews zijn niet volledig in het onderzoeksverslag opgenomen. Om de privacy van de deelnemende professionals te waarborgen zijn de verkregen data anoniem verwerkt. Voorafgaand aan het interview zijn de geïnterviewden op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek.

Het was onvermijdelijk bekend te interviewen omdat het onderzoek plaatsvond in het ziekenhuis waar ikzelf werkzaam ben als diëtist. De interviews zijn door mijzelf afgenomen. Deze binding zou de interviews kunnen beïnvloeden vanwege bepaalde belangen en kunnen een bedreiging vormen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Aan de andere kant heb ik vanwege mijn werk als diëtist veel ervaring met gespreksvoering waardoor de opbouw van de verschillende interviews, ondanks dat ze semigestructureerd van aard waren, grotendeels overeenkwamen. Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede.

Tevens heb ik door mijn werk als diëtist op de betreffende afdeling observaties kunnen doen. Observaties welke van belang waren voor het onderzoek heb ik geregistreerd in een logboek.

Voorafgaand aan de dataverzameling is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur voor het theoretisch inkaderen van het onderzoek. Literatuur is gevonden via databanken van de bibliotheek van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De interne validiteit van het onderzoek wordt bedreigd als de onderzoeker de verkregen gegevens onbedoeld in een bepaalde richting interpreteert (Boeije 2005:145). Om de interne validiteit van het onderzoek te vergroten hebben alle geïnterviewden hun uitgewerkte interviews na kunnen lezen en de mogelijkheid gehad om uitspraken te corrigeren.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is gebruik gemaakt van 'peer review' bij het opstellen van het onderzoeksvoorstel.

### 3. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN IN DE ZORG VANUIT DE THEORIE

Wetenschap en zorg zijn heel nauw met elkaar verbonden. Het is zelfs zo dat veel onderzoek gedaan wordt in de praktijk, door zorgprofessionals. In de literatuur over zorg en wetenschap bestaat er echter een zekere spanning tussen beiden, waarbij met 'wetenschap' vooral wordt bedoeld op gerandomiseerde klinische studies.

Fox (2003) geeft deze spanning duidelijk weer. De zorgpraktijk wordt vaak verweten niet altijd te handelen volgens de laatste wetenschappelijke bevindingen en de wetenschap krijgt op haar beurt het verwijt dat bevindingen niet per definitie relevant zijn voor de praktijk. In het algemeen wordt wetenschappelijke kennis boven praktijkkennis gesteld (ibid.:83). Fox gaat ver in het aanduiden van het verschil tussen wetenschap en praktijk. Hij zegt zelfs dat onderzoek en praktijk verschillende werelden zijn: *researchers see data while practitioners see people and research data must be translated from the former to the latter world-view before it is recognized as relevant bij practitioners* (ibid.:84).

Bij deze vertaling van wetenschap naar praktijk, met als doel om beiden meer op elkaar af te stemmen wordt veelvuldig gebruik gemaakt van richtlijnen en standaarden. Met standaardisatie wordt gestreefd naar orde en stabiliteit (Timmermans & Epstein 2010:16). De ontwikkeling van richtlijnen is door de jaren heen sterk toegenomen, er wordt zelfs gesproken over een wildgroei aan richtlijnen die elkaar vaak overlappen en soms ook tegenspreken (Timmermans & Berg 2003). Het feitelijke gebruik van richtlijnen wordt vaak als problematisch ervaren: richtlijnen worden slechts in ongeveer de helft van de gevallen gevolgd (Burstin et al. 1999; Grilli & Lomas 1994, geciteerd in Zuiderent- Jerak e.a. 2010:7). Zorgverleners werken dus niet altijd volgens de ingevoerde richtlijnen (Weisz e.a. 2007:692).

De literatuur geeft verschillende verklaringen voor dit fenomeen. Wood e.a. (1998) stellen dat het implementeren van evidence-based medicine afhankelijk is van de mogelijkheden om gedragsverandering bij zorgprofessionals te kunnen bereiken. Deze mogelijkheden hebben te maken met macht en belangen, vooral op punten waar wetenschap en praktijk botsen. Deze belangrijke (en verstorende) factoren in het proces van gedragsverandering worden vaak onderschat (ibid.:1729).

Dawson (1995:200) gaat in haar review in op verschillende motieven van medici om nieuwe wetenschappelijke inzichten al dan niet te implementeren in hun dagelijkse werk. Ze noemt onder andere dat medici hiervoor over bepaalde competenties dienen beschikken, dat de

wetenschappelijke kennis wel eenvoudig beschikbaar dient te zijn en dat de inhoud van deze wetenschappelijke kennis hier ook een rol in speelt (ibid.).

In een review van Cabana e.a. (2007:1458) wordt beschreven dat medici in het volgen van richtlijnen gehinderd worden door verschillende barrières: Men is zich niet altijd bewust van het bestaan van de richtlijn, men is niet altijd vertrouwd met de richtlijn, is het niet altijd eens met de richtlijn of men heeft te weinig vertrouwen in het positieve effect van de richtlijn. Maar ook andere, persoonlijke barrières passeren de revue; sommige zorgverleners zouden niet over voldoende “eigen-effectiviteit” beschikken om de richtlijn te volgen. En er wordt zelfs gesproken van weerstand bij zorgverleners om hun bestaande gedrag te veranderen (ibid.:1462).

Daarnaast stellen Cabana e.a. (ibid.) dat onderzoek naar het verbeteren van het werken naar richtlijnen in de zorg niet generaliseerbaar is, maar afhankelijk is van de setting waar de zorg verleend wordt. Barrières in het navolgen van richtlijnen in de ene setting blijken niet representatief voor een andere setting.

Dat het standaardiseren van zorgpraktijken problemen oplevert en beperkingen met zich meebrengt moge duidelijk zijn (Greenhalgh e.a. 2008:183). De vraag is echter of het gerechtvaardigd is deze problemen af te schuiven op barrières als gedragsverandering of barrières in de medische setting. Is het mogelijk dat er andere argumenten onder deze problematiek liggen?

Er komt een ander licht op deze kwestie met het besef dat zorgprofessionals over verschillende soorten kennis beschikken. En hierbij een stap verder gaande kan er een groot verschil opgemerkt worden in de rol die verschillende soorten kennis spelen in de ontwikkeling van richtlijnen (Zuiderent- Jerak e.a. 2010:7). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen expliciete kennis (“knowing what”) en impliciete kennis, ofwel tacit knowledge (“knowing how”). Expliciete kennis is duidelijk te omschrijven kennis, deze vorm van kennis kan opgenomen worden in een richtlijn. Tacit knowledge daarentegen wordt verworven in de praktijk, door ervaring en is daardoor moeilijk te expliciteren: *tacit knowledge is intuitive, acquired through practical experience and as such, is personal and contextual and cannot be readily made explicit or formalised* (Greenhalgh e.a. 2008:184). Tacit knowledge is essentieel om expliciete kennis te kunnen interpreteren. Met tacit knowledge krijgt expliciete kennis een andere betekenis: *tacit knowledge is essential to produce and interpret this form of encoded knowledge and to balance its significance against other information about the patient in making decisions about patient care* (ibid.). Maar omdat tacit knowledge niet is te expliciteren, kan deze vorm van kennis geen deel uit maken van richtlijnen voor de praktijk.

Hiermee wordt duidelijk dat het voor zorgprofessionals een onmogelijke opgave is al hun kennis te beschrijven; hun kennis is helemaal verweven met de dagelijkse praktijk (Greenhalgh e.a. 2008:184). In de praktijk ontstaat nieuwe kennis door een samenspel tussen expliciete kennis en tacit knowledge, waarbij tacit knowledge getransformeerd wordt tot expliciete kennis en andersom (ibid.:184). Professionals integreren beide vormen van kennis in de dagelijkse praktijk door het ontwikkelen van routines. Bij deze routines is tacit knowledge essentieel voor het interpreteren en toepassen van expliciete kennis in bepaalde situaties (Greenhalgh e.a. 2008:184). Vaak worden deze routines niet meegenomen in de richtlijnontwikkeling, het is immers een onmogelijke opgave deze tacit knowledge te expliciteren.

Naast expliciete en impliciete kennis zijn zichtbare en onzichtbare werkzaamheden ook een belangrijk thema in de literatuur. Hiermee moeten onzichtbare werkzaamheden niet verward worden met de eerder genoemde tacit knowledge. Onzichtbaar werk omvat de werkzaamheden welke vooral voor anderen onzichtbaar zijn, maar kunnen wel geëxpliciteerd worden. Zichtbare werkzaamheden kunnen vrij gemakkelijk ingekaderd en omschreven worden. Onzichtbare werkzaamheden zijn minder makkelijk te duiden. En dan komen vragen naar voren als wat is werk? En welke taken horen bij welke professional? Wellicht vult elke professional zijn of haar werk op een andere manier in, maar is dit niet voor iedereen zichtbaar. Vaak worden er aannames gedaan over de manier waarop bepaalde werkzaamheden worden uitgevoerd zonder dat er naar de onderliggende praktijken wordt gekeken (Suchman 1995).

Suchman (1995) gaat verder in haar betoog met een uiteenzetting van voordelen van onzichtbare werkzaamheden in een organisatie. Werkzaamheden worden volledig gekend door de uitvoerder, maar een ander met andere werkzaamheden en een andere positie kan op een heel andere manier naar deze werkzaamheden kijken. Dat is onvermijdelijk en soms heel erg lastig, maar dit is op een bepaalde manier ook waardevol. Hieruit volgt namelijk dat ieder op het eigen werkgebied (eigen kennis en ervaring) autoriteit heeft. Dat geeft vervolgens mogelijkheden en kansen, namelijk het min of meer bepalen van een persoonlijke manier van werken en daarnaast tevens kunnen bepalen hoe dit werk overkomt op anderen. Dit geeft een bepaalde vorm van macht.

Echter, in de gezondheidszorg en in organisaties als ziekenhuizen ontkomt men er niet aan om enigszins protocollair te werken. Van hieruit rijst de vraag onder welke omstandigheden het in het belang van de organisatie(leden) kan zijn niet in detail de werkzaamheden van anderen te kennen (ibid). Bij verschillende vormen van werk in de verzorging geldt dat hoe



beter het werk wordt gedaan, hoe minder zichtbaar het is voor degenen die er profijt van hebben (ibid). Aan de andere kant stelt Suchman (1995:61) ook dat in sommige gevallen, zoals bijvoorbeeld bij het ontwerpen van bepaalde werksystemen, de details van de manier waarop bepaalde werkzaamheden worden uitgevoerd cruciaal kunnen zijn. Zichtbaar werk heeft ook voordelen, zeker als er samengewerkt dient te worden tussen verschillende professionals, als communicatie op bepaalde momenten verbeterd dient te worden en zichtbaar werk biedt meer mogelijkheden voor controle en supervisie. Zichtbaarheid van werk kan werkzaamheden meer legitiem maken (Star & Strauss 1999:).

Het invoeren van richtlijnen is een manier om werkzaamheden zichtbaar te maken. Voor de toepasbaarheid van richtlijnen geldt dat hoe beter een richtlijn aansluit bij de bestaande praktijk van zorgverlening, hoe groter de kans is dat zij wordt opgevolgd, terwijl een richtlijn minder makkelijk wordt opgevolgd waar de richtlijn verder van de zorgpraktijk afstaat (Zuiderent- Jerak e.a. 2010:8). Hier moet echter de oorspronkelijke reden om richtlijnen in het leven te roepen niet uit het oog verloren worden. Als in alle zorgpraktijken kwalitatief goede zorg verleend zou worden, zouden richtlijnen niet nodig zijn. Dat sommige richtlijnen erg ver van de praktijk afstaan kan iets zeggen over de richtlijn, maar ook over de betreffende praktijk. Richtlijnen zijn immers in het leven geroepen om de zorg meer en meer volgens wetenschappelijke inzichten te verlenen (Evidence Based Medicine Working Group 1992:2421). Richtlijnen lijken iets tegenstrijdigs in zich te hebben. Aan de ene kant zouden ze moeten aansluiten bij de zorgpraktijk, maar aan de andere kant lijkt het zo te zijn dat de zorgpraktijken waar het meeste behoefte zou moeten zijn aan richtlijnen (omdat niet de juiste zorg wordt verleend) de minste kans op navolging geven in de praktijk (Zuiderent- Jerak e.a. 2010:8).

Succesvolle implementatie van wetenschappelijke kennis in de praktijk vereist dat er bij de ontwikkeling van richtlijnen een stap verder wordt gegaan waarbij zowel expliciete als impliciete kennis verweven worden in de dagelijkse routines (Gabbay & le May 2004:1). Uiteraard moet er dan wel sprake zijn van goede dagelijkse routines, waarmee kwalitatief gezien goede zorg mee wordt verleend. Eerder is genoemd dat het verwerken van impliciete kennis in richtlijnen een vrijwel onmogelijke opgave is. Impliciete kennis valt immers niet te expliciteren. Door dit probleem te bekijken vanuit de theorie over onzichtbare en zichtbare werkzaamheden krijgt de discussie een andere wending en behoeven richtlijnen en protocollen niet afgeschreven te worden. Onzichtbare werkzaamheden zijn zichtbaar te maken, dat is ook wat richtlijnen doen. Wat echter vaak vergeten wordt is dat daarmee andere werkzaamheden onzichtbaar gemaakt worden. Dit brengt ons bij Berg (1999) die de werking van instrumenten in de zorg heeft uitgediept en daarmee betoogt dat het

implementeren van instrumenten in de zorg veel meer consequenties heeft voor de bestaande werkzaamheden dan meestal op voorhand wordt gedacht. Bepaalde werkzaamheden, die wellicht voorheen onzichtbaar waren, worden zichtbaar. En andersom. De werking van instrumenten blijkt alles behalve eenrichtingsverkeer te zijn. Zorgprofessionals interacteren met instrumenten (ibid). Dat blijft echter vaak onzichtbaar of wordt wellicht zichtbaar op een negatieve manier. Bijvoorbeeld doordat het lijkt alsof de richtlijn niet gevolgd wordt, of doordat het lijkt dat een medisch dossier niet correct is ingevuld. Zorgverleners kunnen hierin andere belangen hebben dan bijvoorbeeld onderzoekers of het management (Garfinkel 1967).

Richtlijnen kunnen worden ingevoerd met verschillende doeleinden, zoals verbetering in efficiënt werken, kostenbesparing of het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Weisz e.a. 2007:692). Echter, het invoeren van richtlijnen werkt soms meer problemen dan oplossingen in de hand. Zou het zo kunnen zijn dat deze problematiek onder andere te maken heeft met het feit dat in richtlijnen heel veel essentiële kennis en essentiële taken voor de zorgpraktijken niet verwerkt wordt en dat richtlijnen vaak meer effecten hebben op de praktijk dan op voorhand gedacht wordt?

#### **4. DE TOTSTANDKOMING VAN DE SNAQ-METHODE**

Zoals in voorgaand hoofdstuk al aan de orde kwam worden richtlijnen ingevoerd met verschillende doeleinden waaronder het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Weisz e.a. 2007:692). Dit geldt ook voor de SNAQ-methode.

De laatste jaren is in de gezondheidszorg het bewustzijn dat ondervoeding (d.w.z. ongewenst gewichtsverlies, verlies van spiermassa of depletie van de vetmassa) een belangrijke rol speelt in de behandeling van patiënten sterk toegenomen. Ondervoeding hangt samen met verminderde spierkracht en een verminderd functioneren van het afweersysteem, lagere kwaliteit van leven, slechtere wondgenezing en zelfs met een verlengde opnameduur, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg (Kruizenga 2006:15). Dit is reden geweest om de voedingstoestand van de patiënt hoog op de agenda te zetten. De SNAQ-score is ontwikkeld om (het risico op) ondervoeding op een snelle en eenvoudige manier te signaleren en om op deze manier de kwaliteit van zorg te verbeteren en zelfs kosten in de zorg te kunnen besparen (Kruizenga e.a. 2006).

De vragen die in de SNAQ worden gesteld zijn afgeleid van onderzoek waaruit blijkt dat deze indicatoren (het risico op) ondervoeding kunnen voorspellen (Kruizenga 2006). Het onderzoek wat hiervoor verricht is was volledig kwantitatief van aard. Dat wil zeggen dat de SNAQ-score volgens de kwantitatieve onderzoeksmethoden als valide en betrouwbaar wordt gezien (Kruizenga 2006), maar dat er niet gekeken is naar de manier waarop screening op ondervoeding reeds plaatsvond op de werkvloer.

Verder blijkt dat de screening op ondervoeding met de SNAQ-score de herkenning van ondervoeding verbeterd alsmede de mogelijkheid biedt om behandeling in een vroeg stadium van opname te starten. De extra kosten voor een goede voedingszorg staan niet in verhouding met de kosten die ondervoeding met zich meebrengt (Kruizenga e.a. 2006).

In de ontwikkeling van de SNAQ-score heeft men zich met name gericht op gerandomiseerde klinische studies. Dit heeft een valide en betrouwbaar screeningsinstrument opgeleverd, maar er is geen aandacht geweest voor andere kennispraktijken in de zorg en eventuele onzichtbare werkzaamheden die verplegend personeel reeds verrichtten om ondervoeding te signaleren.

De voedingszorg op het gebied van ondervoeding was erg onder de maat; slechts 50% van de patiënten met ondervoeding werd herkend door verpleegkundig en medisch personeel (Kruizenga, 2006:25). Dat daar een oplossing voor moest komen was voor de hand liggend. Er is vooraf aan de ontwikkeling van de SNAQ-methode geen aandacht besteed aan de

andere helft van de patiënten met ondervoeding die wél gesignaleerd werden en de manier waarop het verplegend en medisch personeel ondervoeding signaleerden. Dat dit wellicht een tekortkoming zou zijn, dat is bij de ontwikkeling en het gebruik van de SNAQ niet aan de orde geweest. De nadelen, bijvoorbeeld dat het gewicht tijdens opname niet altijd representatief is vanwege het feit dat veel patiënten vocht vasthouden, worden daarentegen wél als verantwoording neergelegd bij de verpleging, aldus Mevrouw Kruijenga: *“Dat de SNAQ gewoon een screeningsinstrument is en niet helemaal sluitend is hoort bij de instructies voor de verpleegkundigen. En bij ascitis (ophoping van vocht in de buikholte, Coelho 2000) en oedemen moeten verpleegkundigen altijd even opletten en doorvragen.”*

Vanuit de ontwikkeling van de SNAQ-methode is heel veel nagedacht over de implementatie, en ook is bekend dat deze heel wat voeten in aarde kan hebben: *“Je moet de manager van de afdeling en de verpleegkundig manager zo ontzettend mee hebben en als dat niet zo is dan blijft het gewoon een probleem. En dan kun je alleen maar wachten totdat er een nieuwe persoon op die plek komt. In veel ziekenhuizen blijken er bij de implementatie afdelingen te zijn die zeggen dat ze hun risicopatiënten al prima in de gaten hebben en dat ze dus niet hoeven te screenen. Dat is overal een probleem.”* Of deze afdelingen in hun recht staan met hun opmerking, dus dat zij hun patiënten daadwerkelijk goed signaleren, maar wellicht op een andere manier dan met de SNAQ-score, is niet onderzocht.

Opvallend is dat aan de ene kant een screeningsinstrument volgens kwantitatieve maatstaven valide en betrouwbaar is en in alle ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd wordt en dat er zelfs een prestatie-indicator aan gekoppeld is. Maar waarvan aan de andere kant ook makkelijk wordt gezegd dat er op bepaalde momenten afstand gedaan moet worden van dit screeningsinstrument en sommige patiëntengroepen bij het signaleren van eventuele ondervoeding volledig afhankelijk zijn van de klinische blik en “het gezonde verstand” van de verpleegkundige. En hierbij wordt het belang van scholing en het “inbedden” van de SNAQ-score en voedingstoestand van de patiënt in de praktijk zeer zeker gezien: *“Ik ben heel erg voor regelmatig klinische lessen en terugkoppeling van de diëtist naar voedingsassistent en verpleegkundige. En ook het noemen van dat soort scores bijvoorbeeld in de grote visite. Die patiënt heeft een SNAQ van twee en die van zeven. Dat die orde van grootte ook gewoon een normaal iets is om in de patiëntenbeschrijving te noemen.”* (Mw. Kruijenga) Er is echter geen onderzoek verricht naar het implementeren van de SNAQ-methode en er is niet onderzocht op welke manieren voorheen ondervoeding werd gesignaleerd. Met als gevolg dat er ook geen waarde is toegekend aan eerdere screeningsmethoden van verplegend en medisch personeel, waardoor deze geen plaats in de SNAQ-methode of implementatie hebben gekregen.

## 5. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN VANUIT DE PRAKTIJK

Bij de ontwikkeling van de SNAQ-methode is geen gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden en is er niet met medisch personeel overlegd over de methoden die zij gebruikten om ondervoeding te signaleren. Inmiddels is de SNAQ-score geïntroduceerd op de verpleegafdeling en is de SNAQ-score een verplicht en zichtbaar onderdeel van het anamneseformulier. Dit heeft ervoor gezorgd dat verpleegkundigen alerter zijn op de voedingstoestand van de patiënt en dat voeding een vast item is in de zorg voor de patiënt: *“Ik vind de SNAQ heel goed. Je wordt er eerder... uh nou ja... je verdiept je er gewoon gelijk al in. Dus je hebt al direct de signalen.”* (Verpleegkundige 4)

In de gesprekken met verpleegkundigen wordt terecht aangegeven dat de SNAQ-score niet voor alle patiënten bruikbaar is. Op de betreffende afdeling van het onderzoek worden veel patiënten opgenomen met ascitis (ophoping van vocht in de buikholte, Coelho 2000). Door vochtophoping in het lichaam kan het lichaamsgewicht verhoogd zijn, wat een onterecht lage SNAQ-score tot gevolg kan hebben. Het beeld bij deze patiëntengroep is dat door het vocht in de buik vaak (al langere tijd) sprake is van een sterk verminderde eetlust, waardoor hun voedingstoestand veelal slecht te noemen is. Verpleegkundige 2 zegt hier het volgende over: *“Hier op de afdeling hebben we veel met ondervoeding te maken. We hebben veel mensen met darmklachten enzo. Daar speelt het gewoon eerder bij. We hebben hier veel mensen met ascitis en dan werkt de SNAQ niet zoals die hoort te werken. Dan scoren mensen niet op afvallen, terwijl die mensen vaak wel afgevallen zijn.”*

Mevrouw Kruijenga van de Stuurgroep Ondervoeding beaamt deze problematiek en zegt hier het volgende over:

*“Ja, dat is echt verschrikkelijk lastig. Ik roep al jaren dat gewicht totaal wordt overschat in het ziekenhuis. Iedereen heeft het altijd over gewichtsverloop in het ziekenhuis maar volgens mij zegt het helemaal niks. Want iemand komt ondervuld of overvuld binnen en er worden verschillende infusen ‘aangehangen’ en daardoor zegt het gewoon heel erg weinig. Dan zeggen mensen, ja hij is al 2 kg afgevallen tijdens de opname. Ja dat kan eigenlijk helemaal niet want 1 kg is ongeveer 7000 kcal onder de behoefte. Nou dan moet je echt je best doen en dat kan niet in een paar dagen optreden. Uhm, ik uh, ben dus altijd heel voorzichtig met gewichtsverloop gedurende opname. Ik denk dat het weinig of niks zegt, maar natuurlijk wel over de vochtbalans. En dat is voor het hele medische proces heel belangrijk. Dus wegen blijft belangrijk en het gewicht als diëtist bijhouden is ook heel belangrijk maar om daarmee iets te zeggen over de voedingstoestand daar zou ik echt heel*

*voorzichtig mee zijn. (...) Dus ja, het blijft een probleem dat niet op te lossen is en waar we gewoon met gezond verstand mee om moeten gaan.”*

Het tegenstrijdige hierin is dat aan de ene kant volledig wordt ingezien dat het gewicht bij zieke mensen vaak geen goede indicator is van gewichtsverlies, maar dat dit wel gebruikt is in de SNAQ-methode en daardoor ook een heel zichtbare plaats heeft gekregen in het screenen op (het risico op) ondervoeding. Bovendien geeft bovenstaande citaat al aan dat er zeker ruimte moet zijn voor interpretatie en reflectie op de SNAQ-score.

### **Klinische blik**

Om bij deze patiënten wel ondervoeding te kunnen signaleren is de SNAQ-score niet afdoende. Immers, vaak scoren deze patiënten (onterecht) heel laag op de SNAQ. De SNAQ-score dient wel afgenomen te worden bij deze patiënten, immers geldt het invullen van de SNAQ-score als prestatie-indicator. Dit zou verwarring kunnen geven over de voedingstoestand van de patiënt.

Om ondervoeding of een slechte voedingstoestand bij ascitis te kunnen signaleren is meer nodig dan de SNAQ-score. Verpleegkundigen zijn dan aangewezen op hun eigen ervaring, klinische blik en hun kennis om de juiste zorg te leveren.

Verpleegkundige 2: *“Ja. ... maar aan de andere kant, bij ons zijn ze wel op de afdeling heel alert op de voedingstoestand. Dus ja, ook al hebben mensen veel vocht bij zich, en zijn ze niet afgevallen en scoren ze niet op de Snaq. Dan wordt er wel gekeken hoe de intake is en of de diëtist ingeschakeld moet worden. Dus ja, in zoverre, het is niet dat ze denken “we scoren niet op de Snaq dus we hoeven niks te doen””.*

Uit de gesprekken met de verpleegkundigen is op te maken dat het signaleren van ondervoeding voor hen een combinatie is van het gebruik van de Snaq-score, de klinische blik, het observeren van eten en drinken en eventueel het aanleggen van een voedings- en/of vochtlijst. Alleen het laatste maakt de intake van de patiënt duidelijk zichtbaar, en is ook een zichtbare taak van de verpleging. Hoewel de interpretatie hiervan ook bij elke verpleegkundigen anders kan zijn. Uit observaties blijkt dat verpleegkundigen vaak naar de totale intake kijken, bijv. 1300 ml totaal op de vochtlijst, maar dan wordt er niet nagedacht over welke voedingsmiddelen voor deze intake zorgen. Is het slechts vocht uit water en thee of levert het ook nog voedingsstoffen zoals bijvoorbeeld bij melk en sap. Dit kan verschillende conclusies geven en verschillende acties tot gevolg hebben. De genoemde methoden die gebruikt worden door de verschillende verpleegkundigen zijn echter nergens vastgelegd, het lijkt meer “tussen de bedrijven door” te gaan. Zoals eerder vanuit de literatuur naar voren is gekomen zegt het niet per definitie iets over de kwaliteit van het werk

of anderen in detail de werkzaamheden kennen (Suchman 1995). Het feit dat bepaalde werkzaamheden wellicht onzichtbaar zijn voor anderen wil niet zeggen dat deze werkzaamheden niet (op een correcte manier) plaatsvinden. Suchman (1995) stelt zelfs dat bij verschillende werkzaamheden geldt dat hoe beter ze verricht worden, hoe minder zichtbaar ze zijn voor anderen, met name voor degenen die er profijt van hebben. Daardoor blijven deze werkzaamheden deels onzichtbaar en moeilijk te concretiseren, ondanks dat de verpleging alert is en zelfstandig verschillende methoden gebruiken om de voedingstoestand van de patiënt te beoordelen. Hier wordt in de praktijk teruggevonden wat in hoofdstuk 3 vanuit de theorie naar voren is gekomen. Namelijk dat de manier waarop verpleegkundigen hun werkzaamheden uitvoeren niet altijd zichtbaar is (Suchman 1995). Het is zelfs voor de verpleegkundigen erg lastig om te formuleren hoe ze hierbij te werk gaan. Zoals reeds genoemd lijkt het een combinatie te zijn van verschillende aandachts- en observatiepunten. Verpleegkundige 2:

*“Ja, nou ja, het is vooral de intake waar je dan naar kijkt of ja, mensen die al langere tijd een slechte eetlust hebben en thuis al slecht eten. Dan moet je daar gelijk al actie op ondernemen. (...) Je denkt dan vaak, ze moeten nu wel echt iets binnenkrijgen anders gaan ze alleen maar achteruit. Dus het is echt het signaleren, de klinische blik.”*

Verpleegkundige 3:

*“Ja, ik vraag altijd aan iemand hoe het gaat met eten en drinken. En nu zijn we ook met de SNAQ-score bezig, dus ja het wordt toch wel onder de aandacht gebracht. Dus eigenlijk automatisch zit het er in van hé de diëtiste. Maar sommige patiënten hebben SNAQ 1 en dan ga je toch actie ondernemen. Als ze bijvoorbeeld zeggen al een week slecht te eten. Het ligt gewoon maar net aan de situatie. Het is vaak toch gewoon een beetje gevoel en dat je kijkt naar de patiënt hoe die eruit ziet. (...) En door te vragen naar het eten en drinken. Wat ze precies eten 's morgens, 's middags en 's avonds en tussendoortjes. Dat je echt aan hun vraagt wat ze eten en drinken. Ik geef ook wel heel erg m'n eigen draai eraan.”*

Ervaring met bepaalde patiëntengroepen lijkt een belangrijk punt te zijn. Verpleegkundige 4 zegt hier het volgende over: *“Door je ervaring, door wat je ziet ga je ook kritischer kijken. Je hebt het eerder in de smiezen als iemand niet eet of drinkt. En ja ik heb zoiets je kunt maar beter te vroeg aan de bel trekken dan te laat. En ja je blik gewoon dat is toch de ervaring van die acht jaar zeg maar.”*

Maar niet alleen ervaring hoeft te leiden tot aandacht voor ondervoeding, verpleegkundigen met minder ervaring, maar wel met interesse voor voeding besteden hier ook aandacht aan.

Verpleegkundige 1 (met drie jaar ervaring op de afdeling): *“Dat je aan de patiënt vraagt hoe het gaat met eten en drinken gaat eigenlijk vanzelf. Het is gewoon vanzelfsprekend net als dat je vraagt of iemand pijn heeft. Dat is gewoon iets wat in je achterhoofd zit.”*

Verpleegkundigen geven aan dat ze de SNAQ op hun eigen manier gebruiken en zien zelf weinig veranderingen in hun werkzaamheden sinds de invoering van de SNAQ. De SNAQ-methode wordt gezien als een instrument op zichzelf, dat weinig invloed heeft op het werk van verpleegkundigen. Dit geeft het gevaar aan van het implementeren van een richtlijn; dat deze de interpretatieve en reflectieve praktijk kan verzwakken. Uit observaties is duidelijk geworden dat de SNAQ-methode wel degelijk invloed heeft op het werk van verpleegkundigen en op hun kijk op ondervoeding bij de patiënt. De SNAQ-score dient binnen 24 uur na opname afgenomen te worden bij de patiënt. Dit zorgt voor een vroege focus op ondervoeding. De focus op de voedingstoestand van de patiënt tijdens opname verschuift hierdoor naar de achtergrond. Er zijn situaties opgemerkt waarin de diëtist nodig was maar niet in consult gevraagd werd omdat er geen hoge SNAQ-score was. Terwijl de betreffende patiënten ondervoeding ontwikkelden tijdens opname.

### **Tijd en prioriteit**

Ondanks dat de verpleging positief is over het effect van de SNAQ-score en dat verpleegkundigen alerter geworden zijn op de voedingstoestand van de patiënt, wordt er toch af en toe verzuimd om de SNAQ-score in te vullen. Dit in geval van drukte, waardoor er andere prioriteiten gesteld (moeten) worden. Of doordat een patiënt niet goed aanspreekbaar is en de SNAQ-score via de familie ingevuld moet worden. Als de familie er dan is wordt het soms vergeten. Of als een patiënt wordt overgenomen van het observatorium en de verpleging afhankelijk is van de anamnese die daar is afgenomen. Het tweede gedeelte van het anamneseformulier (waaronder de SNAQ-score) wordt dan niet altijd volledig ingevuld.

Verpleegkundige 3 zegt hier het volgende over: *“Ja, probeer anamnese deel 2 gelijk in te vullen want je zit dan toch in een opnamegesprek. Maar als het echt heel druk is dan schuift het door naar de volgende dag. Maar dat is eigenlijk het probleem verschuiven want morgen is het weer druk. Maar hij wordt gewoon niet altijd binnen 24 uur ingevuld. En dan heeft de nachtdienst het weer druk en wordt de Snaq niet ingevuld in de computer of dan wordt de hele Snaq niet ingevuld.”*



Er zullen hierdoor wellicht mensen met (een risico op) ondervoeding minder snel gesignaleerd worden. Waardoor gezegd kan worden dat de SNAQ-richtlijn ook op afdeling D3 beter ten uitvoer gebracht zou kunnen worden.

Als toevoeging moet vermeld worden dat het invullen van de SNAQ-score twee stappen omvat. De eerste stap is het afnemen van de SNAQ-vragenlijst bij de patiënt, vanaf het opnameformulier. De tweede stap is het invoeren van de SNAQ-score in het computersysteem voor de prestatie-indicator.

Het afnemen van de SNAQ-score bij opname dient te gebeuren bij elke patiënt, daar is geen twijfel over mogelijk. Maar voor het niet invoeren van de SNAQ-score in het computersysteem is wellicht wel een goede reden, dat hoeft namelijk niet in het belang van de patiënt te zijn. Zo beaamde verpleegkundige 2 de redenatie dat als er een diëtist in consult wordt gevraagd, bij een SNAQ-score van drie of hoger, en de verpleegkundige weet dat dit gebeurt, dan is het voor de verpleegkundige minder aantrekkelijk ook de SNAQ-score in de computer in te voeren. Immers, de nodige actie wordt al ondernomen, voor de patiënt is de zorg zo goed geregeld. Of bij een lage SNAQ-score, waarbij geen enkele actie wordt verwacht. Dan hebben zowel de verpleegkundige als de patiënt er geen enkel belang bij dat deze SNAQ-score in de computer wordt ingevoerd. Dat is alleen van belang voor het management, de SNAQ-score geldt namelijk als prestatie-indicator. Zo kunnen verpleegkundigen soms goede redenen hebben voor het “slecht” (onvolledig) invullen van een dossier (Garfinkel 1967).

### **Vervolgstappen van de SNAQ-methode**

Als er (een risico op) ondervoeding is gesignaleerd met de SNAQ-score of anderszins komen er meer zichtbare taken aan het licht. Dan wordt voeding een zogenoemd “observatiepunt” bij de betreffende patiënt. Acties, zoals het inschakelen van de diëtist kunnen dan nog achterwege blijven. Dat voeding observatiepunt is wordt zichtbaar gemaakt op het actieplan in het patiëntendossier, zodat de zorgverleners daarvan op de hoogte zijn. Maar de methode waarmee de voedingstoestand wordt geobserveerd blijft volledig onzichtbaar en dat elke verpleegkundige daar een eigen manier voor heeft.

Verpleegkundige 2:

*“Ja, vaak bij die mensen met ascitis-buiken, die zitten allemaal al snel vol. En dan hebben we eigenlijk al automatisch dat de eetlust een aandachtspunt is. Hoeveel eten ze? En dat je met je middagronde, als je bij elke patiënt even naast het bed gaat zitten en vraagt hoe het gaat dan komt het standaard aan de orde.” (...)*

*“En als mensen dan niet echt willen eten dan vraag ik altijd specifiek van nou wat heeft u dan gegeten en dan is het “nou ik heb een crackertje op” of “ik heb een beschuitje op” of soms een half boterhammetje. En dan schrijven we specifiek op wat die mensen eten. Dus dat je het op die manier dan ook echt kan volgen. Van wordt het beter. En als die ascitis dan weer is afgevoerd dan zie je vaak ook weer dat mensen ook weer meer kunnen eten en dat de trek ook weer terugkomt. Dan zie je dat het weer beter gaat.”*

Afhankelijk van de SNAQ-score worden er verdere acties ondernomen. Bij een SNAQ-score van nul of één wordt er niets gedaan. Bij een Snaq-score van twee krijgt de patiënt de zogenaamde SNAQ-tussendoortjes uitgereikt (energie- en eiwitrijke tussendoortjes, zoals bijvoorbeeld slagroomvla) en bij een Snaq-score van drie of hoger wordt de diëtist in consult gevraagd.

Een handig en volledig zichtbaar systeem op afdeling D3 is het afsprakenformulier, ofwel het “gele vel”. Op dit formulier worden alle acties genoteerd voor de desbetreffende patiënt die aangevraagd dienen te worden. Zo wordt bij een SNAQ-score van drie of hoger de opdracht “consult diëtist” daarop genoteerd en deze dient afgetekend te worden als er een aanvraag is gedaan. Een enkele keer komt het voor dat deze afspraak niet is afgevinkt, maar dan komt men daar later nog op terug. Om de SNAQ-score in de computer in te voeren, waar hiervoor over gesproken is, zou er ook een notitie “SNAQ-score invoeren” op dit opdrachtenvel gemaakt moeten worden, dit gebeurt echter niet altijd.

### **Samenwerking tussen assist-medewerkers en verpleegkundigen**

Bij een SNAQ-score van 2 dient de assist op de hoogte gesteld te worden van de SNAQ-score zodat de assist de zogenaamde SNAQ-tussendoortjes kan aanbieden. Uit de gesprekken met de verpleging blijkt dat deze stap vrijwel nooit gemaakt wordt. Er zijn geen vaste, zichtbare overlegmomenten met de assist en deze opdracht wordt nooit op het afsprakenformulier geschreven, waardoor het vaak wordt vergeten. Verpleegkundige 2 zegt hier het volgende over: *“De assist schiet er gewoon heel vaak tussendoor. De verpleegkundigen zijn met hun taken bezig en de assisten hebben ook hun eigen taken. En dan is het regelmatig dat je dat tussendoor even moet terugkoppelen, maar dat zien we in alle dingen dat het terugkoppelen met assisten gewoon slecht gebeurt. Want ook als mensen met ontslag gaan moet dat teruggekoppeld worden of als diëten wijzigen dan komen ze ook nog weleens bij ons vragen wat voor dieet iemand heeft en of iemand nog nuchter is. Dan hoeft dat soms allang niet meer...”*

*En we hebben ook nog eens heel veel onvoorziene dingen tussendoor. Dus een overlegmoment afspreken werkt niet. Dan ben je nog bezig met wassen of er gebeurt weer iets. En dan kom je later op de afgesproken plek en dan is de assist weer ergens anders mee bezig. Dus ja, het is lastig om zoiets te plannen. (...) Met de diëtisten werkt het anders. Dan hoeven we geen overlegmomenten te hebben. Je zet het op het gele formulier, het opdrachtenformulier en dat formulier komt bij de secretaresse en die vraagt de diëtist aan. Of in de nacht of avonddiensten vragen wij het zelf aan. Het staat in de computer, jullie zien dat en jullie komen een keer, wanneer het jullie uitkomt. Dus dan heb je toch je eigen planning die je kunt aanhouden.”*

De assist geeft aan zelf ook niet te weten dat er bij een SNAQ van 2 extra SNAQ-tussendoortjes verstrekt mogen worden: *“Nee, dat wist ik niet. En ik heb het ook nog nooit van m’n collega’s gehoord. Ja, maar het moet bekend zijn. Of de verpleging heeft misschien ook zoiets van ze horen het wel van de diëtist.”*

Deze stap in de SNAQ-methode zou op afdeling D3 meer zichtbaar gemaakt moeten worden om te voorkomen dat deze stap er bij in schiet. Op dit punt is de stelling van Suchman (1995:61) belangrijk, namelijk dat in sommige gevallen de details van de manier waarop bepaalde werkzaamheden worden uitgevoerd cruciaal kunnen zijn, ook bij het ontwerpt en de implementatie van de SNAQ-methode. Het zichtbaar maken van werkzaamheden kan als functie hebben de communicatie en samenwerking op de werkvloer te verbeteren (Star & Strauss 1999). Onwetendheid over de inhoud van bepaalde werkzaamheden, wie welke taken doet, blijkt ook problemen te veroorzaken in de samenwerking tussen assist en verpleging.

Dit heeft praktische oorzaken, maar er blijken ook andere onderliggende factoren te zijn. De functie assist bestaat nog niet zolang. Voorheen waren er voedingsassistentes die alleen met het eten en drinken van de patiënt bezig waren. De nieuwe functie assist beslaat het gedeelte voeding, maar assisten helpen ook met wassen, schoonmaken en patiënttransport. Dit veranderingsproces is voor velen een grote frustratie.

Verpleegkundige 5: *“Ja... (zucht) voedingszusters. ... vroeger had je natuurlijk voedingszusters. Die kregen ook een opleiding en die wisten ook van dingen, bijvoorbeeld van diabetes en dergelijke. Zij hadden meer verstand van voeding. Zij kwamen ook naar je toe als ze merkten dat een patiënt slecht at. En nu hebben we assisten... Nu krijgen we dat soort signalen bijna niet meer. Pas hadden we ’s avonds een jongen die nog nooit iemand heeft geholpen met eten. Hij werd er zelf ook helemaal zenuwachtig van. (...)*

*Pas hadden we ook een mevrouw die kon echt niet eten en drinken, ze had een slikstoornis door een CVA die ze in het verleden had gehad. En zeg maar die meneer op het eerste bed*

*zaten de gordijnen dicht en zij lag op het 2<sup>e</sup> bed, maar dan slaan ze gewoon die mevrouw maar over. Ik zei: “die mevrouw moet nog eten...” Dan reageren ze wel, maar de volgende keer had ze weer geen eten gehad... Soms ligt het ook heel gevoelig, ook om er iets van te zeggen. En er zijn ook hele goeie hoor!”*

Ook andere verpleegkundigen kaarten het probleem van samenwerken en communiceren met assisten aan. Om een volledig beeld van deze situatie te krijgen is er ook gesproken met een assist, die voorheen als voedingsassistent heeft gewerkt. Ook zij geeft aan dat de samenwerking en communicatie met de verpleging op de afdeling beter kan. Dat heeft onder andere te maken met de verschillende taken die een assist nu heeft, waardoor de voeding niet meer het enige onderwerp is wat aandacht vraagt:

*“Voorheen was ik écht voedingsassistent en echt heel de dag met voeding bezig en kwam je bij alle mensen met eten en drinken. Verder hoefde je je nergens mee bezig te houden. Dus je wist precies als de diëtist kwam wat de bijzonderheden waren en je hield de lijsten beter bij. We zijn daar nu ook wel op aan het trainen dat we dat beter doen, maar je gaat met teveel mensen over hetzelfde vak. En dat vind ik nu veranderd. Als je een vroege dienst hebt dan ben je wel met de voeding bezig. Nou dan ben je weer even poetsjuf. Dan komt er een collega en die vraagt zal ik het koffierondje doen? Ja, dat is goed... maar dan heb je zelf geen overzicht meer over de patiënten. De volgende die gaat de spoelkeuken in. Dan komt het volgende rondje dat doe je dan bijvoorbeeld weer zelf en dan kom je wel weer bij alle mensen. En dan om 12:00 uur ga je weer met de lunch, dan ben je wel weer met eten bezig. Maar dan willen ze je ook nog weleens tussendoor voor iets vragen, maar daarover hebben wij gezegd dat we dat niet meer doen. Of je nog even meeloopt met een patiënt, of je naar de röntgen kan of dat je iemand weg wil brengen. We hebben nu gezegd, met etenstijd zijn wij voedingsassistent.”*

Ook uit observaties op de afdeling blijkt dat de assisten niet altijd het inzicht hebben dat van hen wordt verwacht om de juiste voedingszorg aan de patiënt te kunnen verlenen.

Uiteindelijk is dit nadelig voor de patiënt. Bijvoorbeeld doordat bij patiënten wel de extra verstrekkingen worden neergezet, maar dat ze het niet open maken, terwijl de patiënt dat niet zelf kan. Zo gaat heel veel goed; de diëtist is in consult gevraagd door de verpleging, er worden verrijkte tussendoortjes voor de patiënt geregeld, ze komen op het juiste moment vanuit de keuken naar de afdeling, maar het laatste stapje gaat mis waardoor de patiënt het uiteindelijk niet neemt. Assisten hebben veel verschillende taken, waarvan er ook veel onzichtbaar zijn en pas aan het licht komen als ze niet gebeuren, zoals bovenstaand voorbeeld. Assisten laten steekjes vallen bij een aantal van hun onzichtbare taken, blijkt uit de observaties. Dit werk is niet goed zichtbaar te maken, althans het gaat erg ver om

assisten te laten aftekenen als ze een flesje drinkvoeding geopend bij een patiënt op het nachtkastje gezet hebben. Hier wordt duidelijk dat bepaalde taken niet gestandaardiseerd kunnen worden, en dat er simpelweg inzicht voor nodig is, ook op de lagere werkniveaus.

Bij verschillende vormen van werk in de verzorging geldt dat hoe beter het werk wordt gedaan, hoe minder zichtbaar het is voor degenen die er profijt van hebben (ibid).

De SNAQ-methode zou assisten echter wel goed kunnen helpen om weer meer met voeding bezig te zijn, zelfs op een legitieme manier en om hun eigen functie meer op de kaart te zetten (Star & Strauss 1999).

Assisten hebben naast het delen van voeding ook andere taken. Daardoor is hun kennis over voeding en inzicht in de voedingstoestand van de patiënt veranderd in vergelijking met de tijd dat ze alleen voedingsassistent waren. Zij hebben nu simpelweg minder tijd voor de voeding. Daarnaast speelt ook een moeizame relatie tussen verpleging en assisten een rol, vanuit de overgangsfase van de functie voedingsassistent naar assist. Dit heeft verschillende oorzaken, onder andere onduidelijkheid en vaagheid over de werkzaamheden van de assist:

*Assist: "Het heeft heel lang geduurd eer dat we een beetje leuk gingen samenwerken.*

*Ook de afdeling moest het leren, dan werden we er weer bij geroepen door het afdelingshoofd: we zitten met knelpunten en jullie geven niet aan wat je mag doen. Ja wij weten niet wat we mogen doen, dat wordt ons niet verteld. Dan ga je dat daar vragen en daar vragen en daar vragen en uiteindelijk komt het wel bij elkaar."*

Naast deze onduidelijkheid merkt de assist ook op dat er bij de verpleegkundigen weerstand heerst(e) over de functie assist. Inmiddels kan wel gezegd worden dat er verbetering begint op te treden. Assist: *"De verpleegkundigen beginnen er nu positiever tegenover te staan. In het begin hadden we heel veel tegenwerking. Ten eerste waren ze heel erg bang voor hun eigen functie. Dat hebben we aan alles gemerkt. Want er zijn afdelingen die nog geen assist 1 hebben omdat dat zolang mogelijk werd tegengehouden door de verpleging. (...) De verpleging dacht in eerste instantie... en we hebben echt als Brugman moeten praten... dat wij geen verpleegkundigen worden. Zullen we ook niet worden... wij worden assistenten. Een helpend handje. Wij mogen ook officieel helemaal niet alleen wassen. Er moet een verpleegkundigen op de zaal aanwezig zijn. Ik mag geen verantwoordelijkheid daarvoor dragen."*

Zoals eerder genoemd verloopt de communicatie tussen assist en verpleging niet vlekkeloos. Vaak zijn assisten niet op de hoogte van het dieet van een patiënt. Overlegmomenten zijn er niet, dat gaat allemaal tussen de bedrijven door of het gebeurt niet. Op dit gebied zouden bepaalde taken zichtbaar gemaakt moeten worden om het werk op de afdeling beter te laten

verlopen. Te denken valt aan het structureren van overlegmomenten en van overdrachten tussen verpleging en assisten. Assist:

*“De communicatie over voeding is altijd slecht geweest en dat blijft slecht. In zoverre slecht dat we vaak van een patiënt waar de diëtist is geweest terughoren: “dat mag ik niet hoor”.*

*En dan weten wij nergens van. Dan ga je naar de verpleging. “Ow ja de diëtist is net geweest.” Jullie hebben ons niet gezien of het staat wel in het boek, maar wij zijn nog niet in de keuken geweest. Kijk dat heb je dan. Normaal had je altijd contact met jullie. Maar nu, of het is je unit niet of we zijn met andere taken bezig.*

*En het tweede is, de verpleging is ook bezig dus die hebben ook in hun achterhoofd dat ze ons iets moeten doorgeven, en dan zegt een patiënt dat mag ik niet. En dan gaan wij op hoge poten naar de verpleging en klagen we dat we niks doorkrijgen. En zo gaat het heel vaak mis. En dat vind ik jammer. Maar ik ga echt niet zeggen dat het aan hun ligt. Het ligt net zo goed bij ons, wij kunnen ook alerter zijn. Want wij zien de diëtist ook op de afdeling en dan kunnen we ook nadenken dat de diëtist is geweest en in het boek gaan kijken of er iets veranderd is.”*

## **6. VERSCHILLENDE KENNISPRAKTIJKEN EN DE SNAQ-METHODE**

Voorgaande theorie en resultaten leiden in dit hoofdstuk als bijna vanzelfsprekend richting een conclusie.

Allereerst is het zeer belangrijk het punt te noemen dat er een wisselwerking optreedt bij het gebruik van richtlijnen zoals de SNAQ-methode. Aan de ene kant hebben bestaande werkzaamheden op de afdeling invloed op het gebruik van de richtlijn. En aan de andere kant heeft ook de SNAQ-methode invloed op de bestaande werkzaamheden. Er is kennelijk een bepaalde interactie tussen richtlijnen en werkzaamheden. Het gebruik van instrumenten, zoals richtlijnen in de zorgpraktijk heeft interactie tot gevolg met de bestaande werkzaamheden. Het bestaande werk kan erdoor veranderen; werk wordt op een bepaalde manier omschreven en zichtbaar gemaakt. Dit heeft invloed op de inhoud van deze taken. Een nieuw instrument zal invloed hebben en verandering tot gevolg hebben op zowel de organisatie en de cognitieve aspecten van het werk (Berg 1999).

Het besef van deze interactie heeft gevolgen, bijvoorbeeld voor de implementatie van richtlijnen. En als bekend is dat er een wezenlijke interactie bestaat tussen richtlijnen en bepaalde werkzaamheden of routines, vloeit daaruit voort dat dit op verschillende afdelingen ook een verschillende wisselwerking kan zijn. Een richtlijn heeft invloed op het werk en kan praktijken veranderen. En kan daardoor gevolgen hebben die niet waren voorspeld.

Als deze effecten meer toegespitst worden op de SNAQ-score kan daar het volgende over gezegd worden:

De SNAQ-score heeft ervoor gezorgd dat de verpleging direct bij opname alert is op de voedingstoestand van de patiënt. Dit heeft echter gevolgen voor de werkzaamheden van de verpleegkundigen op het vervolgen van de voedingstoestand bij de patiënt. Bij een lage SNAQ-score kan er makkelijk gedacht worden dat het risico op ondervoeding zeer gering is, waardoor het als aandachtspunt verdwijnt. Terwijl een slechte eetlust of slechte intake zich ook gedurende de opname kunnen ontwikkelen. Bij een hoge SNAQ-score zal de diëtist in consult gevraagd worden. Uit observaties blijkt dat het met regelmaat gebeurt dat eten en drinken voor patiënten in de thuissituatie een probleem vormen, terwijl het tijdens opname erg goed gaat. (Patiënten hoeven niet te koken, er wordt gezorgd voor regelmaat, het eten wordt bij hen gebracht, etc.) Als de SNAQ-methode niet gebruikt zou worden zou er hoogstwaarschijnlijk geen diëtist in consult gevraagd worden bij deze patiënten. De diëtist komt dan toch bij de patiënt, maar veelal volgt er geen dieetinterventie als de voedingsinname tijdens opname goed is.

Een ander punt is het feit dat de SNAQ-methode voor bepaalde patiënten niet het juiste beeld geeft van diens risico op ondervoeding, bijvoorbeeld bij patiënten met oedemen. Bij deze patiëntengroep wordt er van de verpleging verwacht dat zij de SNAQ-score afnemen en invoeren in het patiëntendossier, maar tevens met hun inzicht, ervaring en klinische blik op bepaalde momenten geen enkele waarde toekennen aan deze uitkomst.

Doordat deze complexiteiten niet meegenomen zijn in de SNAQ-methode, blijkt er op de afdeling van het onderzoek weinig kracht van de SNAQ-score uit te gaan. Immers, vals positieve en ook vals negatieve scores zijn hier aan de orde van de dag. Doordat deze complexiteiten niet meegenomen zijn in de SNAQ-methode, gaat er op afdeling D3 van het Albert Schweitzer ziekenhuis weinig kracht van de SNAQ-score uit. Immers, vals positieve en ook vals negatieve scores zijn aan de orde van de dag.

De SNAQ-methode heeft op afdeling D3 niet alleen invloed op het werk van verpleegkundigen, er is tevens een interactie te zien met de werkzaamheden van assisten. Voorheen waren voedingsassistentes alleen bezig met het eten en drinken van de patiënt. Inmiddels is hun takenpakket veranderd en is dit slechts één onderdeel van hun werk. Daarnaast houden ze zich bezig met o.a. het wassen van patiënten, beddentransport en schoonmaakwerk. Door de SNAQ-methode lijkt de rol van de assist op het gebied van ondervoeding nog meer onzichtbaar geworden. De SNAQ doet immers het signalerende werk en soms is de diëtist al in consult gevraagd voordat de assist iets heeft kunnen signaleren. De verandering in de signalerende rol van de assisten heeft echter niet alleen met de SNAQ-methode te maken. Ook de verschuiving van de functie voedingsassistent, die zich volledig op voeding kon richten, naar assist, die naast het delen van eten en drinken veel meer taken heeft, heeft invloed op de signalerende rol van de assisten op het gebied van de voedingstoestand van de patiënt. Zij hebben er simpelweg minder tijd voor. Op afdeling D3 wordt er in de SNAQ-methode helaas slechts met twee categorieën patiënten rekening gehouden. De eerste groep zijn de patiënten met een lage SNAQ-score, hierbij wordt geen actie ondernomen. De tweede groep zijn de patiënten met een hoge SNAQ-score en hierbij wordt de diëtist in consult gevraagd. De assist heeft op afdeling D3 vrijwel niets met de SNAQ-methode van doen. Terwijl de richtlijn anders voorschrijft. De SNAQ-methode schrijft wel degelijk voor dat de assist op de hoogte gebracht moet worden van een SNAQ-score van twee of hoger en dat er dan energie- en eiwitverrijkte SNAQ-tussendoortjes verstrekt mogen worden aan de patiënt. Deze stap is op afdeling D3 nog niet naar behoren ingevoerd. Het zou voor de assist een goed aangrijpingspunt zijn om op een legitieme manier weer meer met voeding bezig te zijn.



Zo heeft de SNAQ-methode meerdere gezichten. Aan de ene kant wordt het gepresenteerd als een valide methode om (het risico op) ondervoeding te kunnen signaleren, gebaseerd op kwantitatieve onderzoeken. De SNAQ-methode heeft bepaalde werkzaamheden een duidelijk zichtbare plaats heeft gegeven.

Maar aan de andere kant wordt er wel van verpleegkundigen verwacht bij het gebruik van deze methode, de score op de juiste manier te interpreteren. Dit brengt ons terug naar de literatuur van Berg (1999), waarin de werking van instrumenten in de zorg wordt uitgediept. Instrumenten in de zorg hebben gevolgen voor de taken van de mensen die ermee werken en hebben twee duidelijke rollen; ze hebben een accumulerende en een coördinerende werking. Als voorbeeld wordt onder andere de vochtbalans op een intensive care genoemd. Deze vochtbalans is volledig geautomatiseerd, althans er komt geen papierwerk meer aan te pas. De computer berekent bijvoorbeeld de stand van de infuuspomp als een verpleegkundige de vereiste dosering invoert. Voor buitenstaanders lijkt het alsof deze vochtbalans volledig geautomatiseerd wordt en alsof verpleegkundigen deze geautomatiseerde vochtbalans blindelings kunnen volgen. Als er verder naar gekeken wordt blijkt echter heel anders: verpleegkundigen zullen bepaalde getallen van deze vochtbalans op een bepaalde manier moeten interpreteren om deze goed te kunnen beoordelen. Er is dus meer nodig dan het instrument op zich. Er dient een interactie plaats te vinden van verpleegkundigen met de vochtbalans. Het instrument werkt niet zelfstandig, het werkt pas echt als er informatie uit opgepikt wordt, als deze informatie gelezen en herlezen wordt en als er iets meegedaan wordt. De verpleegkundigen die met deze vochtbalans werken zijn experts geworden op dit gebied. Ze weten hoe ze moeten inspelen op de informatie die dit instrument weergeeft en hoe ze dit moeten interpreteren.

Dit geldt ook min of meer voor de SNAQ-score. Deze kent een sterk accumulerende werking en wordt aan de ene kant gepresenteerd als een valide methode om (het risico op) ondervoeding te kunnen signaleren, gebaseerd op kwantitatieve onderzoeksmethoden. Aan de andere kant wordt er wel van verpleegkundigen verwacht dat ze de SNAQ-score bij bepaalde patiënten anders interpreteren. En daar is geen richtlijn voor. Dan komt het op interactie aan van verpleegkundige met de SNAQ-score. Dit blijft veelal onzichtbaar. Bovendien wordt er geen ruimte gelaten voor deze interpretatie in de prestatie-indicator. Er wordt van verpleegkundigen verwacht de SNAQ-score te allen tijden in te vullen. Dit heeft zowel vals positieve als vals negatieve scores tot gevolg waardoor de alarmerende en daarom ook de coördinerende functie van de SNAQ-score beperkt blijft.

Bestaande werkzaamheden op het gebied van het signaleren van ondervoeding zijn veranderd met het invoeren van de SNAQ-methode. Deze bestaande werkzaamheden hebben ook gevolgen gehad voor de manier waarop met de SNAQ-methode gewerkt wordt. Dit is op één afdeling in het Albert Schweitzer ziekenhuis onderzocht. Instrumenten hebben invloed op de praktijk en de bestaande praktijk heeft gevolgen voor de manier waarop instrumenten gebruikt worden. Alleen als daar besef en begrip van is kan er gekomen worden tot meer op de praktijk afgestemde instrumenten (Berg 1999). Dit zou zelfs tot gevolg kunnen hebben dat er op verschillende afdelingen verschillende instrumenten (of richtlijnen) gebruikt kunnen worden.

## 7. DISCUSSIE

De interactie tussen een instrument en diens gebruiker kan op verschillende punten bediscussieerd worden. Het eerste wat hierbij de revue passeert, is de eerder genoemde “tacit knowlegde”, ofwel impliciete kennis. Deze vorm van kennis zou essentieel zijn voor het werk van vele professionals, maar is niet concreet te maken of te omschrijven. Veel gehoorde kritiek op richtlijnen en protocollen is het ontbreken van de tacit knowledge waardoor ze veelal niet aansluiten op de praktijk.

Een mooi en belangrijk punt, maar met een zeker gevaar, namelijk dat het een beperkt handelingsrepertoire biedt; als tacit knowlegde niet concreet te maken is en niet te omschrijven is dan kan er immers ook niets mee gedaan worden in de ontwikkeling en het implementeren van richtlijnen.

Het gevaar van te vroege tevredenheid schuilt in zekere zin ook in de SNAQ-methode, zij het op een iets andere manier. Vanuit de kennispraktijk van gerandomiseerde klinische studies, is er alle reden tot tevredenheid. Er zijn geen betere methoden dan de SNAQ. Er is geen betere indicatie dan het gewicht. Het gevaar dat Evans (1995) noemde komt hier naar voren; dat er genoeg genomen wordt met de kennis die op dit moment vanuit gerandomiseerde klinische studies beschikbaar is.

In de dagelijkse praktijk blijft het niet bij de kennis die komt van gerandomiseerde klinische studies, daar spelen andere vormen van kennis een heel belangrijke rol. Deze kennispraktijken komen naar voren als werkzaamheden geobserveerd worden. Ze zijn niet altijd heel duidelijk zichtbaar aanwezig, maar kunnen wel zichtbaar gemaakt worden en zijn dus niet per definitie impliciet te noemen. Bovendien zijn deze kennispraktijken essentieel voor het functioneren van richtlijnen in de praktijk. Ze worden echter vaak vergeten; er worden vaak aannames gedaan over de manier waarop bepaalde werkzaamheden worden uitgevoerd zonder dat er naar de onderliggende praktijken wordt gekeken (Suchman 1995). Daarom zouden deze kennispraktijken meer erkenning moeten krijgen en meer gebruikt moeten worden in de ontwikkeling en bij de implementatie van richtlijnen. Het punt is echter dat ze vaak niet direct zichtbaar zijn en onzichtbare werkzaamheden zijn moeilijk te duiden. Al het werk dat zichtbaar is kan relatief gemakkelijk ingekaderd en omschreven worden (ibid.). Dat is wat bij richtlijnen ook gebeurt; ze maken aan de ene kant werkzaamheden transparant en zichtbaar, maar tegelijkertijd worden er andere werkzaamheden onzichtbaar gemaakt, omdat ze bijvoorbeeld meer naar de achtergrond verdwijnen.

Richtlijnen hebben een bepaald doel voor ogen, maar hebben veel meer gevolgen voor de praktijk. En niet altijd gevolgen die van tevoren voorzien waren. Om richtlijnen meer bij de zorgpraktijk aan te laten sluiten zal het besef moeten groeien dat richtlijnen veelal meer dan de beoogde invloeden hebben op de bestaande werkpraktijken. De interactie die plaatsvindt tussen instrument en gebruiker komt opnieuw sterk naar voren (Berg 1999). Instrumenten als de SNAQ-methode behoeven ruimte voor reflectie en interpretatie in de praktijk. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden.

De eerste optie is om deze ruimte te implementeren in de SNAQ-methode. Als daar verder over nagedacht wordt, lijkt dit echter niet reëel te zijn. Immers, bij verschillende patiëntengroepen zijn verschillende interpretaties en aandachtspunten op het gebied van ondervoeding mogelijk. Het is erg moeilijk om al deze interpretaties te integreren in de SNAQ-methode en het dan ook nog een werkzaam instrument te laten zijn.

De tweede mogelijkheid is de gebruikers, in dit geval de verpleegkundigen, op de werkvloer de ruimte bieden tot interpretatie van de SNAQ-score. Dat lijkt een meer bevredigende optie. Dit blijkt reeds te gebeuren op de afdelingen en hier wordt zelfs op aangestuurd door degenen die de SNAQ-methode ontwikkeld hebben. De interpretatie van de SNAQ-score door verpleegkundigen is een voorbeeld van een taak die zij uitvoeren, maar niet direct zichtbaar is. Verpleegkundigen kunnen hiermee de SNAQ-score in het perspectief van de betreffende patiënt te plaatsen. Voor de categorie patiënten waarbij de SNAQ-score niet afdoende is, zal een verpleegkundige op een andere manier op ondervoeding alert moeten zijn. Dat gebeurt meestal niet op een gestructureerde manier en veelal tussen de bedrijven door. Het signaleren van ondervoeding is voor verpleegkundigen een combinatie van het gebruik van de SNAQ-score, de klinische blik, het observeren van eten en drinken en eventueel het aanleggen van een voedings- en/of vochtlijst. Alleen het laatste maakt de intake van de patiënt duidelijk zichtbaar, en is ook een zichtbare taak van de verpleging. Hoewel de interpretatie hiervan ook bij elke verpleegkundige anders kan zijn. Soms wordt bij een lage SNAQ-score toch actie ondernomen of bij een hoge SNAQ-score geen actie ondernomen. Verpleegkundigen nemen de ruimte om de SNAQ-score te interpreteren in het kader van de patiënt. Het lastige hierbij is echter dat de SNAQ-score verplicht is om in te vullen en te rapporteren, het is immers een prestatie-indicator. Dit maakt de ruimte tot reflectie en interpretatie van deze SNAQ-score op de werkvloer toch heel beperkt.

Instrumenten hebben een goede reflectieve praktijk nodig. De moeilijkheid om dit goed te realiseren op de werkvloer is dat veel interpretatie en veel reflectie onzichtbaar blijft.

Instrumenten veranderen de werkpraktijk, maar die verandering is niet per definitie zichtbaar voor de gebruikers. Verpleegkundigen zeggen “hun eigen draai te geven” aan de SNAQ-methode en deze op hun eigen manier toe te passen. Er wordt daarmee niet beseft in welke

mate de praktijk veranderd is met de SNAQ-methode. Dit brengt direct het kritiekpunt naar voren voor het doen van onderzoek met interviews. Als de veranderingen voor de verpleegkundigen onzichtbaar zijn gebleven, zullen deze niet naar voren komen in de gesprekken met hen. Uit observaties zijn deze veranderen wel gebleken, bijvoorbeeld dat de SNAQ-score de aandacht voor de voedingstoestand vooral naar het begin van de opname heeft verplaatst, waardoor de focus op de voedingstoestand tijdens opname minder dreigt te worden, vooral bij patiënten die laag scoorden op de SNAQ. Opvallend is dat de prestatie-indicator zich daar vrijwel niet mee bezig houdt en heeft geen ruimte gelaten voor interpretatie van de scores. Dit heeft zowel vals positieve als vals negatieve scores tot gevolg waardoor de alarmerende en daarom ook de coördinerende functie van de SNAQ-score beperkt blijft.

De SNAQ-score geeft hoe dan ook een signaal af over de betreffende patiënt. Dit heeft gevolgen voor de verdere behandeling en verandert de praktijk. Verpleegkundigen zonder de SNAQ-methode waren andere verpleegkundigen. De verandering die de SNAQ-score teweeg heeft gebracht is echter niet op alle punten voor iedereen direct zichtbaar.

Hetzelfde geldt voor het interpreteren van de SNAQ-score, hiervan zijn verpleegkundigen zich ook niet altijd bewust en is dus soms zelfs voor henzelf onzichtbaar. Dat roept de vraag op in dit nog reflectief genoemd kan worden.

Het belang van een goede reflectieve praktijk is eerder genoemd en essentieel voor het werken met instrumenten als de SNAQ-score. Het gevaar is echter dat de praktijk door de SNAQ-methode juist minder reflectief wordt. Bijvoorbeeld doordat de focus op ondervoeding veel meer naar het begin van de opname verplaatst. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de zichtbaarheid van het werk van verpleegkundigen, maar ook van assist-medewerkers. Hun signalerende rol wordt steeds onzichtbaarder. Aan de ene kant door de SNAQ-methode omdat er aan het begin van de opname wordt gescreend op ondervoeding waardoor signalering tijdens opname naar de achtergrond verdwijnt. En aan de andere kant vanwege de eerder genoemde grote verschuivingen in hun takenpakket, waardoor hun taken met betrekking tot eten en drinken gedeeld moeten worden met andere taken en steeds onzichtbaarder dreigen te worden.

Soms lijken richtlijnen en de praktijk mijlenver uit elkaar te liggen. Beiden kunnen mogelijk dichterbij elkaar gebracht worden als er het besef is van de interactie die richtlijnen hebben met de bestaande werkzaamheden (Berg 1999). Er zal bij de ontwikkeling van richtlijnen uiteraard steeds rekening gehouden moeten worden met de laatste stand van zaken vanuit gerandomiseerde klinische studies. Daarnaast mogen bij de implementatie van richtlijnen bestaande werkpraktijken niet uit het oog verloren worden. Deze praktijken zullen interactie

met de richtlijn tot gevolg hebben. Een richtlijn dient te allen tijde in de context gezien te worden. Aan de andere kant worden door het volgen van een richtlijn de mogelijkheden voor reflectie en interpretatie juist beperkt.

## 8. AANBEVELINGEN

Vanuit dit onderzoek kunnen verschillende aanbevelingen gedaan worden. Allereerst over het gebruik van de verschillende theoretische perspectieven. De zogenoemde impliciete kennis lijkt in eerste instantie een goede verklaring te geven voor het fenomeen dat veel richtlijnen in de zorg niet goed worden opgevolgd. Als deze theorie echter in de praktijk wordt bekeken blijkt er meer aan de hand te zijn. Er blijken namelijk werkzaamheden aan bod te komen bij het gebruik van richtlijnen die wel te beschrijven en heel goed te observeren zijn, maar niet in de richtlijn zijn opgenomen. Zoals in de discussie is beschreven heeft het gebruik van de theorie van “tacit knowledge” een groot nadeel, namelijk dat het een heel beperkt handelingsrepertoire biedt. Tacit knowledge is immers op geen enkele manier expliciet te maken. Daar kunnen richtlijnontwikkelaars zich wellicht te gemakkelijk bij neerleggen. Bovendien blijken er werkzaamheden te zijn die op het eerste gezicht moeilijk te duiden zijn, maar door observatie uiteindelijk wel te omschrijven zijn. Het is essentieel dat er rekening gehouden wordt met deze inzichten over zichtbaar en onzichtbaar werk bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. Dat zal aanknopingspunten bieden om richtlijnen beter aan te laten sluiten bij de praktijk.

Dit geeft direct aanleiding voor het volgende punt, namelijk de manier waarop onderzoek gedaan dient te worden naar onzichtbare werkpraktijken. Dataverzameling slechts bestaande uit interviews, geven een zeer beperkt beeld van de praktijk. Immers, veel onzichtbaar werk is voor degenen die het werk doet vaak ook onzichtbaar en de uitvoerder is zich niet altijd bewust van het verrichten van bepaalde werkzaamheden, bijvoorbeeld het doen van bepaalde interpretaties. Onderzoek naar werkpraktijken mag dus nooit alleen bestaan uit interviews, observaties zijn essentieel.

Tenslotte is het voor de praktijk waarin richtlijnen gebruikt worden essentieel te beseffen dat instrumenten in de zorg nooit op zichzelf staan, maar interacteren met hun gebruiker (Berg 1999). Dit maakt dat instrumenten soms verrassende effecten hebben als ze geïmplementeerd worden. Deze verrassende effecten kunnen beperkt worden als bij het ontwikkelen van richtlijnen meer rekening wordt gehouden met verschillende kennispraktijken door bijvoorbeeld verschillende kennispraktijken in kaart te brengen en niet slechts wordt uitgegaan van kennis vanuit gerandomiseerde klinische studies. Daarmee zullen de problemen helaas niet opgelost zijn. Werken met richtlijnen vraagt aan de ene kant om reflectie en interpretatie, maar brengt aan de andere kant met zich mee dat de ruimte voor hiervoor beperkter wordt.

Het roept tevens de vraag op in hoeverre instrumenten generaliseerbaar zijn. Bij de SNAQ-methode is bijvoorbeeld bij de interpretatie van de SNAQ-score van belang wat de kenmerken zijn van de patiënt. Dat betekent dat de interpretatie van deze score op verschillende afdelingen andere aandachtspunten heeft.

Helaas biedt de huidige SNAQ-methode weinig ruimte voor de benodigde reflectie en interpretatie voor zinvol gebruik. Deze ruimte wordt nog meer ingeperkt door het feit dat het rapporteren van de SNAQ-score te allen tijde verplicht is. Wil de SNAQ-methode in de huidige vorm volledig tot haar recht komen, is het essentieel dat er meer zichtbaar aandacht wordt besteed voor het interpreteren van de score. Bijvoorbeeld door op het anamneseformulier een mogelijkheid hiervoor te maken. Dat zal leiden tot minder vals negatieve of vals positieve scores waardoor de alarmerende functie van de SNAQ-score groter wordt.



**LITERATUUR**

Boeijs, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. 's Gravenhage: Boomonderwijs.

Berg, M. 1999. 'Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work.' *Computer Supported Cooperative Work* 8: 373-401.

Cabana, M.D., C.S. Rand, N.R. Powe, A.W. Wu, M.H. Wilson, P.C. Abboud & H.R. Rubin. 2007. 'Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.' *JAMA* 282(15): 1458-1465.

Coelho 2000. Zakwoordenboek der geneeskunde. Arnhem. Zesentwintigste druk. Elsevier / Koninklijke PBNA

Dawson, S. 1995. 'Never mind solutions: what are the issues? Lessons of industrial technology transfer for quality in health care.' *Qual Health Care* 4:197-203.

Evidence Based Medicine Working Group. 1992. 'Evidence Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine.' *JAMA* 268(17): 2420-2425.

Evans, J.G. 1995. 'Evidence-Based and Evidence-Biased Medicine.' *Age and Ageing* Vol.24(6): 461-463.

Fox, N.J. 2003. 'Practice-based evidence: towards collaborative and transgressive research.' *Sociology* 37(1):81-102.

Gabbay, J. & A. le May. 2004. 'Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care.' *BMJ* 329:1-5.

Garfinkel, Harold. 1967. 'Good' organizational reasons for 'bad' clinic records. In *Studies in Ethnomethodology*. Englewood-Cliffs, N.Y.: Prentice-Hall.

Greenhalgh J., R. Flynn, A.F. Long & S. Tyson. 2008. 'Tacit and encoded knowledge in the use of standardized outcome measures in multidisciplinary team decision making: a case-study of in-patient neurorehabilitation.' *Social Science & Medicine* 67: 183-194.

Kruizenga, H.M. 2006. 'Screening and treatment of malnourished hospital patients.' Ponsen & Looijen BV, Wageningen.

Star, S.L. & A. Strauss. 1999. 'Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work.' *Computer Supportive Cooperative Work* 8: 9-30. Kluwer Academic Publishers.

Suchman, L. 1995. 'Making Work Visible.' *Communication of the ACM* Vol. 38, No.9:56-64.

Timmermans, S. & M. Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Timmermans, S. & S. Epstein. 2010. 'A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization.' *Annual Review of Sociology* 36:69-89.

Weisz, G., A. Cambrosio, P. Keating, L. Knaapen, T. Schlich & V.J. Tournay. 2007. 'The Emergence of Clinical Practice Guidelines.' *The Milbank Quarterly* 85(4):691-727.

Wood, M., E. Ferlie & L. Fitzgerald. 1998. 'Achieving Clinical Behavior Change: a case of becoming interdeterminate.' *Soc. Sci. Med.* 11:1729-1738.

Zuiderent- Jerak, T., S. Jerak-Zuiderent, H. van de Bovenkamp, S. Swan Tan, L. Hakkaart-van Roijen, W. Brouwer & Roland Bal. 2010. 'Diversiteit in Richtlijnen; een onderzoek naar de toepasbaarheid van 62 richtlijnen.'

### **WEBSITES**

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

[www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)