

Welke factoren beïnvloeden het voorschrijfgedrag van diëtisten ten aanzien van drinkvoeding voor patiënten met (dreigende) ondervoeding in de thuissituatie?

Jan Pieter Boersma¹, Sjoerd Hofman¹, Harriët Jager-Wittenaar^{2,3}

1. Hanzehogeschool Groningen, Voeding en Diëtetiek

2. Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing

3. Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Correspondentie

Jan Pieter Boersma: janpieter@iamft.nl

Samenvatting

Inleiding: Bij (dreigende) ondervoeding kan een diëtist of huisarts drinkvoeding generiek of merkgebonden voorschrijven. Tot op heden is onduidelijk welke factoren een rol spelen bij het voorschrijven van drinkvoeding. Dit onderzoek inventariseert welke factoren invloed hebben op het generiek en merkgebonden voorschrijfgedrag van diëtisten en huisartsen ten aanzien van drinkvoeding aan patiënten met (dreigende) ondervoeding in de thuissituatie.

Methode: De onderzoekspopulatie bestond uit alle geregistreerde diëtisten en huisartsen die in 2014 drinkvoeding hebben voorgeschreven bij de indicatie (dreigende) ondervoeding. Door middel van een van een online enquête werd retrospectief beschrijvend onderzoek gedaan naar het voorschrijfgedrag van de onderzoekspopulatie, in de periode januari tot en met december 2014. In de enquête werd de respondenten gevraagd om verschillende factoren te waarderen op een 4- of 5-puntsschaal. Daarnaast bevatte de enquête open vragen waarin respondenten andere (belemmerende) factoren konden noemen die het voorschrijfgedrag beïnvloeden.

Resultaten: De factoren: 'voorkeur van de patiënt met betrekking tot eigenschappen van de drinkvoeding of een specifiek merk drinkvoeding', 'het smaakaanbod van fabrikanten of facilitaire bedrijven/apotheken', 'de consistentie/structuur', 'het volume/portiegrootte', 'de nutriëntensamenstelling van de drinkvoeding', 'de verwachte therapietrouw en het ziektebeeld van de patiënt', hebben bij 56% tot 92% van de diëtisten 'redelijk veel tot veel invloed' op het voorschrijfgedrag. 67% van de diëtisten geeft aan dat 'de zorgverzekering van de patiënt', 'redelijk veel tot veel invloed' heeft óf noemt de zorgverzekeraar in verschillende contexten als belemmerende factor bij het voorschrijven van drinkvoeding. Het onderzoek heeft geen inzicht kunnen geven in het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Conclusie: Bij diëtisten lijken de factoren die bepalend zijn bij het voorschrijven van drinkvoeding niet anders te zijn als zij generiek of merkgebonden de drinkvoeding voorschrijven. Daarbij laten ze bij het voorschrijven van drinkvoeding hoofdzakelijk factoren meewegen die mogelijk invloed kunnen hebben op de therapietrouw van de patiënt. Bovendien hebben de nutriëntensamenstelling van de drinkvoeding en het ziektebeeld van de patiënt veel invloed op het voorschrijfgedrag, waarmee diëtisten in de behandeling met drinkvoeding aansluiten op de kern van de Dieetbehandelingsrichtlijn Ondervoeding. Tweederde van de diëtisten ervaart een sterke invloed van zorgverzekeraars of ziet hierin een belemmerende factor bij het voorschrijven van drinkvoeding. Door het ontbreken van respons door huisartsen is het niet duidelijk geworden welke factoren invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

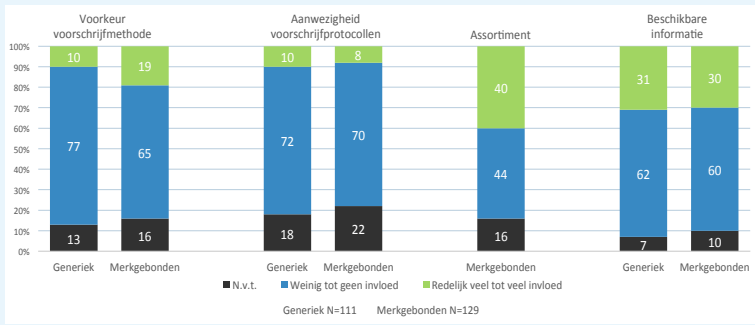
Trefwoorden: drinkvoeding, voorschrijfgedrag, diëtisten, ondervoeding, therapietrouw

Inleiding

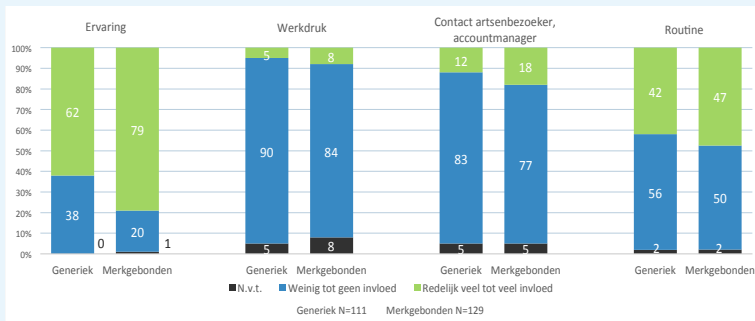
Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem in Nederland. De prevalentie van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen en bij ouderen die gebruikmaken van thuiszorg wordt geschat tussen de 17% en 22% (Halfens, 2012; Halfens, 2013; Kruijenga, 2016). In combinatie met ziekte verhoogt ondervoeding de sterftekans, verlengt de opnameduur in ziekenhuizen, vergroot de kans op complicaties en vermindert de kwaliteit van leven (Sorensen, 2008; Laky, 2010). Daarnaast zorgt ziektegerelateerde ondervoeding voor hogere zorgkosten en verhoogde kans op overlijden (Russell, 2007; Elia, 2009).

Drinkvoeding kan een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling van ondervoeding (Elia, 2016; Elia, 2016). In de Dieetbehandelingsrichtlijn Ondervoeding staan de voedingsbehoefte en persoonlijke

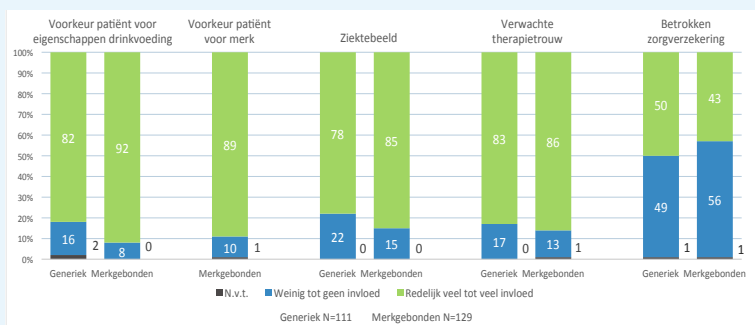
Figuur 1: Invloed van factoren gerelateerd aan de praktijk of instelling op het voorschrijfgedrag van diëtisten bij het voorschrijven van drinkvoeding (n=136)



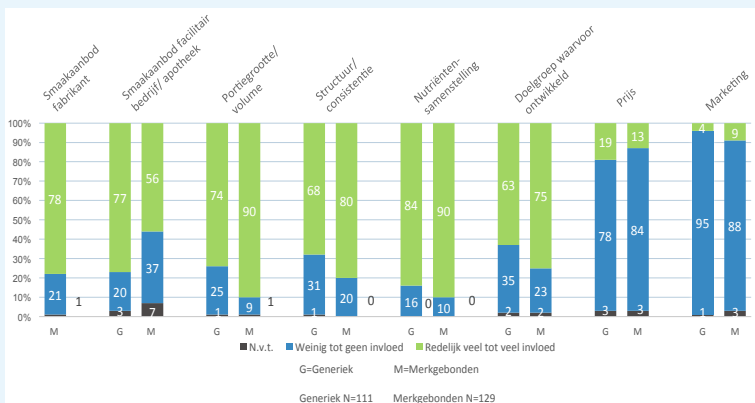
Figuur 2: Invloed van factoren gerelateerd aan de voorschrijver zelf op het voorschrijfgedrag van diëtisten bij het voorschrijven van drinkvoeding (n=136)



Figuur 3: Invloed van factoren gerelateerd aan de patiënt op het voorschrijfgedrag van diëtisten bij het voorschrijven van drinkvoeding (n=136)



Figuur 4: Invloed van factoren gerelateerd aan de drinkvoeding op het voorschrijfgedrag van diëtisten bij het voorschrijven van drinkvoeding (n=136)



wensen van de patiënt centraal bij het voorschrijven van drinkvoeding (Jonkers, 2012). Bij drinkvoeding kunnen factoren als de smaak, consistentie, energiedichtheid en het volume van de drinkvoeding invloed hebben op de therapietrouw (Bruce, 2003; Stratton, 2007; Hubbard, 2012; Ozcagli, 2013). Een studie naar de effectiviteit van medische voeding bij patiënten met een heupfractuur laat zien dat slechte therapietrouw de effectiviteit van medische voeding lijkt te beperken. De klinische uitkomst van de behandeling kan hierdoor negatief worden beïnvloed (Bruce, 2003).

Voor het voorschrijven van drinkvoeding zijn zowel diëtisten, (huis-)artsen als verpleegkundig specialisten bevoegd, echter in de praktijk wordt dit veelal door diëtisten en huisartsen gedaan. Wanneer drinkvoeding voor de behandeling noodzakelijk is, kan generiek of merkgebonden worden voorgeschreven. Bij generiek voorschrijven bepaalt de voorschrijver alleen aan welke kenmerken de drinkvoeding moet voldoen. Bij merkgebonden voorschrijven wordt een specifiek merk en soort drinkvoeding voorgeschreven. Vanuit zorgverzekeraars wordt aangestuurd op generiek voorschrijven als het kan en merkgebonden als het moet. Dit uitgangspunt wordt al langere tijd binnen het voorschrijven van medicatie gebruikt. Binnen de diëtetiek wordt dit uitgangspunt nagestreefd bij het voorschrijven van drinkvoeding (NVD, 2014).

Ten tijde van het onderzoek werden de kosten van drinkvoeding in een extramuraal setting bij specifieke indicaties vergoed door de zorgverzekeraars (ZorgverzekeraarsNederland, 2014). De indicatie waarop de meeste patiënten extramuraal drinkvoeding krijgen voorgeschreven is wanneer een patiënt, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft (ZorginstituutNederland, 2014). Een aantal zorgverzekeraars heeft voor 2014 aanvullende eisen gesteld aan het voorschrijven van drinkvoeding, welke mogelijk invloed hebben gehad op het voorschrijfgedrag van diëtisten en huisartsen.

Tot op heden is er echter weinig bekend over de factoren die een rol spelen bij het voorschrijven van drinkvoeding door diëtisten en huisartsen. Het doel van dit onderzoek was dan ook om inzicht te krijgen in welke factoren invloed hebben op het generieke en merkgebonden extramuraal voorschrijfgedrag van diëtisten en huisartsen bij de indicatie (dreigende) ondervoeding. In het bijzonder is gekeken naar de invloed van factoren die relevant kunnen zijn voor de therapietrouw.

Methode

Het retrospectief beschrijvend onderzoek werd uitgevoerd vanuit de Innovatiewerkplaats Clinical Malnutrition (www.healthyageing.net) en vond plaats in de periode van september tot en met december 2014, met behulp van een online enquête. De vragen in de enquête hadden betrekking op het voorschrijven van drinkvoeding in het jaar 2014.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit alle diëtisten en huisartsen in Nederland die in 2014 extramuraal drinkvoeding hadden voorgeschreven. Het aantal geregistreerde diëtisten en huisartsen bedroeg op het moment van raadplegen respectievelijk 4955 en 12195 (KNMG, 2014; KwaliteitsregisterParamedici, 2014). In deze registers konden ook diëtisten

en huisartsen staan die niet meer als voorschrijver van drinkvoeding werkzaam waren. Er waren geen exacte cijfers bekend over het aantal diëtisten en huisartsen dat in 2014 drinkvoeding had voorgeschreven. Daarom vormden alle in 2014 geregistreerde diëtisten en huisartsen de gemachtigde voorschrijfpopulatie en werd onder deze populatie een steekproef gehouden.

De onderzoekspopulatie werd benaderd via online nieuwsbrieven (Associatie van Ketenapotheken (ASKA), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nieuws voor Diëtisten, Mediq Tefa en Sorgente) en verwijzingen naar de enquête in nieuwsartikelen op beroepsgerelateerde websites (Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Eerstelijns Ondervoedinginstituut (EOI)).

Via een wervingstekst werden diëtisten en huisartsen uitgenodigd om deel te nemen aan de online enquête, die beschikbaar was van 3 november tot en met 31 december 2014. In totaal werden er ten minste 5300 unieke ontvangers uitgenodigd om de enquête in te vullen.

De respondenten dienden aan de volgende inclusiecriteria te voldoen om te kunnen deelnemen aan het onderzoek: diëtist of huisarts; die in het jaar 2014 drinkvoeding voorschreef in een extramurale setting, bij de indicatie (dreigende) ondervoeding.

Enquête

In de uitnodiging werden de respondenten via een link verwezen naar een online enquête. Bij aanvang van de enquête werd toestemming gevraagd voor het anoniem verwerken van de gegevens. De enquête bestond uit 35 tot 38 meerkeuzevragen (afhankelijk van de gekozen voorschrijfmethode), 6 halfopen vragen, 1 open vraag en 1 gesloten vraag. Als een deelnemer aangaf alleen generiek voor te schrijven waardeerde hij/zij alleen de factoren voor het generieke voorschrijfgedrag. Wanneer gekozen was voor 'merkgebonden' werden alleen factoren gewaardeerd voor het merkgebonden voorschrijfgedrag. Als een deelnemer aangaf beide voorschrijfmethoden te hanteren werden eerst de factoren gewaardeerd voor het generieke en vervolgens voor het merkgebonden voorschrijfgedrag. *De volledige enquête kan worden opgevraagd bij de eerste auteur. Zijn emailadres is vermeld bij dit artikel.*

De volgende kenmerken van de respondenten werden in kaart gebracht: beroep, type instelling waarin werkzaam (bijvoorbeeld: ziekenhuis, eerstelijnspraktijk, verzorg-/ verpleegtehuis), provincie waarin werkzaam, frequentie van voorschrijven van drinkvoeding in 2014. Vervolgens werd geïnventariseerd welke voorschrijfmethode werd gebruikt ('generiek', 'merkgebonden' of 'beide').

De respondenten die de voorschrijfmethode 'merkgebonden' of 'beide' hanteerden, werd gevraagd welke van de gegeven productmerken drinkvoeding uit het 'Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2014' ze in 2014 hadden voorgeschreven.

Het gebruik van hulpbronnen bij het voorschrijven werd gemeten op een vierpuntsschaal ('nooit', 'soms', 'vaak' of 'altijd') en de ontwikkeling van kennis in de voorgaande vijf jaar op het gebied van drinkvoeding werd gemeten met behulp van een vijfpuntsschaal ('0 keer', '1 tot 5 keer', '6 tot 10 keer', '11 tot 20 keer', '21 tot 50 keer', 'meer dan 50 keer'). Hierbij is onder andere specifiek gevraagd naar gebruik van bekende hulpbronnen zoals Compendium dieetproducten en

voedingssupplementen 2014 en Dieetconsult en (online) informatie van fabrikanten van drinkvoeding of facilitaire bedrijven/apotheken (Meijers, 2010; DieetConsult, 2014; Vermeer, 2014). De antwoordmogelijkheden bij de vraag rondom kennisontwikkeling op het gebied van drinkvoeding waren onder andere gebaseerd op de mogelijkheden voor diëtisten en huisartsen om accreditatiepunten te behalen, bijvoorbeeld: symposium/congres, bijscholing/cursus, informatiebijeenkomst of vakliteratuur.

In de enquête zijn de factoren die mogelijk van invloed zijn op het generiek of merkgebonden voorschrijven verdeeld in vier categorieën: 'praktijk of instelling', 'voorschrijver', 'patiënt' en 'drinkvoeding'. De invloed van deze factoren op het generieke of merkgebonden voorschrijfgedrag werd gemeten op een vierpuntsschaal ('geen invloed', 'weinig invloed', 'redelijk veel invloed' en 'veel invloed'). Van de respondenten die beide voorschrijfmethodes gebruikten, werd de invloed van de factoren op zowel het generieke als het merkgebonden voorschrijfgedrag afzonderlijk gemeten.

In de categorie 'de praktijk of instelling' werd de invloed van de volgende factoren op het generiek en/of merkgebonden voorschrijven gevraagd: de voorkeuren van de praktijk of instelling voor een voorschrijfmethode of een bepaald merk, aanwezigheid van een voorschrijfprotocol, het assortiment en beschikbare informatie. De categorie 'voorschrijver' had betrekking op de ervaring en de routine met het voorschrijven van drinkvoeding, de werkdruk die de voorschrijver ervaart en het contact met een accountmanager/artsenbezoeker. In de categorie 'patiënt' werd naar de invloed van de volgende factoren gevraagd: voorkeur van de patiënt met betrekking tot de eigenschappen of het merk van de drinkvoeding en de verwachte therapietrouw van de patiënt. Binnen de categorie 'drinkvoeding' werd gevraagd naar de invloed van de volgende factoren: smaakaanbod van de fabrikant, facilitair bedrijf/apotheek, het volume en de consistentie van de drinkvoeding. Daarnaast werd in de categorieën 'patiënt' en 'drinkvoeding' de invloed gemeten van factoren die relevant kunnen zijn voor de voedingsbehoefte van de patiënt. Dit waren de factoren 'ziektebeeld van de patiënt' en 'nutriëntensamenstelling van de drinkvoeding'. Met behulp van open vragen werden aanvullende, waaronder eventuele belemmerende factoren bij het voorschrijven van drinkvoeding geïnventariseerd.

Analyse

Bij het analyseren van de gegevens zijn de antwoordmogelijkheden 'geen invloed', 'weinig invloed', 'redelijk veel invloed' en 'veel invloed' gedichotomiseerd naar de categorieën: 'weinig tot geen invloed' en 'redelijk veel tot veel invloed'. Tevens zijn de antwoordmogelijkheden '1 tot 10 keer', '11 tot 20 keer' en 'meer dan 50 keer per jaar' gedichotomiseerd naar '1 tot 20 keer' en 'meer dan 50 keer'. De antwoorden op de open vragen zijn gerangschikt naar frequentie. De resultaten betreffende de *factoren* die van invloed waren op het voorschrijfgedrag zijn weergegeven in grafieken per voorschrijfmethode: 'generiek' of 'merkgebonden'. De afzonderlijke resultaten ('generiek' of 'merkgebonden') van de respondenten die beide voorschrijfmethoden hanteerden zijn per categorie ('generiek' of 'merkgebonden') samengevoegd met de resultaten van de respondenten die alleen generiek

of alleen merkgebonden voorschreven. Hierdoor is het totaal van de respondenten niet gelijk aan de som van de totalen per voorschrijfmethode in de grafieken.

Resultaten

In totaal namen 151 respondenten deel aan de enquête. Acht respondenten gaven geen toestemming tot het verwerken van de gegevens, drie respondenten gaven een ander beroep aan dan diëtist of (apothekhoudend) huisarts en drie respondenten gaven aan geen drinkvoeding te hebben voorgeschreven in 2014. Daarnaast gaf één respondent aan merkgebonden voor te schrijven, maar had geen merk geselecteerd dat werd voorgeschreven. Gegevens van 136 respondenten zijn geanalyseerd. De landelijke spreiding van de respondenten en de diversiteit van type instellingen waar de diëtisten werkzaam waren maken de resultaten voor de diëtisten representatief (tabel 1). Alle 136 respondenten waren diëtist. Van de respondenten schreef 5% drinkvoeding alleen generiek voor, 18,5% alleen merkgebonden en 76,5% gebruikte beide voorschrijfmethoden. De respondenten die alleen merkgebonden voorschreven, schreven gemiddeld vier verschillende merken voor. Daarentegen schreven de respondenten die beide voorschrijfmethoden gebruikten vijf tot zes verschillende merken voor.

Diëtisten maakten bij het voorschrijven van drinkvoeding het meest gebruik van hulpbronnen die afkomstig waren van fabrikanten van drinkvoeding of medisch facilitaire bedrijven/apotheken. Het 'Compendium dieetproducten en voedingssupplementen' en het 'Dietconsult' werd door 48% van de diëtisten soms, vaak of altijd gebruikt. Door alle respondenten werd in de afgelopen vijf jaar in ieder geval zes keer de kennis ontwikkeld door middel van minimaal één van de gegeven mogelijkheden. Door 95% van de diëtisten werd kennis ontwikkeld op het gebied van drinkvoeding door het lezen van vakliteratuur. Daarnaast maakte meer dan 60% van de diëtisten soms of vaker gebruik van de volgende hulpbronnen: 'informatiebrochures of websites van fabrikanten en medisch facilitaire bedrijven/apotheken', 'advies van collega' en 'vakliteratuur'.

Factoren

De invloed van de verschillende factoren op het voorschrijfgedrag is weergegeven in de figuren 1 t/m 4. De factoren 'smaakaanbod', 'structuur/consistentie' en 'portiegrootte/volume', 'voorkeur van de patiënt' (met betrekking tot eigenschappen en merk drinkvoeding) en de 'verwachte therapietrouw van de patiënt' werden door het merendeel van de diëtisten gewaardeerd met 'redelijk veel tot veel invloed' bij zowel generiek als merkgebonden voorschrijven (figuur 3 en 4). Deze factoren kunnen invloed hebben op de therapietrouw van de patiënt. Daarnaast hebben 'de nutriëntensamenstelling van de drinkvoeding' en 'het ziektebeeld van de patiënt' bij het merendeel van de diëtisten 'redelijk veel tot veel invloed' op het voorschrijfgedrag. Bij 40% van alle diëtisten en 69% van diëtisten die werkzaam waren in een algemeen ziekenhuis had het in de instelling aanwezige assortiment drinkvoeding 'redelijk veel tot veel invloed' op het extramurale voorschrijfgedrag. De invloed van het assortiment op het voorschrijfgedrag was groter naarmate de diëtist vaker drinkvoeding voorschreef: 'redelijk veel tot veel' invloed bij 22% van de diëtisten die 1 tot 20 keer per jaar drinkvoeding voor-

schreven en bij 51% van de diëtisten die meer dan 50 keer per jaar drinkvoeding voorschreven.

De invloed van de factor 'ervaring met het voorschrijven van drinkvoeding' (figuur 2) lijkt groter naarmate een diëtist vaker voorschreef. Indien een diëtist 1 tot 20 keer per jaar drinkvoeding merkgebonden voorschreef had 'ervaring' bij 73% 'redelijk veel tot veel invloed'. Dit liep op tot 84% wanneer een diëtist per jaar 50 keer of vaker voorschreef. Wanneer drinkvoeding 1 tot 20 keer per jaar generiek werd voorgeschreven had ervaring bij 48% van de diëtisten 'redelijk veel tot veel invloed'. Bij 50 keer of vaker per jaar was dit 77%.

De respondenten noemden bij een open vraag naar 'andere factoren' voornamelijk factoren die betrekking hebben op de voorkeur van de patiënt. De genoemde voorkeur van de patiënt had 'redelijk veel tot veel invloed' op zowel een generiek als merkgebonden voorschrift. 53% van de respondenten noemde één of meerdere belemmerende factoren. Door 32% van de diëtisten werd de zorgverzekeraar genoemd als belemmerende factor en dit was de meest genoemde belemmerende factor. Als context worden de regels, het beleid en de eisen van zorgverzekeraars ten aanzien van de voorschrijf- en vergoedingsmogelijkheden het meest genoemd (77%). Als voorbeelden worden genoemd: de eisen met betrekking tot het minimale aantal verstrekkings dat wordt vergoed, het uitsluiten van de compacte drinkvoeding bij het eerste voorschrift en de voorkeur van (enkele) zorgverzekeraars voor generiek voorschrijven. Van de diëtisten die de zorgverzekering niet als belemmerende factor noemden, gaf 35% eerder in de enquête aan dat de factor 'zorgverzekering van de patiënt', 'redelijk veel tot veel invloed' had (zie figuur 3, minus de respondenten die de zorgverzekeraar ook als belemmerende factor ervaart). Daarom geeft in totaal 67% (32% + 35%) van de respondenten aan dat de 'zorgverzekering van de patiënt', 'redelijk veel tot veel invloed' heeft op het voorschrijfgedrag óf dat de zorgverzekeraar een belemmerende factor is bij het voorschrijven van drinkvoeding.

Discussie en conclusie

Dit onderzoek had als doel inzicht te geven in de factoren die diëtisten en huisartsen laten meewegen bij het extramuraal voorschrijven van drinkvoeding. De factoren 'smaak', 'consistentie/structuur en volume/portiegrootte van de drinkvoeding', 'de voorkeur van de patiënt' en 'de verwachte therapietrouw van de patiënt' zijn de belangrijkste factoren die diëtisten laten meewegen bij het voorschrijven van drinkvoeding bij de indicatie (dreigende) ondervoeding. Daarnaast hebben 'de nutriëntensamenstelling van de drinkvoeding' en 'het ziektebeeld van de patiënt' een sterke invloed op het voorschrijfgedrag. De factoren die van invloed blijken op generiek voorschrijven lijken dezelfde als die van invloed op merkgebonden voorschrijven van drinkvoeding. Daarom is het niet duidelijk welke factor bepalend is voor één van de voorschrijfmethodes. Wellicht dat de invloed van een combinatie van factoren leidt tot de keuze voor generiek of merkgebonden voorschrijven.

Door de invloed van deze factoren lijkt het voorschrijfgedrag gericht te zijn op het bereiken van therapietrouw en het voorzien in de voedingsbehoefte van de patiënt (Bruce, 2003; Stratton, 2007; Hubbard, 2012; Ozcagli, 2013). Hierdoor sluit de diëtist aan bij de Dieetbehandelingsrichtlijn Ondervoeding, waarin de persoonlijke

wensen en de voedingsbehoefte van de patiënt centraal staan (Jonkers, 2012). Hiermee kan de diëtist indirect een bijdrage leveren aan klinische uitkomsten bij ziektegerelateerde ondervoeding (Bruce, 2003). Door het ontbreken van respons door huisartsen is het niet duidelijk geworden welke factoren huisartsen mee laten wegen bij het voorschrijven van drinkvoeding. Hierdoor is het niet mogelijk om het voorschrijfgedrag van diëtisten en huisartsen onderling met elkaar te vergelijken.

Tweede van de diëtisten ervaart een sterke invloed van zorgverzekeraars of ziet hierin een belemmerende factor bij het voorschrijven van drinkvoeding. Het is echter onduidelijk of deze ervaring invloed heeft op de behandeling en de therapietrouw van de patiënt. In theorie kan bijvoorbeeld het uitsluiten van compacte drinkvoeding bij het eerste voorschrift door een zorgverzekering negatieve gevolgen hebben voor de therapietrouw van de patiënt (Hubbard, 2012). Nader onderzoek naar de effecten van de invloed van de zorgverzekeraars op de behandeling van (dreigende) ondervoeding wordt daarom aanbevolen.

Kennis op het gebied van drinkvoeding wordt door alle respondenten jaarlijks ontwikkeld en vrijwel alle diëtisten doen dit middels het lezen van vakliteratuur. Dit lijkt erop te wijzen dat wanneer nieuwe inzichten op het gebied van drinkvoeding verspreid moeten worden, vakliteratuur een middel is met een groot bereik onder diëtisten. Wanneer diëtisten een hulpbron gebruiken bij het voorschrijven van drinkvoeding is deze veelal afkomstig van fabrikanten of medisch facilitaire bedrijven/apotheken. Dit kan betekenen dat diëtisten op het moment van voorschrijven op zoek zijn naar specifieke productinformatie. Wanneer informatie van fabrikanten of medisch facilitaire bedrijven/apotheken gelijk is aan elkaar mag de diëtist vertrouwen op de objectiviteit van de informatie. Wanneer er inhoudelijke verschillen zijn tussen de hulpbronnen kunnen hier wellicht commerciële factoren een rol spelen en dient de diëtist de gegeven informatie zorgvuldig te analyseren.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste is er geen respons geweest vanuit de huisartsen, ondanks dat de huisartsen via verschillende kanalen zijn benaderd. Daardoor is het niet mogelijk om het voorschrijfgedrag van diëtisten en huisartsen te vergelijken. Ten tweede is de frequentie van het voorschrijven van drinkvoeding in 2014 mogelijk onderschat, omdat de enquête beschikbaar was van 3 november tot en met 31 december 2014. De resultaten waarin een relatie wordt gelegd met de frequentie van voorschrijven kunnen hierdoor zijn beïnvloed. Ten derde vraagt het retrospectieve onderzoeksdesign een goed geheugen van de respondenten. Hierdoor kan de relatie tussen kennisontwikkeling en gebruik van hulpbronnen en het voorschrijfgedrag mogelijk zijn beïnvloed. Tot slot kan niet worden uitgesloten dat respondenten factoren hebben laten meewegen die van toepassing waren op het voorschrijven van indicaties anders dan (dreigende) ondervoeding, of factoren die van invloed zijn op het *intramuraal* in plaats van *extramuraal* voorschrijven van drinkvoeding, hoewel er bij aanvang van de vragenlijst en bij elke vraag werd uitgelegd dat het onderzoek gericht was op het krijgen van inzicht in *extramuraal* voorschrijfgedrag bij de indicatie (dreigende) ondervoeding.

Het onderzoek laat zien dat diëtisten de persoonlijke wensen en voedingsbehoefte van de patiënt sterk laten meewegen in het voor-

schrijfgedrag. Hiermee is echter niet gegarandeerd dat de uiteindelijke keuze van de drinkvoeding ook de meest effectieve keuze is voor het optimaliseren van de therapietrouw. Nader onderzoek is nodig om te bepalen of er verschillen zijn in effectiviteit van generiek voorschrijven in vergelijking met merkgebonden voorschrijven. Sommige varianten drinkvoeding kunnen effectiever zijn dan andere, maar kunnen daarbij ook duurder zijn. Opmerkelijk in het huidige onderzoek was dat de prijs van de drinkvoeding weinig tot geen invloed heeft op het voorschrijfgedrag van diëtisten. Zowel het effect van de voorschrijfmethode op de voedingsinname en de voedingstoestand, als de kosteneffectiviteit van de verschillende voorschrijfmethoden dienen nader te worden onderzocht.

Referenties staan op de volgende pagina..

Tabel 1. Kenmerken van de respondenten (n=136)

Functie	n
Diëtist	136
Aantal keren voorgeschreven	
1 tot 20 keer	46
21 tot 50 keer	48
Meer dan 50 keer	42
Voorschrijfmethode	
Generiek	7
Merkgebonden	25
Beide (generiek en merkgebonden)	104
Provincies	
Groningen	6
Friesland	4
Drenthe	3
Overijssel	10
Flevoland	2
Noord-Holland	16
Zuid-Holland	25
Utrecht	11
Gelderland	21
Noord-Brabant	24
Zeeland	3
Limburg	11
Type instelling	
Zelfstandige praktijk	40
Algemeen Ziekenhuis	46
Academisch Ziekenhuis/	12
Universitair Medisch Centrum	
Verzorgingstehuis	2
Verpleegtehuis	9
Revalidatiecentrum	7
Thuiszorg	10
Anders	10

Referenties

- Bruce, D., I. Laurance, M. McGuinness, M. Ridley and P. Goldswain (2003). Nutritional supplements after hip fracture: poor compliance limits effectiveness. *Clinical Nutrition* 22(5): 497-500.
- DieetConsult. (2014). from www.dieetconsult.nl.
- Elia, M. (2009). *The economics of malnutrition*. Basel, Karger: 29-40.
- Elia, M., C. Normand, A. Laviano and K. Norman (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr* 35(1): 125-137.
- Elia, M., C. Normand, K. Norman and A. Laviano (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr* 35(2): 370-380.
- Halfens, R., J. Meijers, E. Meesterberends, N. van Nie, J. Neyens, A. Rondas and J. Schols (2012). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2012. 67-82.
- Halfens, R., J. Meijers, E. Meesterberends, N. Van Nie, J. Neyens, A. Rondas, S. Wolters and J. Schols (2013). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2013. 63-77.
- Hubbard, G. P., M. Elia, A. Holdoway and R. J. Stratton (2012). A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. *Clinical nutrition* 31(3): 293-312.
- Jonkers, C., M. Klos, K. Kouwenoord-van Rixtel, H. Kruizenga and W. Remijnse-Meester (2012) Dieetbehandelingsrichtlijn Ondervoeding.
- KNMG. (2014). [Citaat van: 2014 09 10.] from <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Aantallen/89908/Overzicht-aantal-geregistreerde-specialistenprofielartsen.htm>.
- Kruizenga, H., S. van Keeken, P. Weijts, L. Bastiaanse, S. Beijer, G. Huisman-de Waal, H. Jager-Wittenaar, C. Jonkers-Schuitema, M. Klos, W. Remijnse-Meester, B. Witteman and A. Thijs (2016). Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr*.
- KwaliteitsregisterParamedici. (2014). [Citaat van: 10 9 2014.]. from <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/Paginas/registers.aspx>.
- Laky, B., M. Janda, S. Kondalsamy-Chennakesavan, G. Cleghorn and A. Obermair (2010). Pretreatment malnutrition and quality of life-association with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer: a cohort study. *BMC cancer* 10(1): 1.
- Meijers, J. M., J. M. Schols, P. B. Soeters and R. J. Halfens (2010). Defining malnutrition: Mission or mission impossible? *Nutrition* 26(4): 432-440.
- NVD. (2014). NVD Webinar dieetpreparaten. from <https://www.nvdietist.nl/lid-woorden/41-ik-ben-professional/werk-en-organisatie/218-webinar-dieetpreparaten>.
- Ozcagli, T. G., J. Stelling and J. Stanford (2013). A study in four European countries to examine the importance of sensory attributes of oral nutritional supplements on preference and likelihood of compliance. *Turk J Gastroenterol* 24(3): 266-272.
- Russell, C. A. (2007). The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition Supplements* 2(1): 25-32.
- Sorensen, J., J. Kondrup, J. Prokopowicz, M. Schiesser, L. Krähenbühl, R. Meier, M. Libarda and E. S. Group (2008). EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clinical nutrition* 27(3): 340-349.
- Stratton, R. J. and M. Elia (2007). A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements* 2(1): 5-23.
- Vermeer, P. (2014). *Compendium dieetpreparaten en voedingssupplementen*. Houten, Bohn Stafleu Loghum.
- ZorginstituutNederland (2014). GI Peiling 2013.
- ZorgverzekeraarsNederland. (2014). Dieetpreparaat artsenverklaring [Citaat van: 5 november 2014.]. from <https://www.zn.nl/zn-formulieren/farmacie/?Azfilter=D#>.