VERPLEEGKUNDIGE TOPZORG

Ondervoeding

Een kwestie voor de wijkverpleegkundige?

Over ervaringen, knelpunten en behoeften van wijkverpleegkundigen in de thuiszorg

Onderzoeksverslag 2019

Nienke Braad en Janna van der Meulen

VERPLEEGKUNDIGE TOPZORG

Ondervoeding

Een kwestie voor de wijkverpleegkundige?

Over ervaringen, knelpunten en behoeften van wijkverpleegkundigen in de thuiszorg

Opleiding
HBO-Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen

Studiejaar
2018-2019

Datum
18 januari 2019

Auteurs
Nienke Braad (348122)
Janna van der Meulen (347192)

Module
U3, Afstudeeronderzoek, HVVB16AFOU3

Opdrachtgever
Verpleegkundige Topzorg, UMCG Groningen
Katy van Hasselt & Viola Groen (wondverpleegkundige Allerzorg)

Docentbegeleider
Sanne Heinen

Samenvatting

Aanleiding: Ondervoeding is anno 2019 een veelal onopgemerkt, maar veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Uit onderzoek van prof. dr. Navis (2018) is gebleken dat plusminus veertig procent van de ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen, ondervoed is. Ondervoeding kan ingrijpende gevolgen met zich meebrengen en daardoor hoge zorgkosten opleveren. Daarom vraagt ondervoeding om de nodige aandacht binnen de gezondheidszorg. In opdracht van Verpleegkundige Topzorg is een onderzoek gestart naar de huidige situatie van (wijk)verpleegkundigen wat betreft ervaringen met het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoede, thuiswonende ouderen.
Doelstelling: Door, in een tijdsbestek van tien weken, kwalitatief onderzoek te doen naar de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen met betrekking tot hun verpleegkundige rol omtrent het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie, kan een advies worden uitgebracht dat aansluit op de behoeften en wensen van de (wijk)verpleegkundigen.
Probleemstelling: Hoe ervaren (wijk)verpleegkundigen hun verpleegkundige rol met betrekking tot het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie?
Methode: Er is kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen niveau vier en vijf. Er is ter verdieping literatuuronderzoek verricht naar beschikbare meetinstrumenten en verpleegkundige interventies betreffende ondervoeding. Er is praktijkonderzoek uitgevoerd door het afnemen van semigestructureerde diepte-interviews bij twaalf (wijk)verpleegkundigen op basis van een selectieve steekproef in de regio Noord-Nederland (Groningen, Friesland en Drenthe). Het praktijkonderzoek vond plaats in de periode november en december 2018. De gegevens zijn met behulp van het softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse Atlas.ti geanalyseerd.
Resultaten: Zeven wijkverpleegkundigen geven aan onvoldoende kennis over (onder)voeding te hebben. De (wijk)verpleegkundigen zijn allen op de hoogte van de signalen van ondervoeding, maar pas in een vergevorderd stadium. Alleen de SNAQ/SNAQ 65+ is als meetinstrument bekend onder een groot deel van de (wijk)verpleegkundigen. Een meetinstrument ter diagnostisering wordt nauwelijks gebruikt. De (wijk)verpleegkundigen gebruiken daarvoor voornamelijk hun klinische blik en opmerkingen van de cliënt over voeding. De meest ingezette interventies zijn het inlichten van een huisarts, wekelijks wegen, in gesprek gaan met het netwerk van de cliënt, een diëtiste inschakelen en maaltijdvoorziening inzetten. Ervaringen met multidisciplinair samenwerken zijn erg divers. Tijdsdruk, een gebrek aan continuïteit, onvoldoende multidisciplinaire samenwerking, cliënten die het belang van goede voeding niet inzien en de onduidelijkheid over het aanvragen en het afwijzen van een indicatie voor maaltijdondersteuning door het WMO-loket van de gemeente en de zorgverzekeraar fungeren als grootste belemmeringen binnen de zorg rondom (onder)voeding voor een cliënt.
Conclusie: Allereerst kan geconcludeerd worden dat (wijk)verpleegkundigen ervaren dat het vroegtijdig signaleren van ondervoeding lastig is. Ervaringen met diagnosticeren van ondervoeding zijn divers, veelal vertrouwen de (wijk)verpleegkundigen op hun klinische blik. Het gebruiken van een meetinstrument ter diagnostisering wordt ervaren als een extra administratieve taak die veel tijd in beslag neemt. In een verder gevorderd stadium, wanneer de signalen duidelijk worden, zetten de (wijk)verpleegkundigen diverse interventies in. De (wijk)verpleegkundige is er van op de hoogte welke interventies ingezet kunnen worden en ervaart bij het opstellen hiervan geen moeilijkheden. Deze interventies worden voornamelijk gebaseerd op eigen kennis en ervaring. Een groot deel van de (wijk)verpleegkundige ervaart een kennistekort met betrekking tot ondervoeding en een gebrek aan tijd voor het zoeken naar informatie hierover. Ook worden belemmeringen ervaren bij het indiceren van tijd voor maaltijdondersteuning. De (wijk)verpleegkundigen ervaren het als bevordering wanneer er een goede multidisciplinaire samenwerking bestaat tussen huisarts en diëtiste. Er kan geconcludeerd worden dat de (wijk)verpleegkundigen wel degelijk een rol ervaart in de zorg rondom (onder)voeding, maar deze rol niet altijd even optimaal kan vervullen. De (wijk)verpleegkundigen hebben behoefte aan meer kennis, een beknopte, eenduidige richtlijn en duidelijkheid over de indicatie van maaltijdondersteuning.
Aanbevelingen: Op macroniveau is het van belang dat voeding een prominentere rol krijgt in de opleiding Verpleegkunde en er een duidelijk beleid komt binnen de wet- en regelgeving over het indiceren van maaltijdondersteuning. Daarnaast is het noodzakelijk om de diepgaande kennis over (onder)voeding bij (wijk)verpleegkundigen te vergroten middels een scholing, klinische les of symposium. Ook wordt het gebruik van een meetinstrument aanbevolen om vroegtijdig (het risico op) ondervoeding te screenen. Het raadplegen van de richtlijn van Stuurgroep Ondervoeding kan steun bieden in het behandelen van ondervoeding, echter is het wenselijk dat deze richtlijn ook in de vorm van een samenvatting wordt gepubliceerd.

Voorwoord

Met trots presenteren wij u het onderzoeksverslag. Voor u ligt de uitwerking van een onderzoek in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkundige aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Verpleegkundige Topzorg, verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Ondervoeding is een toenemend probleem binnen de ouderenzorg en vraagt de nodige zorg en aandacht. Niet alleen binnen de intramurale zorg, ook de extramurale tak heeft te maken met ondervoeding. Maar, krijgt ondervoeding in deze sector wel de nodige aandacht? Wordt ondervoeding wel gesignaleerd en wordt hier vervolgens actie in ondernomen? Of kent de zorg rondom (onder)voeding belemmeringen? Om deze vragen te beantwoorden is contact gelegd met een aantal (wijkverpleegkundigen in de regio Noord Nederland. De ervaringen en behoeften van deze (wijk)verpleegkundigen is binnen dit onderzoeksverslag in kaart gebracht. Tijdens deze onderzoeksperiode zijn wij ons extra bewust geworden van het belang van voeding, maar ook welke belemmeringen hierin meespelen. De ervaringen die wij hebben opgedaan tijdens het doen van onderzoek zijn zeer positief en leerzaam geweest en zullen wij zeker meenemen in onze verdere loopbaan als HBO-verpleegkundige.

Zonder de begeleiding van een aantal personen zou dit onderzoek niet gerealiseerd kunnen worden. We willen daarom deze mensen graag bedanken. Als eerste verdient onze docentbegeleider Sanne Heinen een woord van dank. Zonder haar begeleiding en ondersteuning was de totstandkoming van dit onderzoeksverslag niet haalbaar geweest, altijd konden we met vragen terecht. We hebben de samenwerking als erg prettig ervaren.
Tevens willen we Katy van Hasselt van Verpleegkundige Topzorg en Viola Groen, wondverpleegkundige van Allerzorg en lid van de Projectgroep Ondervoeding vanuit Verpleegkundige Topzorg bedanken voor de goede samenwerking en de overleggen die ons steeds weer een eind op weg hebben geholpen. Ook zonder hen was dit onderzoek niet gerealiseerd op de wijze zoals het nu tot stand gekomen is. Wij hopen Verpleegkundige Topzorg een opzetje te hebben gegeven om een nieuwe weg binnen de organisatie in te slaan en wij zijn dankbaar hier een bijdrage aan te hebben mogen leveren.
Tot slot verdienen alle (wijk)verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het onderzoek een enorme dank voor de tijd en openheid. Aan jullie is het resultaat van dit onderzoek te danken. Wij waarderen de prettige medewerking.

Inhoudsopgave

Samenvatting ... 3
Voorwoord ... 4
Inleiding ... 6
Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign ... 11
2.1 Grondvorm van onderzoek ... 11
2.2. Onderzoekspopulatie ... 11
2.2.1 Steekproeftrekking ... 12
2.3 Dataverzamelingsmethode ... 12
2.3.1 Literatuuronderzoek ... 12
2.3.2 Interview ... 14
2.4 Data-analysemethode ... 15
2.4.1 Literatuuronderzoek ... 15
2.4.2 Interview ... 15
2.5 Betrouwbaarheid en validiteit ... 16
2.5.1 Betrouwbaarheid ... 16
2.5.2 Validiteit ... 17
2.6 Ethische aspecten ... 17
Hoofdstuk 3 Resultaten ... 18
3.1 Literatuuronderzoek ... 18
3.2 Praktijkonderzoek ... 20
3.2.1 Onderzoekspopulatie ... 20
3.2.2 Signaleren ... 21
3.2.3 Meetinstrument ... 22
3.2.3 Interveniëren ... 23
3.2.4 Continuïteit zorgproces ... 24
3.2.5 Multidisciplinair samenwerken ... 25
3.2.6 Kennis ... 27
3.2.7 Aandacht voor voeding ... 28
Hoofdstuk 4 Discussie ... 30
Hoofdstuk 5 Conclusie ... 34
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen ... 35
Literatuurlijst ... 36
Bijlagen ... 40
Bijlage 1 Flowchart literatuuronderzoek 1 ... 40
Bijlage 2 Flowchart literatuuronderzoek 2 ... 41
Bijlage 3 Toestemmingsformulier ... 42
Bijlage 4 Lijst met codes ... 43
Bijlage 5 Antiplagiaatverklaring ... 45
Bijlage 6 Safe Assignment ... 46
Bijlage 7 Planning ... 47

Inleiding

Wereldwijd is ondervoeding anno 2019 een veelal onopgemerkt, maar veelvoorkomend gezondheidsprobleem. De European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) definieert ondervoeding als '*een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten*' (Cederholm et al., 2017, p. 51). Ondervoeding kent verschillende oorzaken. Er kan een onderscheid worden gemaakt in somatische, functionele, psychische en sociale oorzaken. Somatische oorzaken betreffen voedingsproblemen als gevolg van ziekte of de behandeling ervan zijn, zoals een verminderde smaak, slikproblemen, een verminderde eetlust en pijn. Voorbeelden van functionele factoren zijn verminderde mobiliteit en de onmogelijkheid om boodschappen te doen. Angst, depressie, verdriet en verminderde cognitie behoren tot psychische oorzaken. Ten slotte zijn er sociale oorzaken: geen sociaal netwerk, eenzaamheid en armoede. Op grond van de oorzaak van ondervoeding zijn er verschillende typen ondervoeding te onderscheiden. Er kan sprake zijn van ziekte gerelateerde ondervoeding, met of zonder inflammatie. Daarnaast kan ondervoeding ook ontstaan zonder ziekte-gerelateerde oorzaak. Het vaststellen van het type ondervoeding is van belang, omdat het bepalend is voor de inhoud van de behandeldoelen (Kruizenga et al., 2017). Als ondervoeding niet tijdig wordt behandeld, kan het ingrijpende gevolgen met zich meebrengen. Zo kan ondervoeding leiden tot afname van de algehele conditie en een verminderde hart- en longcapaciteit, omdat ondervoeding in combinatie met ziekte en inactiviteit leidt tot een verminderde spiermassa. Ondervoeding brengt een verslechterde immuunstatus met zich mee, wat een verhoogde kans geeft op infecties en complicaties bij ziekte. Daarnaast zorgt ondervoeding voor een slechtere wondgenezing en een grotere kans op het ontwikkelen van decubitus. Uiteindelijk kan ondervoeding leiden tot een lagere kwaliteit van leven en een verhoogde mortaliteit. Ondervoeding als gevolg van ziekte is gerelateerd aan een langzamer herstel en aan meer en ernstigere complicaties, dat weer bijdraagt aan een langere opnameduur, een slechtere respons op medische behandeling en een verhoogd gebruik van medicijnen. Dit brengt een toename van zorgkosten met zich mee (Correia & Waitzberg, 2003).

Ondervoeding is verreweg de grootste factor die verantwoordelijk is voor wereldwijde ziektelast. Wereldwijd is maar liefst een op de drie mensen ondervoed. Ondervoeding is het gevolg van een slecht voedingspatroon in combinatie met slechte gezondheid en de omgeving en gedragingen van de gezondheidszorg. Dit wordt bepaald door tal van onderliggende factoren, zoals politieke instabiliteit, slechte economische ontwikkeling, conflicten en ongelijkheid (Arnold et al., 2016).

Niet alleen wereldwijd, maar ook in Europa speelt (onder)voeding een belangrijke rol binnen de volksgezondheid. Volgens de ESPEN loopt tien procent van de Europese populatie ouder dan 65 jaar het risico op ondervoeding. Bij twintig procent van de thuiswonende ouderen tussen de 75 en 80 jaar in Europa is ondervoeding geconstateerd (Ljungqvist, van Gossum, Sanz & de Man, 2010).

In Nederland worden de volgende indicatoren gehanteerd om ondervoeding vast te stellen bij volwassenen (≥18 jaar):

- BMI < 18,5 (18-69 jaar) en BMI < 20 (≥70 jaar) en/of
- Onbedoeld gewichtsverlies van >10% in 6 maanden en/of

- Onbedoeld gewichtsverlies van >5% in een maand (Kruizenga et al., 2017)

Volgens de ESPEN-indicatoren die Europees gelden, wordt een volwassene met een BMI groter dan 22 alleen als ondervoed geclassificeerd bij ongewenst gewichtsverlies in combinatie met een VVMI (Vet Vrije Massa Index) dat het kritieke punt is gepasseerd (<15 kg/m2 voor vrouwen en <17 kg/m2 voor mannen). In vergelijking met de Nederlandse indicatoren voor ondervoeding, betrekt de ESPEN ook de VVMI als basis indicator. Dit betekent dat volwassenen met een BMI>22 als ondervoed kunnen worden geclassificeerd (Kruizenga et al., 2017). Ondervoeding kan met behulp van diverse screeningsinstrumenten worden vastgesteld. In het ziekenhuis wordt veelal gebruik gemaakt van de meetinstrumenten SNAQ[1] en MUST[2]. Met deze meetinstrumenten wordt in drie stappen duidelijk of een patiënt ondervoed is of niet (Kruizenga & Wierdsma, 2014).

Uit onderzoek van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) is gebleken dat maar liefst 10,3 procent van de cliënten binnen de thuiszorgsector (n=2595) ondervoed is. De gemiddelde leeftijd is hier 83,5 jaar. Echter zet de LPZ vraagtekens bij de gegevens uit de thuiszorg, vanwege het laag aantal respondenten (Halfens et al., 2016). Binnen andere studies over de prevalentie van ondervoeding in de thuiszorg lopen de cijfers erg uiteen met een range van tien tot veertig procent (Kruizenga et al., 2017; de van der Schueren, 2017).
De prevalentie ondervoeding in Nederland verschilt per setting. Dit ontstaat vermoedelijk doordat ondervoeding in Nederland veelal ziekte gerelateerd is. Een deel van de ouderen in de thuissituatie of WZW-sector (woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen) is ondervoed en daardoor is de kans groot dat de oudere al ondervoed het ziekenhuis binnenkomt. Uit onderzoek blijkt dat, in de periode van 2007 tot 2015, 14 tot 15% van de patiënten op de eerste opnamedag ondervoed het ziekenhuis binnen kwam. Bij patiënten van het specialisme ‘Geriatrie’ was de prevalentie ondervoede patiënten, op de eerste opnamedag, met 38% het hoogst (Kruizenga et al., 2017). Andersom geldt ook dat patiënten ondervoed raken in het ziekenhuis. Er is volgens het rapport van prof. dr. G.J. Navis (2018) een toename in prevalentie te zien van ondervoede patiënten naarmate de opnameduur toeneemt. Ten gevolge hiervan leidt ondervoeding tot hogere zorgkosten. In 2011 zijn deze kosten in Nederland geschat op 1,9 miljard euro (Gomes Neto, Jager-Wittenaar, Navis & van Vliet, 2018). Deze 1,9 miljard euro bedraagt 2,1% van de totale Nederlandse zorguitgaven. De patiënten van 60 jaar en ouder vormen de grootste kostenpost: 1,5 miljard euro. De thuiszorgsector maakt 185 miljoen euro aan extra zorgkosten door ondervoeding, in totaal 10% van het totaal (Freijer et al., 2013).

Als gekeken wordt op microniveau, vormen ouderen in Nederland een grote risicogroep als het gaat om het ontwikkelen van ondervoeding (Mensink et al., 2010). Dit komt doordat de bovengenoemde oorzaken zich vaker voordoen bij deze risicogroep. Voor een oudere kan ondervoeding resulteren in het dalen van weerstand, een verhoogde kans op opname in een instelling, complicaties bij ziekte, verminderde zelfredzaamheid en een verminderde kwaliteit van leven (De Van Der Schueren, 2017). Het preventief aanpakken van ondervoeding in de thuissituatie vereist het tijdig signaleren van ondervoeding (Kok, Scholte & Koopmans, 2014). Het vroegtijdig signaleren en het bevorderen van de

[1] SNAQ staat voor Short Nutrition Assessment Questionnaire (Stuurgroep Ondervoeding, 2018).
[2] MUST staat voor Malnutrition Universal Screening Tool (Stuurgroep Ondervoeding, 2018).

gezondheidstoestand van een patiënt is een taak die staat omschreven in het verpleegkundig beroepsprofiel 2020. Volgens dit beroepsprofiel 2020 draagt de verpleegkundige in het competentiegebied van de gezondheidsbevorderaar bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen, door het ondersteunen van hun zelfmanagement. De competentiegebieden zijn gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) (V&V2020, 2012). De verpleegkundige realiseert gezondheidsbevordering door mensen met hoge risico's op gezondheidsproblemen actief te benaderen, dit geldt dus ook bij mensen met het risico op ondervoeding. Volgens de CanMEDS is de verpleegkundige bekend met de manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden. De verpleegkundige bezit vaardigheden om gegevens te verzamelen in brede context, die gericht zijn op vroegsignalering en risicobeoordeling, ook in het kader van voeding. Op basis van deze gegevens is de verpleegkundige in staat om bijbehorende interventies uit te voeren (V&V2020, 2012).

In opdracht van Verpleegkundige Topzorg wordt kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van de wijkverpleegkundige omtrent ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie. Verpleegkundige Topzorg is een netwerk van diverse organisaties dat zich inzet voor kwalitatief hoogwaardige zorg in de thuissituatie en transmurale samenwerking tussen professionals. Het biedt ondersteuning in de vorm van kennis en expertise op het gebied van wondzorg. Verpleegkundige Topzorg wil haar expertise gebied uitbreiden naar ondervoeding. Het onderzoek van prof. dr. Navis is de aanleiding hiervoor (Gomes Neto et al., 2018). De verontrustende cijfers uit dit onderzoek vragen om aandacht. Door middel van dit onderzoek wordt er een eerste stap gezet in het verkrijgen van de nodige informatie over de huidige situatie, wat betreft ervaringen van (wijk)verpleegkundige met ondervoeding. Hiermee kan in het vervolg de nodige kennis en expertise door Verpleegkundige Topzorg geboden worden om wijkverpleegkundigen te ondersteunen in het bieden van een gerichte, multidisciplinaire aanpak aan ondervoede cliënten (Verpleegkundige Topzorg, 2018). Viola Groen, wondverpleegkundige bij Allerzorg, heeft in het voorjaar van 2018 een literatuurstudie volbracht waaruit geconcludeerd kan worden dat de taken en verantwoordelijkheden van de wijkverpleegkundigen omtrent ondervoeding duidelijk en helder zijn omschreven (Groen, 2018). Ondanks dat is de prevalentie ondervoede ouderen relatief hoog. Het is daarom vooralsnog onduidelijk hoe veertig procent van de ouderen bij ziekenhuisopname ondervoed kan zijn. Daarom zal deze scriptie zich richten op de ervaringen van wijkverpleegkundigen met betrekking tot hun verpleegkundige rol omtrent ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie. Als duidelijk is welke ervaringen wijkverpleegkundigen hebben omtrent ondervoeding bij ouderen, kan wellicht ingegaan worden op de behoeften en wensen van de wijkverpleegkundigen.

Opbouw onderzoeksverslag

In dit onderzoeksverslag zijn verschillende hoofdstukken beschreven. In het eerste hoofdstuk komen de doelstelling, vraagstelling en deelvragen van het onderzoek en definiëring van begrippen aan bod. In het tweede hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodiek beschreven. Het literatuuronderzoek, kenmerken van de onderzoekspopulatie en de resultaten van het praktijkonderzoek worden in het derde hoofdstuk beschreven. Daarna komen in het vierde hoofdstuk 'discussie' de sterke en zwakke punten van het onderzoek naar voren, gevolgd door de conclusie in hoofdstuk vijf. Tot slot volgen de aanbevelingen.

Hoofdstuk 1 Huidige situatie

Op basis van de beschreven situatie in bovenstaande inleiding worden er in dit hoofdstuk een doel- en probleemstelling opgesteld. De probleemstelling definieert de definitieve onderzoeksvraag. Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, zijn er in de derde paragraaf een aantal deelvragen opgesteld die ondersteunend werken in het verkrijgen van een antwoord op de onderzoeksvraag. Ten slotte worden de definities van een aantal begrippen beschreven in probleem- en doelstelling uitgewerkt.

Doelstelling

De volgende doelstelling is met behulp van de SMART-methodiek opgesteld:

Door, in een tijdsbestek van tien weken, kwalitatief onderzoek te doen naar de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen met betrekking tot hun verpleegkundige rol omtrent het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie, kan een advies worden uitgebracht dat aansluit op de behoeften en wensen van de (wijk)verpleegkundigen.

Probleemstelling

Om de doelstelling te kunnen realiseren, is er een probleemstelling opgesteld. De probleemstelling omvat de onderzoeksvraag van de scriptie. De probleemstelling luidt:

Hoe ervaren (wijk)verpleegkundigen hun verpleegkundige rol met betrekking tot het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie?

Deelvragen

Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling en daarmee de doelstelling te bereiken, worden deelvragen opgesteld. De volgende deelvragen zijn opgesteld:

1. Welke meetinstrumenten kunnen (wijk)verpleegkundigen gebruiken/inzetten om ondervoeding te signaleren?
2. Welke evidence based interventies zijn er onderzocht in de literatuur om ondervoeding te behandelen?
3. Wat zijn de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen omtrent het signaleren van ondervoeding bij haar cliënten?
4. Wat zijn de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen omtrent het interveniëren bij ondervoeding bij haar cliënten?
5. Wat zijn de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen omtrent het multidisciplinair samenwerken bij het behandelen van een ondervoede cliënt?
6. Wat zouden op basis van de ervaringen de behoeften van de (wijk)verpleegkundigen zijn omtrent het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding?

Definiëring van begrippen

De term **ondervoeding** wordt gedefinieerd als ‘een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten’ (Cederholm et al., 2017, p. 51).

Met de term **wijkverpleegkundigen** worden HBO-Verpleegkundigen (kwalificatieniveau vijf) bedoeld, werkzaam in de thuiszorg, die hoogwaardige verpleegkundige zorg bieden aan thuiswonende

zorgvragers. De wijkverpleegkundige neemt de inhoudelijke verantwoordelijkheid op zich voor de professionele kwaliteit van de verpleging en verzorging van mensen thuis en vormt daarbij de spil in het web in dit integrale zorgproces. De wijkverpleegkundige neemt de regie op zich, behoudt het overzicht over het gehele zorgproces en stuurt haar team aan (Mast & Pool, 2005).

Met de term **ervaringen** worden alle vormen van kennis en inzicht van de (wijk)verpleegkundigen bedoeld die door ondervinding geleerd zijn (Van Dale Uitgevers, 2018). In de context van dit onderzoek betreffen het de ervaringen rondom ondervoeding bij de cliënten in de thuiszorg. Specifiek gaat het om de ervaringen met het signaleren en diagnosticeren van en interveniëren en multidisciplinair samenwerken bij ondervoeding. Door het uitvragen van ervaringen kan er een reëel beeld worden gevormd van de huidige situatie en kunnen er passende aanbevelingen gegeven worden.

Met de term **verpleegkundige rol** worden in deze context alle taken en verantwoordelijkheden van (wijk)verpleegkundigen bedoeld omtrent ondervoeding bij haar cliënten. Hierbij wordt gedacht aan het signaleren, diagnosticeren, interveniëren en multidisciplinair samenwerken bij ondervoede cliënten (Kruizenga et al., 2017).

Van het begrip **ouderen** bestaat geen eenduidige definitie. Er worden verschillende definities gehanteerd, zoals iemand die op basis van de Algemene Ouderdomswet (AOW) in aanmerking komt voor een uitkering. Bij het gebruik van zorgvoorzieningen richt men zich vooral op 75-plussers. In dit onderzoek wordt met de term **ouderen** volwassenen ouder dan vijfenzeventig jaar bedoeld (Penninx, 2005).

De term **thuiszorg** wordt gedefinieerd als ‘de verzorging en verpleging bij een cliënt thuis met als doel om een opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis etc. te voorkomen’. Door de cliënt thuis begeleiding te leveren, wordt getracht om de cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen (CBS, z.d.).

Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign beschreven, bestaande uit de grondvorm van het onderzoek (§1), de onderzoekspopulatie (§2), de methode van data-verzameling (§3) en -analyse (§4). Tot slot wordt de validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit in §5 beschreven en komen de ethische aspecten in §6 aan bod.

2.1 Grondvorm van onderzoek

Er wordt kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen. Volgens Verhoeven (2018, p. 139) is *''kwalitatief onderzoek niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens; er worden geen significante verbanden onderzocht, geen percentages of gemiddelden''*. Kwalitatief onderzoek is passend bij de onderzoeksvraag, omdat er beschrijvend wordt weergegeven welke ervaringen de (wijk)verpleegkundigen omtrent hun verpleegkundige rol bij ondervoeding hebben. De beleving van de (wijk)verpleegkundige staat centraal in het onderzoek. Door in te gaan op de ervaringen van de (wijk)verpleegkundigen kan een passend advies worden uitgebracht voor de wensen en behoeften van de (wijk)verpleegkundigen. Bij het onderzoek wordt een inductieve methode gebruikt, waarbij nieuwe gegevens verzameld worden en hieruit een conclusie wordt getrokken. Er wordt een specifiek onderwerp beoordeeld, namelijk de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen rondom ondervoeding, waarmee vastgesteld wordt of deze beoordeling kan gelden voor een grotere populatie. Daarmee is het onderzoek tegelijkertijd exploratief (Verhoeven, 2018).

2.2. Onderzoekspopulatie

De populatie van dit onderzoek bestaat uit (wijk)verpleegkundigen die werkzaam zijn bij een thuiszorgorganisatie in de regio Noord-Nederland (Groningen, Friesland en Drenthe). (Wijk)Verpleegkundigen van de bij Verpleegkundige Topzorg aangesloten organisaties zijn benaderd. Dit betreffen TSN thuiszorg, Interzorg, Allerzorg, Buurtzorg, Icare, ZINN, Zorggroep Meander, Thuiszorg Comfort, Coöperatie Dichtbij, Stichting De Hoven, UMCG en Ommelander Ziekenhuis Groningen. De onderzoekspopulatie voldoet aan de volgende inclusiecriteria:

- De (wijk)verpleegkundige is werkzaam als verpleegkundige niveau 4 of 5;
- De (wijk)verpleegkundige heeft een geldige BIG-registratie;
- De (wijk)verpleegkundige is werkzaam bij een thuiszorgorganisatie;
- De (wijk)verpleegkundigen zijn werkzaam in de regio Noord-Nederland (Friesland, Groningen, Drenthe).

Verzorgenden niveau twee of drie worden niet betrokken bij het onderzoek, omdat deze doelgroep geen verantwoordelijkheden draagt in het diagnosticeren en interveniëren. De populatie dient BIG-geregistreerd te zijn, omdat de populatie anders niet werkzaam mag zijn in de thuiszorg en het onderzoek zich juist richt op huidige ervaringen vanuit de beroepspraktijk. De regio Noord-Nederland is gekozen, omdat een grotere regio binnen het tijdsbestek van het onderzoek niet haalbaar is en Verpleegkundige Topzorg alleen werkzaam is in deze regio. (Wijk)Verpleegkundigen die niet voldoen aan de inclusiecriteria zijn geëxcludeerd voor deelname aan het onderzoek. Het minimum aantal jaren werkervaring is voor dit onderzoek niet relevant om de onderzoekspopulatie zo groot en divers mogelijk te houden. Binnen dit onderzoek is een zo groot mogelijke verscheidenheid aan ervaringen gewenst om

een compleet beeld te verkrijgen en aanbevelingen te kunnen geven die te generaliseren zijn. Ook is er vanwege deze redenen geen voorkeur in geslacht; zowel mannelijke als vrouwelijke (wijk)verpleegkundigen zijn geïncludeerd. Op deze manier wordt de onderzoekspopulatie zo breed mogelijk gehouden, waardoor de kans op respons zo groot mogelijk is. Dit is vanuit de opdrachtgever wenselijk is gebleken.

2.2.1 Steekproeftrekking

Er is gebruik gemaakt van een selecte steekproeftrekking, omdat er niet voldoende respondenten beschikbaar zijn binnen het tijdsbestek om een grote steekproef te trekken (Verhoeven, 2018). Het is lastig om een grote groep (wijk)verpleegkundigen binnen een tijdsbestek van tien weken te benaderen. Het betreft een doelgerichte steekproef, omdat er sprake is van een selectie van de steekproef op basis van bepaalde kenmerken (Verhoeven, 2018). Er is door middel van het versturen van een uitnodiging via de mail contact gezocht met in ieder geval de (wijk)verpleegkundigen van de bij Verpleegkundige Topzorg aangesloten thuiszorgorganisaties in Noord-Nederland. Daarnaast is er contact gezocht met (wijk)verpleegkundigen binnen het eigen netwerk van de onderzoekers om de populatie te vergroten. Er is vervolgens afgewacht welke (wijk)verpleegkundigen hun medewerking wilden verlenen.

2.3 Dataverzamelingsmethode

Dataverzameling is, na het ontwerpen van de onderzoeksmethode in fase één, de tweede fase binnen het onderzoeksproces (Verhoeven, 2018).

2.3.1 Literatuuronderzoek

De antwoorden op deelvragen één en twee zijn verkregen door middel van literatuuronderzoek. Dit literatuuronderzoek is uitgevoerd ter oriëntatie op de te gaan onderzoeken gegevens tijdens de interviews, namelijk het signaleren van en interveniëren bij ondervoeding. Er is op macroniveau gezocht naar literatuur: er is op minimaal nationaal niveau gezocht, met de mogelijkheid om ook internationale artikelen te betrekken. Het literatuuronderzoek richt zich op primaire- en secundaire literatuur, omdat deze van kwalitatief hoger niveau is (Verhoeven, 2018). Er is voor zowel deelvraag één als twee een zoekstrategie opgesteld. De zoekstrategieën zijn samengevoegd in tabel 1. Er worden een aantal stappen gehanteerd om op systematische wijze literatuur te verzamelen:

- Het opstellen van de onderzoeksvraag
- Het opstellen van zoektermen en de te gebruiken databanken
- Het vaststellen van in- en exclusiecriteria (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2014).

De zoektermen zijn zowel in het Nederlands als in het Engels opgesteld om op een zo breed mogelijke wijze informatie te kunnen verkrijgen. Er is gebruik gemaakt van verschillende synoniemen, zodat alle artikelen over hetzelfde onderwerp geïncludeerd worden. Er is gebruikt gemaakt van de databanken PubMed, Elsevier ScienceDirect, Cochrane en CINAHL, omdat in deze databanken artikelen die verpleegkundig relevant zijn, gevonden kunnen worden. Het vermoeden is dat door het gebruik van deze vier databanken datasaturatie wordt bereikt. Tot slot zijn er een aantal in- en exclusiecriteria opgesteld:

- Open Access, zodat de literatuur in zijn totaliteit beoordeeld kan worden op de kwaliteit;

- Peer-reviewed: dit vergroot de mate van betrouwbaarheid en daardoor de kwaliteit;
- Publicatie na 2010, zodat de meest recente literatuur gevonden wordt;
- Verpleegkundig relevant, zodat het artikel aansluit bij de beroepsgroep en daarmee leidt tot passende resultaten;
- Populatie 'ouderen': andere doelgroepen zijn niet relevant voor dit onderzoek;
- Level of Evidence één tot en met drie. Door een hoog level of evidence zijn alleen onderzoeken van hoge kwaliteit beoordeeld en meegenomen in de resultaten.

Tabel 1. Zoekstrategie literatuuronderzoek 1 'signaleren van ondervoeding' en literatuuronderzoek 2 'interveniëren bij ondervoeding'

<table>
<tr><td>Onderzoeksvraag</td><td>Welke meetinstrumenten komen er in de literatuur naar voren om ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie te signaleren (1)?</td><td>Welke verpleegkundige interventies worden er in de literatuur beschreven om ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie te behandelen (2)?</td></tr>
<tr><td>Zoektermen</td><td>
<table>
<tr><u>Nederlands</u></td><td><u>Engels</u></td></tr>
<tr><td>Meetinstrumenten</td><td>"Measurement instrument" OR "Measurement tool" OR "Instrument for measuring"</td></tr>
<tr><td>Meten</td><td>Measuring OR Measure</td></tr>
<tr><td>Ondervoeding</td><td>Malnutrition OR Malnourished</td></tr>
<tr><td>Signaleren</td><td>Signaling OR Signal</td></tr>
<tr><td>(Wijk)Verpleegkundige</td><td>Nurse OR "District nurse"</td></tr>
<tr><td>Ouderen</td><td>Elderly OR "Older people" OR "Older patients"</td></tr>
<tr><td>Thuiszorg</td><td>"Home care"</td></tr>
<tr><td>Thuiswonend</td><td>"Living at home"</td></tr>
</table>
</td><td>
<table>
<tr><u>Nederlands</u></td><td><u>Engels</u></td></tr>
<tr><td>Verpleegkundige interventies</td><td>Nursing interventions</td></tr>
<tr><td>Ondervoeding</td><td>Malnutrition OR Malnourished</td></tr>
<tr><td>Behandelen</td><td>Treat OR Treating OR Cure OR Treatment</td></tr>
<tr><td>(Wijk)Verpleegkundige</td><td>Nurse OR "District nurse"</td></tr>
<tr><td>Ouderen</td><td>Elderly OR "Older people" OR "Older patients"</td></tr>
<tr><td>Thuiszorg</td><td>"Home care"</td></tr>
<tr><td>Thuiswonend</td><td>"Living at home"</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Databanken</td><td>PubMed, Elsevier ScienceDirect, Cochrane, CINAHL.</td><td>PubMed, Elsevier ScienceDirect, Cochrane, CINAHL.</td></tr>
<tr><td>In- en exclusiecriteria</td><td><u>Inclusiecriteria:</u>
Open Access;
De artikelen zijn beschikbaar in het Nederlands of Engels;
De artikelen zijn peer-reviewed;
De artikelen zijn na 2010 gepubliceerd;
De artikelen moeten relevant zijn voor de verpleegkundige beroepsgroep;
De term 'ouderen' wordt genoemd als populatie;
Level of Evidence 1 tot en met 3.

<u>Exclusiecriteria:</u>
Het artikel is niet full text beschikbaar;
De artikelen zijn niet beschikbaar in het Nederlands of Engels;
De artikelen zijn ouder dan 10 jaar;
De verpleegkundige relevantie ontbreekt: het artikel gaat over een andere beroepsgroep dan de verpleegkundige;
De populatie in het artikel betreft kinderen of (jong)volwassenen;
Level of Evidence 4 tot en met 6.</td><td><u>Inclusiecriteria:</u>
Open Access;
De artikelen zijn beschikbaar in het Nederlands of Engels;
De artikelen zijn peer-reviewed;
De artikelen zijn na 2010 gepubliceerd;
De artikelen moeten relevant zijn voor de verpleegkundige beroepsgroep;
De term 'ouderen' wordt genoemd als populatie;
Level of Evidence 1 tot en met 3.

<u>Exclusiecriteria:</u>
Het artikel is niet full text beschikbaar;
De artikelen zijn niet beschikbaar in het Nederlands of Engels;
De artikelen zijn ouder dan 10 jaar;
De verpleegkundige relevantie ontbreekt: het artikel gaat over een andere beroepsgroep dan de verpleegkundige;
De populatie in het artikel betreft kinderen of (jong)volwassenen;
Level of Evidence 4 tot en met 6.</td></tr>
</table>

Ook is er gebruik gemaakt van de systematische sneeuwbalmethode, waarbij de literatuurreferenties van waardevolle artikelen zijn gecontroleerd op meer bruikbare artikelen. Om de uitkomsten van het literatuuronderzoek inzichtelijk te maken, is er een flowchart diagram opgesteld (bijlage 1 en 2).

2.3.2 Interview

De deelvragen drie, vier, vijf en zes zijn onderzocht door middel van interviews. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd aan de hand van diepte-interviews. Er is gekozen voor een tweegesprek, omdat de privacy van de (wijk)verpleegkundige dan gewaarborgd blijft en het voor een diepte-interview de meest effectieve methode is (Verhoeven, 2018). Tijdens het benaderen van de (wijk)verpleegkundigen is gevraagd of de onderzochte persoon akkoord gaat met het opnemen van het interview en het publiceren van de informatie. Hiervoor wordt een toestemmingsformulier aangereikt (bijlage 3). De gegevens zijn anoniem verwerkt. Er is gekozen om het interview vorm te geven aan de hand van een fictieve casus over een ondervoede oudere die thuiszorg ontvangt. De toegevoegde waarde van deze fictieve casus is dat alle (wijk)verpleegkundigen hun kennis en ervaring dienen toe te passen op dezelfde praktijksituatie. Hierdoor zijn de gegevens allemaal te herleiden naar dezelfde situatie en is het mogelijk om deze gegevens op een realistische, objectieve manier te vergelijken. Bij kwalitatief onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van een vragenlijst of enquête. Het voordeel van een enquête is de mogelijkheid om de gegevens op basis van dezelfde vragen naast elkaar te leggen en objectief te kunnen vergelijken. Tijdens het onderzoek is van een soortgelijke methode gebruik gemaakt, namelijk een fictieve casus als methode om te kunnen vergelijken. Het verloop van de interviews na het lezen van de casus is semigestructureerd opgezet aan de hand van een topiclijst. Door middel van de topiclijst wordt ervoor gezorgd dat de juiste gegevens worden verkregen. De onderwerpen in de topiclijst geven na beantwoording van de respondent antwoord op de deelvragen. In overleg met de opdrachtgever is een topiclijst (tabel 2) opgesteld (Verhoeven, 2018). Er worden zowel open als gesloten vragen gesteld. Tijdens het diepte-interview is door de onderzoekers objectief op antwoorden gereageerd en doorgevraagd. Objectiviteit is gewaarborgd door standaardisatie: door de topiclijst is de rode draad van elk interview hetzelfde gebleven (Verhoeven, 2018). Om een interview af te nemen die de gewenste gegevens verzamelt, is het belangrijk om te operationaliseren. Er worden begrippen uit het onderwerp omgezet tot meetinstrumenten, in dit geval de gespreksonderwerpen van de interviews. Door te operationaliseren hebben de onderzoekers de juiste informatie uit de diepte-interviews verkregen (Verhoeven, 2018).

Tabel 2. Topiclijst

Ervaringen (wijk)verpleegkundigen	
1	Eerste actie - Wat is de eerste reactie/actie van de (wijk)verpleegkundige na het lezen van de casus?
2	Richtlijn - Zou de (wijk)verpleegkundige een richtlijn ‘ondervoeding’ gebruiken? - Welk meetinstrument zou de (wijk)verpleegkundige gebruiken? - Is die beschikbaar binnen de organisatie?
3	Stappenplan - Als er gescoord wordt op ondervoeding: wat is de vervolgstap? - Welke verpleegkundige interventies zet de (wijk)verpleegkundige zelf in?
4	Documentatie en continuïteit - Hoe wordt het zorgproces gedocumenteerd en gecontinueerd?
5	Multidisciplinair samenwerken - Wordt er multidisciplinair samengewerkt? - Wanneer wordt een huisarts of diëtiste ingeschakeld?

6	Actie bij veranderingen - Worden er acties ondernomen wanneer zich veranderingen bij de cliënt voordoen? Zo ja, welke?
7	Behoeften - Heeft de (wijk)verpleegkundige op basis van de huidige situatie behoefte aan een verandering? Zo ja, welke? Zo niet, waarom niet?
8	Team - Op welke wijze werkt het verpleegkundig team met betrekking tot ondervoeding?

2.4 Data-analysemethode

In deze paragraaf wordt per dataverzamelingsmethode beschreven op welke wijze de gegevens worden geanalyseerd.

2.4.1 Literatuuronderzoek

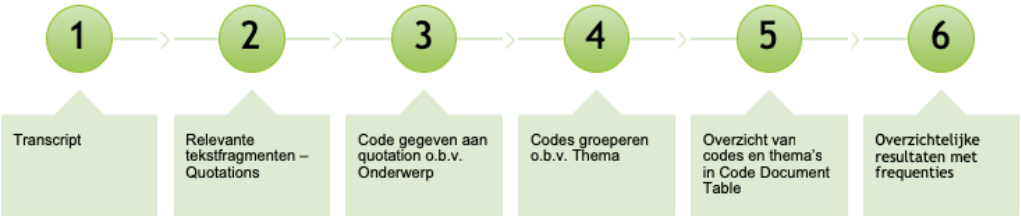
De gevonden artikelen die voldoen aan de inclusiecriteria (§2.3.1) zijn beoordeeld op basis van een matrix, die is opgesteld aan de hand van de beoordelingscriteria van Dassen, Keuning, Jansen en Jansen (2014). Deze matrix brengt structuur aan in het beoordelen en vergelijken van kenmerken, resultaten en kwaliteit van de literatuur. De literatuur is beoordeeld op Auteur(s), Jaartal, Peer-reviewed, Onderzoekspopulatie, Design, Resultaten, Discussie en Level of Evidence. De artikelen met een hoog Level of Evidence zijn gebruikt voor het literatuuronderzoek en daarmee het beantwoorden van de deelvraag één en twee. De literatuur is door beide onderzoekers onafhankelijk beoordeeld op validiteit en bruikbaarheid, waarmee is getoetst of beide onderzoekers dezelfde resultaten verkregen, wat de kwaliteit van het literatuuronderzoek verhoogt (Dassen et al, 2014).

2.4.2 Interview

De informatie verkregen uit de interviews is getranscribeerd, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2016). De onderzoekers kunnen hierdoor de resultaten, verkregen uit de interviews, objectiever analyseren (Willems & van Zwieten, 2004). De data-analysemethode is gerealiseerd aan de hand van de zes stappen van Verhoeven (2018). Tijdens de data-analyse is gebruik gemaakt van het softwareprogramma Atlas.ti, wat het coderen, structureren en organiseren van de gegevens vergemakkelijkt (Verhoeven, 2018). De getranscribeerde gegevens zijn inhoudelijk geordend door te zoeken naar aspecten die voor het onderzoek relevant zijn (Verhoef et al., 2016). De tekst is opgedeeld in relevante tekstfragmenten, die worden geselecteerd als ‘quotations’ (HanzeMediatheek Groningen, 2018). De ‘quotations’ zijn gecodeerd. Daarbij is uitgegaan van de onderwerpen binnen de vraagstelling en deelvragen. Hiervan is een logboek gemaakt, waarin de keuzes en bijbehorende argumenten zijn vastgelegd, wat structuur aanbrengt in de analyse. Er kan daardoor naderhand worden nagegaan waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt (Verhoeven, 2018). De verzamelde ‘quotations’ zijn verdeeld onder de onderwerpen en worden codes genoemd. Het onderverdelen helpt bij het uitvoeren van de analyse en maakt de analyse beter controleerbaar (HanzeMediatheek Groningen, 2018). In de lijst met codes is structuur aangebracht door de codes te groeperen: de codes zijn samengevat in een klein aantal thema’s en voorzien van elk een eigen kleur (bijlage 4). Op deze manier is in de tekst te onderscheiden welke code bij welk thema hoort. Tijdens de revisiefase is nagegaan of de codes bij de juiste thema’s behoren. Het resultaat is een beoordeling van de oorspronkelijke thema’s dat resulteert

in een meer definitieve set thema's (HanzeMediatheek Groningen, 2018). Ten slotte is de gevonden structuur in de gegevens beschreven met behulp van 'Code Document Table', waar de resultaten overzichtelijk in tabellen zijn gepresenteerd. Hierdoor kan worden beschreven hoe vaak een bepaalde ervaring voorkomt en of deze positief of negatief is (HanzeMediatheek Groningen, 2018). De stappen zijn overzichtelijk weergegeven in schema 1.

Schema 1. Zes stappen van Verhoeven



2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit zijn aspecten die ervoor zorgen dat de kwaliteit van het onderzoek wordt verhoogd. Validiteit en betrouwbaarheid zijn de belangrijkste criteria voor de beoordeling van de onderzoekskwaliteit (Verhoeven, 2018).

2.5.1 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen testen, moet het onderzoek herhaalbaar zijn en na herhaling leiden tot dezelfde uitkomsten. In het onderzoek zijn de volgende criteria toegepast om de betrouwbaarheid te verhogen:

- Proefinterview: dit dient als extra controle, omdat ervaren kan worden hoe de geïnterviewde bepaalde vragen interpreteert en beantwoordt. Op deze manier konden de onderzoekers ervaren hoe het is om praktijkonderzoek te doen. Door het proefinterview is geleerd hoe er op bepaalde antwoorden doorgevraagd kon worden. Ook is ervaren door de onderzoekers dat de geïnterviewde anders dan verwacht kan reageren op de casus, waardoor een andere vraagmethode van de onderzoekers wordt vereist om weer op het juiste onderwerp te komen. Deze ervaring is meegenomen in de interviews. De resultaten van dit proefinterview zijn niet meegenomen in het onderzoeksverslag, vanwege de educatieve opzet van dit proefinterview.
- Doordat het interview is opgenomen en getranscribeerd, is voorkomen dat de onderzoekers een eigen interpretatie aan de antwoorden hebben gegeven. De opnames en de letterlijke uitwerking daarvan hebben de mogelijkheid dat de onderzoekers bepaalde uitspraken zijn vergeten of een andere betekenis eraan hebben gegeven, voorkomen. Dit waarborgt de objectiviteit.
- De betrouwbaarheid is vergroot, doordat de onderzoekers rekening hebben gehouden met representativiteit van de steekproef. De populatie binnen het onderzoek is overeenkomstig met de totale populatie (wijk)verpleegkundigen (Verhoeven, 2018).
- Peerfeedback: de opdrachtgever en beoordelaar hebben via de zijlijn met het onderzoek en de verslaglegging meegekeken en feedback gegeven, wat diende ter controle op (spellings)fouten.
- Rapportage en verantwoording. Alle onderzoekshandelingen zijn bijgehouden in een onderzoekslogboek, waarin alle gemaakte keuzes, vorderingen en leermomenten zijn bijgehouden. Daarnaast is er gebruik gemaakt van member checking. Er is regelmatig contact

gelegd met de opdrachtgever om de voortgang te bespreken, keuzes toe te lichten en vragen te beantwoorden. Dit heeft het onderzoeksproces bevorderd.

- De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is verhoogd doordat de onderzoekers elkaars analyse hebben beoordeeld. Hoe meer overeenstemming tussen de onderzoekers over de resultaten, des te hoger de betrouwbaarheid. De onderzoeker dient een onafhankelijke en objectieve houding aan te nemen, zodat eigen belangen de resultaten niet beïnvloeden (Verhoeven, 2018).

2.5.2 Validiteit

Voor het beoordelen van de validiteit wordt gekeken naar de geldigheid van het onderzoek. Het onderzoek is intern valide, omdat de belevingswerelden van de (wijk)verpleegkundigen de basis vormen. Door de daarbij gekozen onderzoeksmethode kunnen de juiste conclusies getrokken worden. Hierbij moet worden voorkomen dat er door de (wijk)verpleegkundigen sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden, omdat dit de echtheid van het onderzoek belemmert. Om de interne validiteit te vergroten, is het analyseproces nauwkeurig omschreven door de interviews te coderen. Door gesprekstechnieken op de juiste manier in te zetten en begrippen te definiëren, is er rekening gehouden met de begripsvaliditeit (Tilburg University, 2019). De externe validiteit is gewaarborgd door ervoor te zorgen dat de conclusies te generaliseren zijn. Er zijn veel verschillende thuiszorgorganisaties betrokken en de doelgroep is veelomvattend. Een steekproef is generaliseerbaar, wanneer de kenmerken van de steekproef overeenkomen met de kenmerken van de gehele populatie. De steekproef is een goede afspiegeling van de gehele populatie, omdat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de (wijk)verpleegkundigen wat betreft leeftijd, geslacht en aantal jaar werkervaring. Doordat het onderzoek extern gevalideerd is, is het onderzoek representatief voor de populatie (Verhoeven, 2018).

2.6 Ethische aspecten

Er wordt rekening te houden met ethische aspecten, omdat er bij het praktijkonderzoek mensen worden betrokken. Er zijn een aantal eisen opgesteld voor het voldoen aan ethisch verantwoord onderzoek:

- Er moet voorkomen worden dat deelnemers van het onderzoek schade ondervinden;
- Deelname moet vrijwillig zijn;
- De deelnemers moeten juist geïnformeerd zijn;
- Privacybescherming (Ritchie, Lewis, McNaughton Nicholls & Ormstron, 2014).

Aan de eis van privacy is voldaan door de data anoniem te analyseren, identificerende informatie van de geïnterviewde is genoemd. Doordat de deelnemers zelf aan konden geven mee te willen doen aan het onderzoek, is aan de eis van vrijwillige deelname voldaan. Voorafgaand aan deelname is de geïnterviewde gevraagd akkoord te gaan met het opnemen van het interview en het anoniem publiceren van data, waarvoor een toestemmingsformulier is ondertekend. Hierdoor is er sprake van informed consent. In de uitnodiging is voorlichting gegeven over het doel en de werkwijze van het onderzoek. De geïnterviewden hebben geen schade ondervonden door deelname aan het onderzoek, doordat de gegevens anoniem zijn verwerkt en er is bijgedragen aan nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ondervoeding (Baarda et al., 2013).

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. Binnen het praktijkonderzoek wordt allereerst een beschrijving van de onderzoekspopulatie gegeven. Informatie vanuit de interviews is weergegeven in verschillende subgroepen, afgeleid uit de deelvragen.

3.1 Literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek zijn verschillende meetinstrumenten naar voren gekomen. In het artikel van Kiesswetter et al. (2014) wordt het meetinstrument Mini Nutritional Assessment (MNA) beoordeeld. De MNA is een screeningsinstrument waarmee ondervoeding vroegtijdig gesignaleerd kan worden. Het is internationaal het meest gebruikte meetinstrument om de voedingstoestand van ouderen ouder dan 65 jaar te evalueren. Er bestaan twee versies van de MNA, De MNA-LF (lange versie) en de MNA-SF (korte versie). Uit het onderzoek blijkt dat de MNA-LF beter in staat is om mortaliteit, het niveau van functioneren en achterliggende oorzaken van problemen te achterhalen. Volgens het onderzoek van Skates en Anthony (2012) is de hoge validiteit de kracht van de MNA. De MNA-LF heeft een uitstekende sensitiviteit (96%) en specificiteit (98%). In 2009 werd de MNA-SF een op zichzelf staand meetinstrument met zes vragen, plus de mogelijkheid om de kuitomtrek te meten als de BMI niet beschikbaar is, omdat dit correleert met sarcopenie. Het invullen van de MNA-SF kost nog geen vijf minuten. Het onderzoek van Philips et al. (2010) toonde meerdere meetinstrumenten, de Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), Malnutrition University Screening Tool (MUST), Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition (Screen I en Screen II), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) en Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ®). Uit de analyse is gebleken dat de SCREEN II en de MNA-SF het hoogste niveau van interne consistentie hebben en daardoor het meest betrouwbaar zijn. De MNA-SF heeft het hoogste percentage als het gaat om sensitiviteit en specificiteit. De MNA-SF en de MUST geven bij de score een specifiek actieplan, zoals voedingsinterventies of het inschakelen van een diëtiste. De MUST is het enige meetinstrument in dit onderzoek dat is getest op aannemelijkheid (gebruiksgemak). De scores hierop varieerden van moeilijk tot gemakkelijk te gebruiken. Het onderzoek van Young et al. (2013) onderzoekt zeven meetinstrumenten op nauwkeurigheid. Voor de thuiszorgsetting wordt de MNA-SF aangeraden. De MNA categoriseert meer cliënt als ondervoed (68%) dan de Subjective Global Assessment (SGA) (47%). In dit onderzoek blijkt juist dat de MNA-SF lager scoort op de specificiteit, wat betekent dat meer cliënten met een goede voedingstoestand onjuist geïdentificeerd kunnen worden. Volgens Cereda (2012) kan dit onnodig hoge kosten met zich meebrengen. De SGA identificeert alleen een risico op ondervoeding, de MNA identificeert ook de diagnose ondervoeding. De MUST en de SNAQ scoren hoog op sensitiviteit. De MUST is complexer in gebruik, wat in de thuiszorgsetting wordt afgeraden (Young et al., 2013). Volgens Wijnhoven et al. (2012) zijn de SCREEN en DETERMINE lastig toe te passen in de thuissituatie, omdat ze een speciale training vereisen en erg uitgebreid zijn. In het onderzoek van Power et al. (2018) komt naar voren dat de DETERMINE het risico op ondervoeding kan overschatten, doordat het oorspronkelijk is ontworpen voor het screenen van een slechte voedingstoestand, zowel voor onder- als overvoeding. De MUST richt zich meer op volwassenen, waardoor het minder geschikt is voor

ouderen, dit is ook bevestigd in het onderzoek van Wijnhoven et al. (2012). In het onderzoek van Power et al. (2018) is gebleken dat individuen met een lagere bovenarmomtrek, slechte eetlust, ongewenst gewichtsverlies en fysieke beperkingen een hoger risico op overlijden lopen, terwijl de BMI niet verschilde ten opzichte van de overlevenden. Het onderzoek van Power et al. (2018) beoordeeld ook de validiteit van een aantal screeningsinstrumenten voor ondervoeding in oudere populaties. In het ziekenhuis is de sensitiviteit van de MNA-SF groter (95-100%) dan in de thuiszorgsetting (81-100%). De SNAQ is ontwikkeld om snel en eenvoudig ondervoeding te kunnen testen. Het meetinstrument wordt aanbevolen door de Nederlandse Stuurgroep Ondervoeding. Echter levert de SNAQ een lage sensitiviteit (31%) op bij thuiswonende ouderen. De SNAQ 65+ is ontwikkeld en gevalideerd specifiek voor thuiswonende ouderen. Echter is er voor dit meetinstrument nog geen criteriumvaliditeit gerapporteerd. De GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index) vereist laboratoriummetingen, waardoor het een ongeschikt instrument is voor thuiswonende ouderen. In dit onderzoek wordt de SCREEN-II met een goede criteriumvaliditeit beoordeeld, wat veelbelovende resultaten voor het screenen op het risico op ondervoeding bij thuiswonende ouderen zijn. Het blijkt het meetinstrument met het hoogste bewijs van validiteit voor het gebruik in de thuissituatie (Power et al., 2018).

Het tweede literatuuronderzoek richtte zich op de interventies bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie. Er wordt allereerst een verklaring gegeven voor het inzetten van bepaalde interventies. Voedingsinname bij ouderen wordt beïnvloed door een aantal factoren. Ouderen zijn gevoeliger voor het hormoon cholecystokinine (CCK), dat het verzadigingsproces bevordert. Ouderen hebben vanwege een verminderde sensorische scherpte een verlaagde speekselrespons en daardoor een droge mond. Functionele problemen, zoals dementie, een slecht gebit of een slecht zicht spelen ook mee in het negatief beïnvloeden van de voedingsinname. Het verlies van geur resulteert in een verminderde interesse voor voedsel-gerelateerde activiteiten, zoals koken (Nieuwenhuizen et al., 2010). Er wordt aangenomen dat ondervoeding kan worden behandeld met interventies die het verrijken van proteïne en energie inname bevorderen. Het onderzoek van De Van Der Schueren et al. (2016) kon niet bevestigen dat voedingsinterventies beoordeeld kunnen worden op effectiviteit als de interventie niet voor 100% wordt nageleefd. Voedingsinterventies krijgen niet optimale aandacht in de dagelijkse patiëntenzorg, waardoor het vaak wordt overgeslagen of niet geheel wordt nageleefd door zorgverlener of cliënt. Een ietwat ouder onderzoek van Nieuwenhuizen et al. (2010) beveelt de combinatie van dieetadvies en drinkvoeding als optimale interventie bij ondervoeding bij ouderen aan. Drinkvoeding is een effectieve manier om ouderen te voorzien van voldoende proteïnen en energie. Het is gebleken dat de totale voedselinname toeneemt bij ouderen die drinkvoeding nuttigen. Vloeibare supplementen verkrijgen de aanbeveling, omdat vloeistoffen de maag sneller ledigen, waardoor er eerder weer voedsel genuttigd kan worden en dit de calorie-inname verhoogt. Ook hoeft vloeibaar voedsel niet gekauwd te worden. Kauwen stimuleert hormoon-afgifte die het verzadigingsgevoel versterken. Het aanbieden van kleine hoeveelheden drinkvoeding verdeeld over meerdere momenten op een dag werkt het meest bevorderend bij ouderen. Daarnaast kan het één en ander in de sfeer de voedingsinname ook bevorderen, zoals het creëren van een huiselijke sfeer, gezamenlijk eten, eten met bekende mensen en het aanmoedigen om te eten. Volgens het onderzoek van Stow et al. (2015) worden voedings-gerelateerde interventies, zoals het meermaals aanbieden van eiwitrijke tussendoortjes, vaker

nageleefd dan het aanbieden van drinkvoeding, waarschijnlijk door een grotere variatie binnen de tussendoortjes. Daarnaast stimuleert gekleurd servies de eetlust en voedselinname. Het gebruik van gekleurd servies vergroot namelijk het contrast tussen voedsel en servies. De lens van het oog verstijfd en wordt geler naarmate de leeftijd toeneemt, wat de mogelijkheid om contrasten in kleur en licht te detecteren vermindert. Patiënten met rood servies hebben een verhoogde orale inname van 12% in vergelijking met patiënten met een wit servies. Patiënten met een cognitieve stoornis aten maar liefst 14% meer van de maaltijd op rood servies ($p<0,05$) (Barne, 2017). In het onderzoek van Beck et al. (2016) wordt een test gedaan met het inzetten van een multidisciplinair team, bestaande uit verpleegkundigen, een fysiotherapeut, diëtiste en ergotherapeut. Het inzetten van dit multidisciplinair voedingsteam heeft een positief effect op de kwaliteit van, gewichtstoename, spierkracht en mondzorg bij ondervoede ouderen. De onderzoekers van de Octabaix studie (Badia et al., 2015) bevestigen dat een cognitieve stoornis, zoals dementie, een sterke associatie heeft met de afname van de voedingsstatus. Het belang van mantelzorg binnen de coördinatie en het voorzien van voeding bij de dementerende oudere wordt duidelijk onderstreept. De onderzoekers van deze studie concluderen dat er een gebrek is aan literatuuronderzoek over de groep thuiswonende ouderen met een slechte voedingstoestand. Parsons et al. (2017) doen onderzoek naar het verschil tussen dieetadvies en voedingssupplementen. Na een onderzoeksperiode van twaalf weken is gebleken dat de kwaliteit van leven en het lichaamsgewicht aanzienlijk is gestegen bij de ouderen die werden behandeld met voedingssupplementen. Het energie- en eiwitniveau en de hoeveelheid micronutriënten waren significant hoger bij de ouderen met voedingssupplementen met een gemiddelde van 351 kcal per dag en 12.2 gram eiwitten per dag extra. Carpenito (2018) geeft nog een aanvulling op de interventies bij ondervoeding. Zo wordt aanbevolen om onaangename geuren en beelden uit de omgeving waarin gegeten wordt te verwijderen. Voorlichting over het belang van voeding en de juiste voedingsstoffen dient gegeven te worden. In overleg met een diëtiste kan een realistische dagelijkse energiebehoefte worden bepaald. In Carpenito (2018) wordt nogmaals bevestigd dat het eten van kleine maaltijden meerdere malen op een dag bevorderend werkt.

3.2 Praktijkonderzoek

De resultaten van het praktijkonderzoek worden weergegeven aan de hand van de onderwerpen uit deelvragen.

3.2.1 Onderzoekspopulatie

In de periode van begin november tot halverwege december 2018 zijn twaalf (wijk)verpleegkundigen geïnterviewd. Alle respondenten zijn geïncludeerd op basis van de eerder beschreven inclusiecriteria. Elf daarvan zijn wijkverpleegkundigen niveau vijf en één respondent is verpleegkundige niveau vier. De (wijk)verpleegkundigen zijn grotendeels werkzaam in Groningen (zeven) en Drenthe (vier). Eén respondent is afkomstig uit Friesland. De deelnemende organisaties zijn: ZINN (twee), Allerzorg (één), Stichting Interzorg (twee), Zorggroep Meander (twee), Buurtzorg (twee), Thuiszorg Comfort (één), Icare (één) en TSN Thuiszorg (één). Alle respondenten zijn vrouwelijk en de doelgroep varieert tussen net afgestudeerd en al jarenlange ervaring.

3.2.2 Signaleren

Zes (wijk)verpleegkundigen noemen dat de casus herkenbaar is en vaak voorkomt in de praktijk. Echter is het vaak lastig om ondervoeding vroegtijdig te signaleren, omdat het niet altijd even zichtbaar is. *"Je bent er korte momenten, dus je kunt niet continu iemand in de gaten houden, je moet eigenlijk uitgaan van wat iemand zegt."* Vooral bij cliënten met overgewicht blijkt het lastig om ondervoeding te signaleren. *"Ondervoeding is niet per sé ondergewicht. Ik vind het zelf dus ook wel lastig om bij mensen die toch redelijk zwaar zijn ondervoeding te signaleren."* Daarnaast geeft een deel van de respondenten aan dat er onvoldoende tijd is om het risico te signaleren en aan te pakken vanwege de vele registraties en administratie. Elf van de twaalf (wijk)verpleegkundigen geeft aan dat losser zittende kleding een duidelijk signaal is dat iemand het risico op ondervoeding loopt. Eén (wijk)verpleegkundige noemt ook te letten op het losser zitten van bijvoorbeeld een trouwring en signalen als sufheid, duizeligheid, val gevaarlijkheid en het wankel ter been zijn. Het controleren van voeding in huis wordt door zeven (wijk)verpleegkundigen genoemd. Hierbij valt te denken aan het vinden van bedorven eten, eenzijdig eten of ongezond eten bij het opentrekken van een keukenkastje of de koelkast. *"Als we bijvoorbeeld merken dat er wel boodschappen worden gedaan, maar dat dat elke dag hetzelfde is. We zien ook wel eens dat producten over datum raken. Dan gaan er natuurlijk alarmbellen rinkelen."* Drie (wijk)verpleegkundigen noemen tijdens een zorgmoment te letten op lichamelijke signalen, zoals vermagering of een ingevallen gezicht. Bij vijf van de twaalf (wijk)verpleegkundigen vallen bepaalde opmerkingen van de cliënt op: "Ik heb niet zoveel nodig", "Ik heb geen trek" en "Ik sla maar een maaltijd over". Eén (wijk)verpleegkundige noemt direct een link te leggen met het risico op ondervoeding bij vergeetachtige cliënten. Aan de andere kant noemen twee (wijk)verpleegkundigen dat adequaatheid van cliënten een positief effect heeft op het vroegtijdig signaleren van (een risico op) ondervoeding. *'Vaak zijn mensen in de thuiszorg nog heel pienter en kunnen heel goed vertellen wat wel en niet zo is. Dus die geven vaak wel aan van 'ik ben flink afgevallen binnen een paar weken.'* Een andere (wijk)verpleegkundige noemt bij eenzaamheid van de cliënt extra te letten op het risico op ondervoeding. *"Er zijn ook mensen van deze leeftijd die prima eten in huis hebben, maar gewoon de gezelligheid missen, die eenzaam zijn."* Twee respondenten noemen ook dat familie het signaal doorgeeft dat de cliënt (te) weinig eet. Vier (wijk)verpleegkundigen geven aan te letten op een dalend gewicht. Daarvoor is het wel noodzakelijk om te weten hoeveel een cliënt weegt vanaf het moment dat de cliënt in zorg is gekomen. Tien van de twaalf (wijk)verpleegkundigen noemt het gewicht na te vragen als signalen worden opgemerkt die duiden op gewichtsafname. Eén (wijk)verpleegkundige vraagt of meet tijdens de intake het gewicht bij de cliënt.

75% van de (wijk)verpleegkundigen ervaart onvoldoende tijd om extra taken, zoals signaleren, uit te voeren naast de geplande interventies. "*Je kunt niet direct observeren of iemand daadwerkelijk heeft gegeten, want daar is simpelweg geen tijd voor."* Een aantal (wijk)verpleegkundigen noemen druk te ervaren tijdens een zorgmoment. *"ADL, steunkousen, medicatie.. en weer door naar de volgende cliënt!"* Ook wordt het als een belemmerende factor ervaren om de situatie rondom voeding in te schatten, wanneer de thuiszorg maar een enkele keer in de week of voor een laagcomplexe handeling langskomt.

Vier van de twaalf (wijk)verpleegkundigen gaan niet op route vanwege de hoge werkdruk en zijn

daardoor afhankelijk van de terugkoppeling van teamleden. Zes van de twaalf (wijk)verpleegkundigen zijn tevreden over deze terugkoppeling. Eén wijkverpleegkundige noemt een verschil in terugkoppeling tussen collega's te ervaren door niveauverschil (verzorgenden, verzorgenden IG en verpleegkundigen) en het aantal jaar werkervaring. Daarnaast noemen twee (wijk)verpleegkundigen over aandachtsvelders te beschikken binnen het team. Dit kan bevorderend werken. *''We hebben hier een aantal aandachtsvelders binnen ons team en je merkt juist dat die personen heel oplettend zijn, die kijken echt wel naar kwaliteit van zorg.''* Eén wijkverpleegkundige ervaart het als een belemmering dat er veel verschillende verpleegkundigen, ook oproepkrachten, op veel verschillende routes ingedeeld staan, waardoor de cliënten, met name PG cliënten, onrustig worden door de vele (onbekende) gezichten. Twee wijkverpleegkundigen geven aan dat er vaak te laat actie wordt ondernomen op signalen. "*Dus we zijn op zich wat dat betreft wel alert, alleen ik denk dat we soms wat laat.. wat eerder aan de bel moeten trekken. Kijk en daar weet ik soms te weinig van.''* Eén wijkverpleegkundige is erg ontevreden over de terugkoppeling van signalen van het team richting haar. "*Kennistekort noem ik dit. Gebrek aan kennis. Inzicht!''*

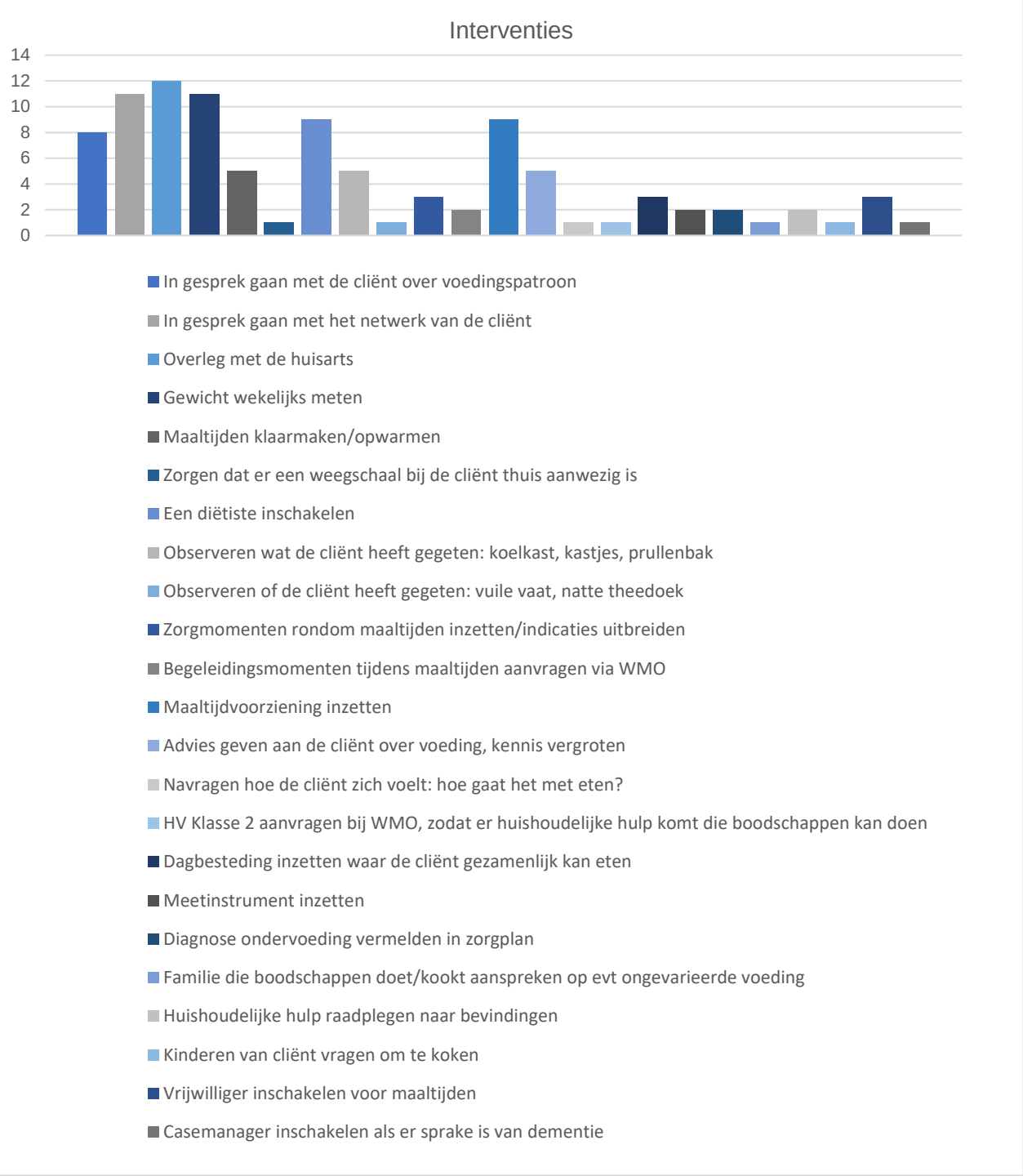
3.2.3 Meetinstrument

Vijfenzeventig procent van de respondenten is bekend met een meetinstrument om ondervoeding vast te stellen. Daarentegen gebruikt ongeveer zeventien procent van de respondenten een meetinstrument. De meest voorkomende reden voor het niet gebruiken van een meetinstrument is het ervaren van drukte en de belasting van administratie. *"Ik word gewoon kriegel van de vele meetinstrumenten." "Het is een heel goed initiatief, maar als mensen denken van 'oh dat moet ik ook nog invullen', ja dat maakt het ook niet heel aantrekkelijk, omdat we het al zo druk hebben."* Ook de aanname dat het invullen van een scorelijst veel werk is, houdt (wijk)verpleegkundigen tegen om een meetinstrument te gebruiken. *"We hebben de ervaring dat in de praktijk geen gebruik wordt gemaakt van scorelijsten."* Daarnaast vertrouwt een aantal op hun klinische blik, dat wil zeggen dat er gelet wordt op uiterlijke kenmerken en fysieke klachten die passen bij gewichtsverlies en ondervoeding, waardoor een meetinstrument overbodig lijkt. Eén wijkverpleegkundige noemt alleen een meetinstrument te gebruiken wanneer er een verhoogd risico op ondervoeding is door een ziektebeeld. Bij één thuiszorgorganisatie is het gebruikelijk dat de diëtiste een meetinstrument inzet. Aan de andere kant noemen twee van de twaalf (wijk)verpleegkundigen de onderbouwing van het klinische beeld richting een huisarts en het standaard afnemen tijdens een intake gesprek als redenen voor het wel gebruiken van een meetinstrument. Een bevorderende factor voor het inzetten van een meetinstrument volgens (wijk)verpleegkundigen is het beschikbaar zijn van een meetinstrument binnen het digitale systeem van de organisatie. Bij vijf van de twaalf organisaties is een meetinstrument beschikbaar binnen het digitale systeem. Bij één wijkverpleegkundige is de risicosignalering, waarin ook het risico op ondervoeding naar voren kwam, afgeschaft vanwege de vele administratie, terwijl bij een andere wijkverpleegkundige, werkzaam bij dezelfde thuiszorgorganisatie, de risicosignalering nog wel beschikbaar is. In alle gevallen kwam de SNAQ of SNAQ 65+ als bekend meetinstrument naar voren. Andere meetinstrumenten, zoals de MUST of de MNA, werden niet genoemd. In drie interviews is het beschikbaar zijn van een meetinstrument binnen de organisatie niet aan bod gekomen. Vier thuiszorgorganisaties hebben geen meetinstrument beschikbaar.

3.2.3 Interveniëren

Vervolgens zijn de interventies ter sprake gekomen. Er is gevraagd welke eerste actie de (wijk)verpleegkundigen zouden inzetten. De helft van de (wijk)verpleegkundigen noemt allereerst in gesprek te gaan met de cliënt over het voedingspatroon. Vier (wijk)verpleegkundigen zouden de cliënt eerst gaan wegen. Eén (wijk)verpleegkundige zou de cliënt als eerst het advies geven om maaltijdvoorziening in te schakelen. Eén (wijk)verpleegkundige zou als eerst de SNAQ-score invullen. De twaalf (wijk)verpleegkundigen zetten diverse interventies in, wanneer er sprake is van (een risico op) ondervoeding. In tabel 3 is systematisch weergegeven welke interventies in welke mate worden ingezet door de (wijk)verpleegkundigen. De interventies in de tabel dienen in verticale volgorde gelezen te worden bij de horizontale bijbehorende kolommen.

Tabel 3. Interventies



Acht van de twaalf (wijk)verpleegkundigen (66,67%) gebruiken geen richtlijn voor het inzetten van deze interventies. De interventies worden gebaseerd op kennis en ervaringen. Eén (wijk)verpleegkundige baseert de interventies op een landelijke richtlijn. Een andere (wijk)verpleegkundige raadpleegt de Vilans protocollen. De andere twee respondenten laten het inzetten van interventies over aan iemand anders of het is onbekend waarop de interventies gebaseerd zijn. Eén derde van de wijkverpleegkundigen neemt aan dat 'er vast ergens een richtlijn moet zijn', maar heeft er nog nooit naar gezocht. *"Soms vind ik het wel echt een web qua zoeken van waar ik wat moet vinden en ik noem mezelf soms een duizendpoot die overal wat van moet weten."* Twee wijkverpleegkundigen noemen dat er geen richtlijn voor ondervoeding bestaat. Eén (wijk)verpleegkundige noemde een gebrek aan tijd te ervaren om nieuwe informatie op te zoeken.

Er bestaat een verschil in handelen wanneer wekelijks wegen als interventie wordt ingezet. Een deel van de (wijk)verpleegkundigen zet dit in na goedkeuring van de huisarts. Vier (wijk)verpleegkundigen geven aan niet eerst contact op te nemen met een huisarts. *'Nee, ik ben echt autonoom daarin'*. Twee (wijk)verpleegkundigen benoemen specifiek zich serieus genomen te voelen door de huisarts. Eén verpleegkundige noemt het idee te hebben soms niet begrepen te worden de huisarts. "*Soms geeft de huisarts mij het idee dat het nog wel even kan wachten."*

Twee (wijk)verpleegkundigen noemen dat het netwerk wordt aangesproken wanneer de maaltijden of de boodschappen veelal eenzijdig zijn. Er wordt daarnaast ook rekening gehouden met overbelasting van de mantelzorger. De (wijk)verpleegkundige kijkt samen met het netwerk naar oplossingen om de belasting te verminderen. Eén (wijk)verpleegkundige noemt dat de maaltijdvoorziening signalen als een grote hoeveelheid overgebleven eten van de cliënt, terugkoppelt aan de wijkverpleegkundige. Dit ervaart zij als een bevorderende factor.

3.2.4 Continuïteit zorgproces

De respondenten is gevraagd op welke wijze zij met betrekking tot ondervoeding de continuïteit waarborgen. Zes respondenten geven aan te rapporteren op het onderwerp 'Ondervoeding/Risico op ondervoeding.' De rapportages komen per onderwerp overzichtelijk onder elkaar te staan. Eén (wijk)verpleegkundige vermeld het contact met de diëtiste in het zorgplan. Het kunnen aanbrengen van prioriteiten binnen onderwerpen in het zorgplan ervaart één wijkverpleegkundige als bevorderende factor. Drie (wijk)verpleegkundigen geven aan dat het rapporteren in hun systeem niet overzichtelijk is. Alle rapportages komen op chronologische volgorde onder elkaar te staan, waardoor de rapportages niet per onderwerp terug te lezen zijn. Bij één thuiszorgorganisatie verdwijnen de rapportages na zeven dagen in de historie, waardoor het lastig is die rapportages terug te lezen.

Door de tekorten in de zorg worden routes steeds vaker opgevuld door oproepkrachten. Een aantal (wijk)verpleegkundigen ervaart dit als belemmerende factor. *"Een uitzendkracht, we zijn heel dankbaar voor ze hoor, maar heeft het wel vaak druk en allemaal nieuw en die ziet alleen 'oh ik moet eten geven en klaar'. Die vergeten het dan te controleren."*

Ook is gevraagd in hoeverre de wijkverpleegkundige taken omtrent ondervoeding aan teamleden uitdeelt. Zes wijkverpleegkundigen werken met Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundigen (EVV'er). De wijkverpleegkundige deelt taken uit aan de EVV'er en verwacht dat de EVV'er zelf met bepaalde signalen aan de slag gaat. De EVV'er is in sommige gevallen ook verantwoordelijk voor het aanpassen

van het zorgplan. Twee wijkverpleegkundigen doen veel van de taken zelf, omdat ze nog onvoldoende vertrouwen in de capaciteiten van het team hebben. Eén wijkverpleegkundige geeft aan bepaalde taken aan een collega te geven, wanneer de collega bekender is bij de cliënt. Bij wijzigingen in het zorgplan wordt dit door twee wijkverpleegkundigen gemeld door middel van een mail of notitie in het digitale systeem aan het team. Eén wijkverpleegkundige gaat er vanuit dat het team de wijzigingen gewoon leest en stuurt alleen een herinnering bij grote veranderingen. Eén thuiszorgorganisatie heeft een rapportage systeem waar ook de dagbesteding in kan rapporteren.

Acht (wijk)verpleegkundigen zouden de situatie na een aantal weken gaan evalueren aan de hand van een herindicatiegesprek. Het tijdsbestek voor het voeren van een evaluatiegesprek verschilt van een maand tot een week. "*Als we er echt niet meer uitkomen, dan moet je het niet over maanden hebben, want je hebt doelen hè, dan ga ik over twee weken weer evalueren hoe het is, je moet iemand niet verder af laten vallen."* Twee (wijk)verpleegkundigen noemen halfjaarlijks tijdens het gebruikelijke evaluatiemoment ook de SNAQ-score af te nemen. Indien vaker, als de (wijk)verpleegkundige het idee heeft dat de cliënt afvalt. Eén (wijk)verpleegkundige noemt het wekelijks wegen ook te zien als een evaluatiemoment. Op basis van het stijgen of dalen van het gewicht kan zij de conclusie trekken of er meer of andere interventies nodig zijn of dat de huidige interventies voldoende werken. Eén (wijk)verpleegkundige noemt dat de cliënten wekelijks in het werkoverleg worden besproken. *"Wij werken gewoon met een goed rapportagesysteem. Of we brengen de cliënt in. We hebben wekelijks teamoverleg, alle cliënten worden wekelijks besproken. En waar voeding zorgelijk is, daar, ja wij zijn een klein team, dus de lijntjes zijn heel kort."*

3.2.5 Multidisciplinair samenwerken

Ondervoeding en het risico er op kan in de meeste gevallen niet alleen worden behandeld door een (wijk)verpleegkundige. Multidisciplinair samenwerken is daarom ook ter sprake gekomen of gebracht tijdens de interviews. Het multidisciplinair samenwerken bestaat voornamelijk uit het contact met de huisarts en al dan niet de diëtiste. Drie wijkverpleegkundigen geven aan eventueel informatie of advies te kunnen verkrijgen van een casemanager dementie, verpleegkundig specialist of een ouderengeneeskundige.

De twaalf (wijk)verpleegkundigen geven allemaal aan de huisarts in te schakelen wanneer het vermoeden ontstaat dat er een risico op ondervoeding bij een cliënt aanwezig is. Het grootste deel van de respondenten licht de huisarts gelijk in. Twee respondenten zouden afwachten met het inschakelen van de huisarts en de situatie eerst zelf proberen op te lossen. Wanneer de cliënt blijft afvallen, is dat voor hen een signaal om de huisarts in te schakelen. Vijf van de twaalf wijkverpleegkundigen geven aan nauw samen te werken met de huisarts. Eén (wijk)verpleegkundige heeft eens in de paar weken standaard een multidisciplinair overleg gepland, waarbij de cliënten besproken worden. Vier (wijk)verpleegkundigen geven aan dat het contact over het algemeen wel goed is, maar dat het erg verschilt per huisarts. *'We hebben te maken met heel veel verschillende huisartsen, verschillende praktijken en ik heb huisartsen met wie ik een heel kort lijntje heb, maar er zijn ook huisartsen waar ze assistenten voorlichten en die je bijna niet spreekt.'* Eén (wijk)verpleegkundigen geeft aan dat de rol van de huisarts bij (een risico op) ondervoeding vooral het zorgen voor een verwijsbrief voor de diëtetiek is.

'De huisarts geeft toch vaak geen voedingsadvies, we hebben de huisarts vooral nodig voor een verwijzing.' Niet alle (wijk)verpleegkundigen zijn tevreden over de rol van de huisarts als er sprake is van (een risico op) ondervoeding. "*Dan benoemt hij 'ik vind het allemaal wel prima, als ze maar gewoon voeding binnenkrijgt.' Dus ja, het is wel een beetje van het wordt wel wat meer bij ons neergelegd dan. Ik vind dat ook bij de huisartsen voeding wel iets meer onder de aandacht mag worden gebracht."*
Sinds de snelle progressie van het digitale tijdperk is het hebben van een zorgmap bij elke cliënt thuis niet overal vanzelfsprekend. Een aantal thuiszorgorganisaties werkt nog wel met een zorgmap, waarin een andere discipline kan rapporteren. Echter maakt niet iedere discipline daar gebruik van. *'De huisarts schrijft niet altijd in onze papieren rapportage, willen ze niet, vergeten ze enzovoort en dan is het heel moeilijk als je niet weet of een huisarts geweest is.'* De wijkverpleegkundige is dan afhankelijk van terugkoppeling via de cliënt of de mail. Bij twee thuiszorgorganisaties kan de huisarts meelezen in het digitale systeem, mits de cliënt daarmee akkoord gaat. Echter zijn hier hoge kosten aan verbonden. Tegenwoordig bestaat er ook een digitaal communicatiesysteem waarin huisartsen binnen een veilige en betrouwbare omgeving kunnen communiceren met wijkverpleegkundigen. *'We hebben hier een systeem met de huisartsen, een communicatiesysteem en dat heet VIPlive en dat is een systeem daar zit ik dan ook in, huisartsen zitten erbij, de praktijkondersteuner van de huisarts. Dus dat is eigenlijk onze veilige manier van communiceren tussen de huisarts zijn praktijk en ons.'* VIPlive werd door nog één andere wijkverpleegkundige genoemd.
Vijf van de twaalf (wijk)verpleegkundigen noemt een goede samenwerking te ervaren met de diëtiste. Vier (wijk)verpleegkundigen hebben een diëtiste beschikbaar binnen de organisatie, die in hetzelfde systeem kan rapporteren. *'We hebben hier een diëtist die ook gewoon vanuit hetzelfde gebouw werkt, dus vanuit daar hebben we best gemakkelijk overleg. Ja, dus die diëtisten kennen we vaak ook persoonlijk.'* Laagdrempelig contact bevordert de samenwerking. De disciplines weten elkaar goed te vinden en dit maakt dat een diëtiste ook vaker wordt ingeschakeld. Van deze vijf (wijk)verpleegkundigen noemt één wijkverpleegkundige dat het contact niet altijd even soepel verloopt. *'Het is altijd zoeken en je hebt altijd wel momenten dat je denkt 'van goh, dat hadden we graag willen weten', want nu lopen we eigenlijk langs elkaar heen.'* Vijf wijkverpleegkundigen geven aan nauwelijks contact te hebben met de diëtiste. *'De regie ligt eigenlijk altijd bij de cliënt zelf, dus op zich koppelt de diëtiste dat terug aan de cliënt, maar de cliënt is wel de regievoerder daarin of ik op de hoogte ben van het contact of niet'*. Bij de organisaties van deze vijf wijkverpleegkundigen is geen diëtiste aangesloten en rapporteert de diëtiste ook niet in hetzelfde systeem. "*Ja, dat vind ik heel lastig, want vaak krijg je wel een terugkoppeling, maar dan is het vaak dat iemand Nutridrink krijgt. Ja, daar moet je het dan mee doen."* De wijkverpleegkundigen krijgen niet altijd een terugkoppeling over het verdere beleid van diëtiste en daarnaast ontbreekt de tijd om te monitoren wat de diëtiste doet. "*Dus ik verbaas me er soms dan ook wel eens over.. dat er heel vaak op die Nutridrink wordt afgegaan en dat gaat dan, voor mijn gevoel, oneindig door of zo. Het is dan ook niet meer dat de diëtiste dan op den duur evalueert. Nee, de diëtiste schrijft het dan voor en daar blijft het dan ook bij."* Eén (wijk)verpleegkundige noemt dat de diëtiste specifieke voedingsschema's schrijft voor de cliënten en dat Nutridrink alleen wordt voorgeschreven als het echt niet anders kan. Drie van deze vijf wijkverpleegkundigen ervaren het als belemmering wanneer er geen diëtiste bij de organisatie aangesloten is. Tot slot geven twee wijkverpleegkundigen aan een

diëtiste eigenlijk nooit in te schakelen. *'Dat komt misschien ook wel omdat je soms toch misschien zoiets hebt van ja, je probeert eerst zelf een oplossing gewoon te bedenken, omdat het er vaak toch wel aan ligt, dat ze zelf gewoon iets meer moeten eten.'* Een andere reden is dat de wijkverpleegkundige voldoende middelen en interventies kan inzetten, waardoor een verwijzing naar een diëtiste niet als nodig wordt geacht. *'Eigenlijk merk ik dat ondervoeding kun je voorblijven bij PG cliënten. Ik denk dat als je maaltijdondersteuning inzet en weegt en je ziet een stabiel gewicht en je overlegt dan met een huisarts is het meestal voldoende en anders zegt een huisarts nog 'doe maar Nutridrink' ofzo.'* Vier van de twaalf (wijk)verpleegkundigen geven aan geen verwijzing nodig te zijn van een huisarts voor het inschakelen van een diëtiste. Het overgrote deel geeft aan dat een verwijzing wel nodig is. *'Het moet wel via de huisarts, omdat een verwijzing volgens de zorgverzekering verplicht is.'* Volgens de rijksoverheid (z.d. a) is een verwijsbrief van de huisarts niet altijd nodig voor een diëtiste, behalve als de zorgverzekeraar dit uitdrukkelijk aangeeft in de polis. Daarnaast hangt het af van de zorgverzekeraar en de eventuele aanvullende verzekering of de zorg (volledig) vergoed wordt. Ook hangt de hoogte van de vergoeding af van de medische diagnose.

3.2.6 Kennis

De cliënt beschikt soms niet over de juiste kennis van gezonde voeding. Een aantal (wijk)verpleegkundigen geeft aan dat het belemmerend kan werken, wanneer de cliënt het belang van gevarieerde en gezonde voeding niet inziet. Vijf (wijk)verpleegkundigen geven aan dat ze vaak zien dat de cliënten zelf niet weten wat belangrijk is aan voeding. "*Dat heb je natuurlijk ook met mensen, die hebben bepaalde gewoontes, soms weten ze ook bepaalde dingen niet en dat is ook wel.. hè dat de kennis vergroot wordt van de cliënten is ook wel goed."* De cliënt is zelf verantwoordelijk voor het naleven van de interventies. "*Soms is een Nutridrink als aanvulling heel fijn, maar als een cliënt daarin niet wil meewerken, ja dan houdt het op. Je kunt iemand niet dwingen. Als iemand het belang er niet van inziet, dat is ook heel frustrerend."*

Zeven van de twaalf wijkverpleegkundigen geven aan over onvoldoende kennis van ondervoeding te beschikken en hierover wel meer te willen weten over ondervoeding. Specifiek hoe ondervoeding eerder te signaleren is en wat de juiste interventies zijn, omdat dit in de opleiding nauwelijks naar voren is gekomen. Een aantal wijkverpleegkundigen is alleen op de hoogte van de basiskennis.. "*Ik denk echt dat het signaleren best wel lastig is en in de opleiding vind ik het te weinig aan bod gekomen. Ik heb het vooral vanuit de praktijk moeten halen."* Eén wijkverpleegkundige geeft aan wel meer kennis te willen vergaren over voeding in combinatie met een bepaald ziektebeeld. *"Nou, ik zou best wel wat meer kennis willen hebben over diabetes en voeding."* Drie (wijk)verpleegkundigen geven aan voldoende op de hoogte te zijn van de signalen van ondervoeding. Eén (wijk)verpleegkundige noemt: *''Als iemand de hele dag zit, dan heb je ook niet zoveel nodig, maar dan moet je wel het juiste eten.''*

Vijf van de twaalf (wijk)verpleegkundigen is twijfelachtig over het kennisniveau van het team. "*Lastige vraag, ik denk dat er soms nog wel wat kennis ontbreekt."* Een reden daarvan is het niet samen met elkaar werken. *"Je bent apart van elkaar op route, dus dan is het lastig te merken."* Een andere wijkverpleegkundige noemt een verschil op te merken in opleidingsniveau en aantal jaar werkervaring.

Zorgverleners met veel werkervaring weten vaak beter zo'n situatie aan te pakken, noemt ze. Eén wijkverpleegkundige is absoluut niet tevreden over het kennisniveau van haar team en kan niet vertrouwen op de kennis en de daardoor gemaakte observaties en beslissingen van haar team. Twee (wijk)verpleegkundigen zijn wel tevreden over het kennisniveau van het team. "*Ik denk dat wij allemaal wel op één lijn zitten. Wij zijn allemaal als team wel alert, dat wij kennis hebben van de signalen, wij zijn daar wel scherp in."* Bij vijf (wijk)verpleegkundigen in de kennis van het team niet ter sprake gekomen.

3.2.7 Aandacht voor voeding

Met de (wijk)verpleegkundigen is gesproken over de mate van aandacht die er voor voeding en ondervoeding in de thuiszorg is. Drie (wijk)verpleegkundigen noemden (onder)voeding een 'ondergeschoven kindje' binnen de thuiszorg. *"Het wordt wel vaak vergeten, omdat cliënten het soms heel goed weten te verbloemen. 'Oh, ik heb al gegeten', dan staat er een vies bordje, maar ondertussen hebben ze het in de prullenbak gegooid."* Het gebrek aan tijd is een duidelijke reden die meermaals wordt genoemd. *"Iemand heeft al gegeten, het zal wel.. volgende!"* of *"Je neemt het heel snel voor lief, eten dat doet iedereen, dat je veel te snel denkt van ach, dat zal wel'."* Zeven (wijk)verpleegkundigen vinden dat er meer aandacht voor (onder)voeding mag komen. Vooral de signalen van ondervoeding zijn in het beginstadium lastig op te merken. *"Je bent heel erg gericht op duidelijke signalen en bij voeding sluimert dat er vaak een beetje bij in. Ik denk dat er preventief best nog wat te halen valt."* Eén (wijk)verpleegkundige noemt wel meer te willen bereiken op het gebied van voeding, maar daarin soms vast te lopen. *"Je bent afhankelijk van de cliënt, heel veel cliënten hebben ook niet meer de motivatie om hun leefstijl om te gooien."* Drie (wijk)verpleegkundigen zijn er van overtuigd dat er binnen hun team voldoende aandacht voor (onder)voeding bestaat. Eén wijkverpleegkundige heeft samen in een multidisciplinair team een zorgpad met een sociale kaart ontwikkelt voor haar regio. Dit zorgpad wordt begin volgend jaar geïmplementeerd.

3.2.8 Behoeften

Vier van de twaalf (wijk)verpleegkundigen geeft aan behoefte te hebben aan een eenduidige richtlijn. ''*Ja dat mis ik hier soms ook wel hoor, een protocol zo van wat doe je bij wat. Soms ga ik ook wel eens met collega's er over sparren van wat is nu wijsheid om te doen?''* Eén wijkverpleegkundige geeft aan het prettig te vinden als er een richtlijn zou komen voor de kwetsbare groepen, zoals dementerenden. Vijfenzeventig procent van de (wijk)verpleegkundigen geeft aan behoefte te hebben aan kennis verbreding in de vorm van een congres, symposium of een klinische les. *'Het moet onder de aandacht blijven, want ik denk anders dan gaat iedereen het op de automatische piloot doen en al helemaal in de hectiek die we nu in zorgland meemaken'.* Eén wijkverpleegkundige geeft aan dat alleen een scholing niet afdoende is. *''Het is ook gewoon herhalen en blijven herhalen en dingen terug laten komen. Maar dan zou je al meer moeten kijken op preventieve richtlijnen. Hoe ga je zorgen dat je dat preventief al aankaart of observeert? Dat is denk ik een beetje waar je het meeste tegenaan loopt.''* Ook binnen de teams is kennisverbreding nodig, aldus één wijkverpleegkundige. *'Ja ik vind nog wel dat de kennis iets beter kan binnen de teams. Dat we daar nog een beetje op moeten aansturen en misschien nog wat meer informatie moeten verschaffen.'*

Het indiceren van tijd voor ondersteuning bij een maaltijd is voor 90% van de wijkverpleegkundigen een dilemma. Officieel valt het klaarmaken van of ondersteunen bij een maaltijd onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Echter ervaren de wijkverpleegkundigen moeite met deze samenwerking, omdat de gemeente de aanvraag vaak afwijst en deze doorschuift naar de zorgverzekeraar. In 2015 is vastgesteld dat de gemeente verantwoordelijk is voor de ondersteuning thuis, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding (Rijksoverheid, z.d. b). Maar in de praktijk blijkt dat het erg lastig is om een indicatie voor maaltijdondersteuning aan te vragen via de WMO. *'Het kost heel veel moeite om de WMO duidelijk te maken dat het echt wel nodig is, want heel gauw zeggen ze 'kan deze cliënt nog wel thuis wonen?' Die willen al heel gauw naar de WLZ en dat ze opgenomen gaan worden. Ja, dan denk ik wat wil iedereen nou? Moet iemand opgenomen worden of langer thuisblijven?'.* Zes (wijk)verpleegkundigen beamen dit. *''De WMO zegt 'nee jullie komen er al, dus er zijn lichamelijke problemen, dus zet het daar maar op' en de zorgverzekeraar zegt 'maar nee, dat kan niet'.''* De zorgverzekeraar heeft een grondige medische reden nodig, bijvoorbeeld de diagnose slikproblematiek, voor het uitkeren van een vergoeding. Er bestaat nog een grijs gebied voor cliënten met dementie. *''Als je dus mensen hebt met geheugenproblematiek, dan heb je wel een verhoogd risico op ondervoeding, dus ik vind zelf dat ik het daar wel op zou kunnen indiceren, maar daar is de zorgverzekeraar het niet altijd mee eens. Dat is een beetje een grijs gebied. De een zegt van wel, de ander zegt van niet.''* Daarnaast verschilt het per provincie of een WMO vergoeding wordt afgegeven of niet. *'De gemeente Assen zegt gewoon 'nee, doen we niet'.'* Eén (wijk)verpleegkundige werkzaam in de gemeente De Marne geeft aan dat het inmiddels een stuk makkelijker gaat om de WMO in te schakelen, maar dat dat niet vanzelf is gegaan: *'daar heb ik een hele strijd voor geleverd.'* Dezelfde wijkverpleegkundige geeft aan inmiddels een goede samenwerking te ervaren met de gemeente. *''Wanneer mensen structureel hulp nodig hebben bij het bereiden van de maaltijden of bij het eten, dan heb ik de samenwerking opgezocht vanuit de WMO met een andere organisatie en die hebben bij ons een maaltijdroute.''* Daarnaast geven sommige gemeenten aan dat de mantelzorger ook de maaltijdondersteuning kan verrichten. *'Maarja goed we weten allemaal dat alle mantelzorgers ook een leven hebben en werken, dus die proberen wel hun best daarin te doen, maar die kunnen ook niet 24 uur per dag in de gaten houden wat er wel of niet naar binnen gaat.'* De wijkverpleegkundigen hebben behoefte aan eenduidigheid en duidelijke regels omtrent de vergoeding voor de maaltijdondersteuning.

Twee (wijk)verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan een aanpassing in het systeem. *'Het zou het makkelijkste zijn als je een soort van takenlijst hebt, waarin heel duidelijk in staat van nou dit hebben we nodig, dit zijn we nu aan het doen, dat je zeg maar die stappen onder elkaar ziet.'*

Tot slot geeft één (wijk)verpleegkundige aan geen behoefte te hebben aan extra tools met betrekking tot het onderwerp (onder)voeding. *'Ik heb zoveel ervaring, daar red ik me wel mee en anders ga ik wel zoeken hoor, als ik het niet kan.'*

Hoofdstuk 4 Discussie

Het doel van het onderzoek is om de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen met betrekking tot hun verpleegkundige rol omtrent het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie in kaart te brengen. De resultaten omtrent het signaleren van ondervoeding geven weer dat het vaak lastig is om ondervoeding vroegtijdig te signaleren, waardoor vaak te laat actie wordt ondernomen. Een belemmerende factor voor het signaleren van ondervoeding is het ervaren van onvoldoende tijd (n=9). Maar liefst tien wijkverpleegkundigen gebruiken geen meetinstrument in de praktijk, vanwege het ervaren van drukte, de belasting van administratie en de aanname dat het veel werk is. Drie (wijk)verpleegkundigen hebben nog nooit van een meetinstrument voor ondervoeding gehoord. De meest voorkomende verpleegkundige interventies bij ondervoeding zijn overleggen met de huisarts (n=12), wekelijks wegen (n=11) en in gesprek gaan met het netwerk van de cliënt (n=11). 66,7% van de (wijk)verpleegkundigen (n=8) baseert de interventies niet op een richtlijn. Eén derde geeft aan dat er 'vast ergens een richtlijn moet zijn', maar heeft hier nog nooit naar gezocht. Twee (wijk)verpleegkundigen noemen dat er geen richtlijn voor ondervoeding bestaat.

Continuïteit van zorg kan belemmerd worden door een grote diversiteit aan zorgverleners op verschillende routes, waardoor bepaalde signalen onopgemerkt blijven. Hierin spelen de tekorten in de zorg een rol. Niet alle (wijk)verpleegkundigen zijn tevreden over de rol van de huisarts als er sprake is van (een risico op) ondervoeding, omdat er volgens hen vaak sprake is van een kennis- en aandachttekort onder huisartsen. Vijf (wijk)verpleegkundigen geven aan nauwelijks contact te hebben met een diëtiste en twee (wijk)verpleegkundigen hebben nog nooit een diëtiste ingeschakeld.

58% van de (wijk)verpleegkundigen (n=7) geeft aan over onvoldoende kennis van ondervoeding te beschikken. Zes (wijk)verpleegkundigen zijn twijfelachtig over het kennisniveau van hun teams.

Tien (wijk)verpleegkundigen vinden dat er meer aandacht voor (onder)voeding in de thuiszorg mag komen. Het gebrek aan tijd en het lastig opmerken van de eerste signalen fungeren als belangrijkste redenen van het aandachttekort van ondervoeding in de thuiszorg.

Er is behoefte aan kennisvergroting onder de (wijk)verpleegkundigen door middel van een scholing of symposium en een duidelijke richtlijn voor het signaleren en behandelen van ondervoeding. Wijkverpleegkundigen hebben eenduidigheid nodig over het indiceren van tijd voor ondersteuning en begeleiding bij voeding.

In dit onderzoek zijn een aantal tegenstrijdige en onverwachte resultaten naar voren gekomen. Een eerste tegenstrijdigheid is opgemerkt binnen het signaleren van ondervoeding. (Wijk)Verpleegkundigen geven aan dat het lastig is om vroegtijdig het risico op ondervoeding te signaleren en zouden hier graag meer kennis over willen verkrijgen. Echter gaat een groot deel van de (wijk)verpleegkundigen wel af op haar klinische blik en uiterlijke signalen van de cliënt bij het vaststellen van ondervoeding in plaats van een meetinstrument of scorelijst te gebruiken. De (wijk)verpleegkundigen geven aan dat het invullen van een meetinstrument voor extra administratie zorgt en gaan er vanuit dat dit veel tijd kost. Echter, volgens Wijnhoven et al. (2012) bestaat de SNAQ 65+ uit snelle en gemakkelijk toe te passen criteria, zonder gegevens te hoeven berekenen of dure middelen aan te schaffen. Opmerkelijk is dat alle negen (wijk)verpleegkundigen die bekend zijn met een meetinstrument, alleen de SNAQ score noemen. Terwijl in Nederland de SCREEN, MUST, PG-SGA en MNA ook bekende meetinstrumenten zijn. Wel blijkt uit

de literatuur dat de SNAQ 65+ een specifiek meetinstrument is voor de thuiszorg (Diëtetiek en voedingswetenschappen VUmc, 2016).

Uit de interventies blijkt, dat de (wijk)verpleegkundige vaker in gesprek zou gaan met het netwerk van de cliënt (familie, buren, huishoudelijke hulp) in plaats van in gesprek te gaan met de cliënt. Dit valt waarschijnlijk te verklaren, doordat het netwerk van de cliënt in sommige gevallen betrouwbaarder is in hun informatie dan de cliënt zelf. Familie, kennissen of verzorgenden zien vaak eerder tekenen van ondervoeding dan een cliënt zelf. Ouderen zelf zijn zich nog onvoldoende bewust van het probleem van ondervoeding. “Ondervoed, dat waren we in de oorlog” (De Van Der Schueren, 2018). Maar, mag een huishoudelijke hulp informatie delen met een wijkverpleegkundige gezien de privacywet? Er bestaan geen duidelijke richtlijn voor zover de onderzoekers konden vinden over het reglement rondom informatieverschaffing van de huishoudelijke hulp aan zorgverlenende instanties. Voor het geven van een conclusie dient hier verder onderzoek naar gedaan te worden. Hetzelfde geldt voor de maaltijdvoorziening. Eén wijkverpleegkundige noemde af en toe informatie te ontvangen van de maaltijdvoorziening.

Opmerkelijk is dat er tegenstrijdige antwoorden bestaan in het vragen van toestemming aan de huisarts om wekelijks wegen als interventie in te zetten. Volgens de Stuurgroep Ondervoeding neemt de huisarts, de verpleegkundige of de diëtiste het besluit om een cliënt regelmatig te wegen. De verpleegkundige hoeft hiervoor dus geen toestemming van de huisarts te ontvangen. Maar, ondanks dat dit niet verplicht is, is het een bevorderende factor voor de continuïteit van het zorgproces als de huisarts wordt meegenomen in deze beslissing (Stuurgroep Ondervoeding, 2015).

Elf (wijk)verpleegkundigen geven aan de interventie wegen in te zetten op het moment dat de signalen van (het risico op) ondervoeding opvallen. Echter heeft maar één wijkverpleegkundige een beginwaarde, omdat deze wijkverpleegkundige het gewicht meet bij het intake gesprek. Het is opvallend dat de andere (wijk)verpleegkundigen geen beginwaarde hebben en het gewicht dus niet kunnen vergelijken met eerdere metingen. Daardoor kunnen de (wijk)verpleegkundigen niet op basis van gewicht aantonen dat iemand is afgevallen.

Er is een grote verscheidenheid over het al dan niet inschakelen van een diëtiste door middel van een verwijzing van de huisarts onder de (wijk)verpleegkundigen. Eén derde van de (wijk)verpleegkundigen (n=4) geeft aan een verwijzing nodig te hebben van de huisarts voor het inschakelen van een diëtiste. Volgens de rijksoverheid (z.d.) is een verwijsbrief van de huisarts niet altijd nodig voor een diëtiste, behalve als de zorgverzekeraar dit uitdrukkelijk aangeeft in de polis. Daarnaast hangt het af van de zorgverzekeraar en de eventuele aanvullende verzekering of de zorg (volledig) vergoed wordt. Ook hangt de hoogte van de vergoeding af van de medische diagnose van de cliënt. Twee (wijk)verpleegkundigen noemen geen contact te hebben met de diëtiste. Volgens hen ligt de regie volledig bij de cliënt en is de (wijk)verpleegkundige afhankelijk van de informatie van de cliënt. Voor een multidisciplinaire samenwerking en continuïteit van zorg is dit een belemmering. Opvallend is dat deze (wijk)verpleegkundigen dit niet als belemmering ervaren.

Vijf zesde van de (wijk)verpleegkundigen geven aan dat het indiceren van tijd voor maaltijdondersteuning “een drama” is als het gaat om het verkrijgen van een indicatie van de gemeente of zorgverzekeraar. Officieel valt het klaarmaken van of ondersteunen bij een maaltijd onder de Wet

Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) (Rijksoverheid, z.d.), maar de gemeente wijst deze aanvraag vaak af en schuift deze door naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft daarentegen ook niet gemakkelijk een indicatie af voor maaltijdondersteuning, omdat de zorgverzekeraar een medische diagnose eist voor het toekennen van de indicatie, zoals slikproblematiek, de ondersteuning valt immers onder de WMO. In een soortgelijk onderzoek van het Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap en de beroepsverenigingen V&VN en Voor de Wijk onder 700 wijkverpleegkundigen blijkt dat tweederde van de verpleegkundigen problemen ondervindt bij de aanvraag van maaltijdondersteuning doordat instanties geregeld naar elkaar doorverwijzen (Zorg voor Beter, 2018). De (wijk)verpleegkundigen worden van het kastje naar de muur gestuurd en weten niet goed waar aan te kloppen voor een indicatie. Merkwaardig is dat het per gemeente verschilt of de samenwerking soepel of stroef verloopt.
Een andere tegenstrijdigheid is dat maar drie (wijk)verpleegkundigen aangeven over voldoende kennis te beschikken omtrent voeding, terwijl vijf (wijk)verpleegkundigen de interventie kennisvergroting bij de cliënt inzet. De vraag is dan of de (wijk)verpleegkundige de cliënt voldoende advies kan geven op basis van de kennis die zij van voeding heeft.
Tot slot geven drie (wijk)verpleegkundigen aan nooit echt naar een richtlijn gezocht te hebben en geven acht (wijk)verpleegkundigen aan geen richtlijn te raadplegen voor het inzetten van een interventie. Toch heeft 25% van de (wijk)verpleegkundigen behoefte aan een duidelijke richtlijn. Ondanks dat de Stuurgroep Ondervoeding in 2017 een landelijke richtlijn heeft opgesteld voor het herkennen, diagnosticeren en behandelen van ondervoeding bij volwassenen, is deze richtlijn nog niet geraadpleegd door de geïnterviewde (wijk)verpleegkundigen (Kruizenga et al., 2017).

Tijdens de onderzoeksperiode zijn er een aantal beperkingen aan het licht gekomen. De respondenten werkzaam als verpleegkundige niveau vier of vijf zijn geïncludeerd in het onderzoek. Echter is het grootste deel van de respondenten (n=11) verpleegkundige niveau vijf. Het is gebleken dat er een behoorlijk verschil zit in de taken rondom het signaleren, diagnosticeren en interveniëren bij ondervoeding tussen een wijkverpleegkundige niveau vijf en verpleegkundige niveau vier. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de resultaten, omdat de gegevens van de niveau vier verpleegkundige bij een aantal subonderwerpen niet bruikbaar waren. Het betreft gegevens over het gebruik van een richtlijn, het multidisciplinair samenwerken en de wijze van werken van het team met betrekking tot ondervoeding. Meermaals was het aangeven bij de wijkverpleegkundige het antwoord en er is niet te achterhalen wat de wijkverpleegkundige daar vervolgens mee doet. De kans bestaat dat de verpleegkundige minder objectief over het eigen team is dan een wijkverpleegkundige die het team aanstuurt.
Het onderzoek kan beïnvloedt zijn door het testeffect. De mogelijkheid bestaat dat de respondenten anders reageerden op de gestelde vragen, omdat zij zich ervan bewust waren mee te doen aan een onderzoek. Het kan zijn dat de respondenten hierdoor andere antwoorden hebben gegeven om hun thuiszorgorganisatie beter naar voren te laten komen. Beïnvloeding van het onderzoek is beperkt doordat respondenten van tevoren niet wisten welke vragen er gesteld zouden worden en welke subonderwerpen er naar voren zouden komen. Respondenten konden zich dus niet voorbereiden op het interview, wat de mogelijkheid tot het geven van verpleegkundig correcte antwoorden op basis van relevante kennis beperkt. Het risico op sociale wenselijkheid is beperkt door ervoor te zorgen dat de

anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd. Hierdoor durven de respondenten zich mogelijk eerlijker en opener te uiten.
Een sterk punt van het onderzoek is dat de onderzoekspopulatie uit een grote diversiteit bestaat. Er is een verschil tussen de respondenten in het aantal jaar werkervaring, het al dan niet hebben van een specialisatie en de regio waarin de (wijk)verpleegkundige werkzaam is. Hierdoor zijn de resultaten representatief voor de totale populatie wijkverpleegkundigen en te generaliseren naar andere thuiszorgorganisaties.
Voor de onderzoekers is de dataverzameling een leerproces geweest, wat mogelijk invloed heeft op de kwaliteit van de interviews. In het eerste interview zijn niet alle subonderwerpen even goed aan het licht gekomen, doordat niet altijd overal op is doorgevraagd en bepaalde vragen niet zijn gesteld, die in de andere interviews wel zijn gesteld. De antwoorden op deze onderwerpen zijn dus beperkter dan bij de volgende interviews. Hierdoor kunnen de totale resultaten zijn beïnvloedt, omdat de aanname gemaakt kan worden dat in het eerste interview de (wijk)verpleegkundige bepaalde taken niet uitvoert, terwijl hier niet naar is gevraagd.
Bij het werven van respondenten zijn de onderzoekers afhankelijk geweest van opdrachtgever en de managers van de thuiszorgorganisaties voor het doorsturen van de uitnodigingen voor deelname. De mogelijkheid bestaat dat de manager een keuze zou hebben gemaakt in het specifiek wel of niet doorsturen van de uitnodiging naar bepaalde wijkverpleegkundigen, wat de subjectiviteit van het onderzoek verhoogd.

Het onderzoek is maatschappelijk relevant gezien de toenemende aandacht voor ondervoeding onder ouderen. Dit wordt duidelijk door de meerdere recente onderzoeken binnen de Nederlandse maatschappij over ondervoeding bij ouderen. De oudere mens dient tegenwoordig steeds langer thuis te blijven wonen vanwege de bezuinigingen in de Wlz-sector. Hierdoor is er toenemend behoefte aan thuiszorg, want naast dat er steeds meer ouderen langer thuis blijven wonen, wordt de mens ook steeds ouder. Ouder worden gaat niet zonder de nodige gebreken. Hoe ouder de mens wordt, hoe meer aandoeningen ontstaan die aandacht behoeven. Ouder worden gaat ook gepaard met fysieke beperkingen en een verminderde eetlust, waardoor gezamenlijk met eventuele aandoeningen sarcopenie en cachexie als gevolg ontstaan. De noodzaak van voldoende voedingsstoffen bij sarcopenie en cachexie is hoog, waardoor een goed voedingspatroon voor de oudere erg belangrijk is. Het tijdig signaleren van een ontoereikend voedingspatroon is dus relevant voor de gezondheidstoestand van de oudere en daarmee de gehele maatschappij. Het voorblijven van ondervoeding scheelt de maatschappij onnodig hoge kost binnen de gezondheidszorg. Door middel van dit onderzoek is duidelijk geworden waar de knelpunten liggen in de zorg rondom voeding, waardoor de gehele thuiszorgsector weet waar verbetering noodzakelijk is.

Hoofdstuk 5 Conclusie

Naar aanleiding van de bevindingen in dit onderzoek kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Zo is gebleken dat (wijk)verpleegkundigen het vroegtijdig signaleren van (het risico op) ondervoeding veelal lastig vinden. Zij ervaren dat de eerste signalen van ondervoeding moeilijk op te merken zijn en wanneer ondervoeding in een verder gevorderd stadium op te merken is, ze pas actie ondernemen. De (wijk)verpleegkundigen ervaren dus dat zij vaak te laat interventies inzetten en er preventief meer gedaan moet worden om ondervoeding te voorkomen. Uit het literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat er verschillende gevalideerde meetinstrumenten voor het vaststellen van (het risico op) ondervoeding bestaan. De ervaringen met het diagnosticeren van ondervoeding zijn divers, veelal vertrouwen de (wijk)verpleegkundigen op hun klinische blik. Meetinstrumenten worden daarom in de praktijk nauwelijks toegepast. Ook vanwege het ervaren van een hoge werkdruk en de aanname dat het gebruiken van een meetinstrument veel administratieve taken met zich meebrengt en veel tijd kost. Wanneer (het risico op) ondervoeding eenmaal gesignaleerd is, zetten de (wijk)verpleegkundigen, veelal op basis van eigen kennis en ervaringen, interventies in om ondervoeding te behandelen. De (wijk)verpleegkundigen zijn er van op de hoogte welke interventies ingezet kunnen worden en ervaren bij het opstellen hiervan geen moeilijkheden. Een groot deel van de (wijk)verpleegkundigen ervaart een tekort aan tijd voor het zoeken naar informatie uit een richtlijn. De interventies van de (wijk)verpleegkundigen komen wel grotendeels overeen met de interventies uit de literatuur. Er is sprake van zeer diverse ervaringen van (wijk)verpleegkundigen omtrent het multidisciplinair samenwerken, waardoor er geen eenduidige conclusie getrokken kan worden over de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen op dit gebied. Wel wordt het als bevorderend ervaren, wanneer de samenwerking tussen huisarts en diëtiste gemakkelijk verloopt. Een groot deel van de (wijk)verpleegkundigen ervaart een kennistekort met betrekking tot ondervoeding. Ook ervaren zij belemmeringen bij het indiceren van tijd voor maaltijdondersteuning. De (wijk)verpleegkundigen ervaren een gebrek aan tijd om (onder)voeding voldoende aandacht te geven en volgens hen mag er meer aandacht voor (onder)voeding komen. (Wijk)Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan meer kennis, een eenduidige richtlijn en duidelijkheid over de indicatie van maaltijdondersteuning. Dus kan geconcludeerd worden dat de (wijk)verpleegkundige wel degelijk een belangrijke rol ervaart in de zorg rondom ondervoeding, maar deze rol niet altijd optimaal kan vervullen.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Een aantal resultaten uit dit onderzoek nodigen uit tot verbetering. Daarom zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd. Voor de meeste (wijk)verpleegkundige schort het aan diepgaande kennis op het gebied van voeding. Een aanbeveling voor Verpleegkundige Topzorg is het verschaffen van scholingen of symposia voor de (wijk)verpleegkundigen over ondervoeding. Hierdoor kan de kennis van de (wijk)verpleegkundigen worden vergroot. Om de kennis op het gebied van ondervoeding in de beroepspraktijk op peil te houden, is het raadzaam om binnen de eigen wijkteams ervoor te zorgen dat zij informatie kunnen opvragen. Mogelijk is het inzetten van aandachtsvelders op dit gebied een optie, ook om de kwaliteit van zorg rondom ondervoeding te verbeteren. Voor de wijkverpleegkundigen in de praktijk is het gebruik van een snel en eenvoudig meetinstrument voor ondervoeding, zoals de MNA of de SNAQ 65+, een aanbeveling om ondervoeding preventief te kunnen signaleren en behandelen. De (wijk)verpleegkundigen binnen dit onderzoek geven aan behoefte te hebben aan een duidelijke richtlijn. Een aanbeveling die daaruit volgt aan de (wijk)verpleegkundigen is het raadplegen van de huidige richtlijn van de Stuurgroep Ondervoeding: *Richtlijn ondervoeding. Herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen*. Een aanbeveling richting de Stuurgroep Ondervoeding is het wellicht samenvatten van deze richtlijn in de vorm van een stappenplan, zodat het minder tijd kost om de richtlijn te raadplegen.

Er gelden nog een aantal andere aanbevelingen voor de (wijk)verpleegkundigen. Voor eenzame cliënten is het raadzaam gezamenlijk te eten, bijvoorbeeld in de vorm van dagbesteding of door het inzetten van vrijwilligers. Daarnaast wordt in het kader van continuïteit aanbevolen om verschillende zorgverleners op de diverse routes zoveel mogelijk te beperken. Dit kan er namelijk voor zorgen dat signalen eerder worden opgepakt, doordat de vaste medewerkers sneller een verandering opmerken bij een cliënt. Een advies voor de wijkverpleegkundigen is om goede contacten met andere disciplines te leggen. Het maken van duidelijke afspraken over het contact verstevigt de onderlinge samenwerking en neemt eventuele vraagtekens over het terugkoppelen of evalueren van de geboden zorg weg. Daarnaast geldt de aanbeveling voor diëtisten om anderzijds ook contact op te nemen met de wijkverpleegkundige en een terugkoppeling te geven over het eventuele beleid en evaluatiemomenten. Tot slot wordt een groot deel van het probleem aangepakt, wanneer er meer duidelijkheid wordt verkregen omtrent de wet- en regelgeving rondom het indiceren van maaltijdondersteuning. Als er eenduidige regels worden opgesteld bij wie de wijkverpleegkundige de indicatie moet aanvragen, wordt de (wijk)verpleegkundige niet meer van het kastje naar de muur gestuurd. De zorg voor cliënten met (het risico op) ondervoeding zal dan vaker en makkelijker geboden kunnen worden, wat de prevalentie ondervoede ouderen in de thuiszorg mogelijk kan verkleinen. Een aanbeveling op macroniveau voor de regering en gemeenten is dat er over dit probleem gesproken dient te worden, waaruit een duidelijk besluit voor de wijkverpleegkundigen moet volgen.

Daarnaast geldt er nog een andere aanbeveling op macroniveau. Verpleegkunde studenten zijn de verpleegkundigen van de toekomst en daarom zou het goed zijn als voeding een prominentere rol in de opleiding zou krijgen. Landelijk geldt dus de aanbeveling richting de hogescholen om voeding te verwerken in het aanbod aan informatie. In de opleiding is het belangrijk om aandacht te besteden aan vroege signalen van ondervoeding, zodat ondervoeding preventief aangepakt kan worden.

Literatuurlijst

Arnold, T., Verburg, G., Cousin, E., Deaton, A., Fan, S., Graziano Da Silva, J. ... Tesfaye, H.E.R. (2016). Global Nutrition Report. From Promise To Impact: Ending Malnutrition By 2030. Geraadpleegd op 21 september 2018 van http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/filename/130565.pdf

Baarda, B., Goede, M. de, Bakker, E., Peters, V., Fischer, T., Velden,T., Julsing, M. van der. (2013). Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Badia, T., Formiga, F., Ferrer, A., Sanz. H., Hurtos, L. & Pujol, R. (2015). Multifactorial assessment and targeted intervention in nutritional status among the older adults: a randomized controlled trial: the Octabaix study. *BMC Geriatrics 11, 1-12. d*oi: 10.1186/s12877-015-0033-0.

Barne, M. (2017). Can colour stimulate intake in older population groups? *British Journal of Community Nursing 22*(7), *11-12.* doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup7.S11

Beck, A. M., Christensen, A. G., Hansen, B. S., Damsbo-Svendsen, S. & Kreinfeldt Skovgaard Møller, T. (2016). Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial. *Nutrition 32 (2), 199-205.* http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2015.08.009

Cammelbeeck, T. (2018). *Heb ik een gezond gewicht? (BMI meten).* Geraadpleegd op 29 september 2018 van http://www. consumentenbond.nl

Carpenito, L.J. (2018). *Zakboek Verpleegkundige diagnosen.* Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers

CBS. (z.d.). *Begrippenlijst: thuiszorg*. Geraadpleegd op 27 september 2018 van http://www.cbs.nl

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Compher, C. … Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition 36*(1), *49-64*

Cereda, E. (2012). Mini nutritional assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care 15*(1), *29-41.* doi: 10.1097/MCO.0b013e32834d7647

Correia, M.I.T.D. & Waitzberg, D.L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition 22*(3), *35-239*

Dassen, T., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (2014). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties.* Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Diëtetiek en voedingswetenschappen VUmc. (2016). *Instrumenten voor screening en assessment van ondervoeding.* Geraadpleegd op 10 januari 2019 van http://www.zakboekdietetiek.nl

Dijkslag-Kluijver, B. (2017). *Meer aandacht nodig voor ondervoeding bij ouderen.* Geraadpleegd op 21 september 2018 van http://www.nursing.nl

Freijer, K., Tan, S.S., Koopmanschap, M.A., Meijers, J.M.M., Halfens, R.J.G. & Nuijten, M.J.C. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition 32*(1),*136-141*

Gomes Neto, A.W., Jager-Wittenaar, H., Navis, G.J. & Vliet I.M.Y. van. (2018). [Executive Summary (confidential). Verbetering voedingszorg: kwaliteit voor de keten. Zorg voor de ondervoede patiënt over de muren van het ziekenhuis]. [Ongepubliceerde ruwe data].

Groen, V. (2018). *Ondervoeding bij ouderen in de thuiszorg* (onderzoeksverslag). Specialistisch wond en dermatologie team, Allerzorg, Groningen.

Halfens, R.J.G., Meesterberends, E., Neyens, J.C.L., Rondas, A.A.L.M., Rijcken, S., Wolters, S. & Schols, J.M.G.A. (2016). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2015.* Geraadpleegd op 21 september 2018 van https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf

HanzeMediatheek Groningen. (2018). *Atlas.ti. Analyse van kwalitatieve data.* Geraadpleegd op 19 oktober 2018 van http://www.libguides.hanze.nl

Jonkers, A. (2016). *Ondervoeding bij ouderen is niet altijd zichtbaar*. Geraadpleegd op 29 september 2018 van http://www.nursing.nl

Kiesswetter, E., Pohlhausen, S., Uhlig, K., Diekmann, R., Lesser, S., Uter, W., Heseker, H., Stehle, P., Sieber, C.C. & Volkert, D. (2014). Prognostic differences of the Mini Nutritional Assessment short form and long form in relation to 1-year functional decline and mortality in community-dwelling older adults receiving home care. *Journal of the American Geriatrics Society 62*(3)*, 512-517.* doi: 10.1111/jgs.12683

Kok, L., Scholte, R. & Koopmans, C. (2014). *Ondervoeding onderschat. De kosten van ondervoeding en het rendement van medische voeding.* Geraadpleegd op 23 september 2018 van http://www.seo.nl/uploads/media/2014-11_Ondervoeding_onderschat.pdf

Kruizenga, H., Beijer, S., Huisman-de Waal, G., Jonkers-Schuitema, C., Klos, M., Remijnse-Meester, W. ... Witteman, B. (2017). *Richtlijn ondervoeding. Herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen* [Richtlijn]. Geraadpleegd op 19 september 2018 van http://www.stuurgroepondervoeding.nl

Kruizenga, H. & Wierdsma, N. (2014). *Zakboek diëtetiek.* Amsterdam: VU Uitgeverij.

Ljungqvist, O., Gossum, A. van, Sanz, M.L. & Man, F. de. (2010). The European fight against malnutrition.*Clinical Nutrition 29*(2), *149-150*

Mast, J. & Pool, A. (2005). *Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen: module bij het handboek 'In de spiegel kijken'. Werken aan competenties in de thuiszorg.* Utrecht: NIZW

Mensink, P.A.J.S., Bont, M.A.T. de, Remijnse-Meester, T.A., Kattemölle-van den Berg, S., Liefaard, A.H.B., Meijers, J.M.M. … Vriezen, J.A. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding. *Huisarts & Wetenschap 53*(7), *S7-S10*

Nieuwenhuizen, W.F., Weenen, H., Rigby, P. & Hetherington, M.M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition 29*(2), *160-169.* doi: 10.1016/j.clnu.2009.09.003

Parsons, E.L., Stratton, R.J., Cawood, A.L., Smith, T.R. & Elia, M. (2017). Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents. *Clinical Nutrition 36*(1), *134-142.* doi: 10.1016/j.clnu.2016.01.002

Penninx, K. (2005). *Kwetsbare ouderen in beeld. Innovatieprogramma Welzijn Ouderen* [Brochure]. Geraadpleegd op 8 oktober 2018 van https://www.vilans.nl/docs/producten/kwetsbareouderen_feb2005.pdf

Philips, M.B., Foley, A.L., Barnard, R., Isenring, E.A. & Miller, M.D. (2010). Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 19*(3), *440-449.*

Power, L., Mullally, D., Gibney, E. R., Clarke, M., Visser, M., Volkert, D., Bardon, L., Schueren, De Van Der, M. A. E. & Corish, C. A. (2018). A review of the validity of malnutrition screening tools used in older adults in community and healthcare settings – A MaNuEL study. *Clinical Nutrition ESPEN 24 (2018), 1-13*. doi: https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.02.005

Rijksoverheid. (z.d.a). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).* Geraadpleegd op maandag 7 januari 2019 van https://www.rijksoverheid.nl

Rijksoverheid. (z.d. b). *Wanneer heb ik een verwijsbrief van de huisarts nodig?* Geraadpleegd op maandag 7 januari 2019 van https://www.rijksoverheid.nl

Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C. & Ormstron, R. (2014). *Qualitative Research Practice. A guide for social science students & researchers.* Londen: SAGE Publications.

Schueren, M.A. de van der, Wijnhoven, H.A., Kruizenga, H.M. & Visser, M. (2016). A critical appraisal of nutritional intervention studies in malnourished, community dwelling older persons. *Clinical Nutrition 35*(5), *1008-1014.* doi: 10.1016/j.clnu.2015.12.013

Schueren, M. de van der. (2017). *Ondervoeding bij ouderen.* Geraadpleegd op 21 september 2018 van http://www.zorgvoorbeter.nl

Schueren, M. de van der. (2018). *Ondervoeding bij thuiswonende ouderen. Een toenemend probleem.* Geraadpleegd op 10 januari 2019 van http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2018/04/Ondervoeding-bij-thuiswonende-ouderen.pdf

Skates, J.J. & Anthony, P.S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the Mini Nutritional Assessment (MNA®)-an evidence-based screening tool. *Journal of Gerontological Nursing 38*(3), *18-27.* doi: 10.3928/00989134-20120207-02

Stow, R., Ives, N., Smith, C., Rick, C. & Rushton, A. (2015). A cluster randomized feasibility trial evaluating nutritional interventions in the treatment of malnutrition in care home adult residents. *Trials 16*(433), *1-21.* doi: 10.1186/s13063-015-0952-2

Stuurgroep Ondervoeding. (2015). *Weeg- en screeningsbeleid bij ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg.* Geraadpleegd op 10 januari 2019 van http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2015/02/Weeg_en_screeningsbeleid-eerstelijn.pdf

Stuurgroep Ondervoeding. (2018). *Screening op ondervoeding in de kliniek*. Geraadpleegd op 26 september 2018 van http://www.stuurgroepondervoeding.nl

Tilburg University. (2019). *SPSS: Betrouwbaarheid en validiteit.* Geraadpleegd op 12 januari 2019 van http://www.tilburguniversity.edu

Van Dale Uitgevers. (2018). *'Betekenis ervaren'*. Geraadpleegd op 25 oktober 2018 van http://www.vandale.nl

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C. & Rosendal, H. (2016). *Zorgbasics. Praktijkgericht onderzoek.* Amsterdam: Boom Uitgevers

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* Amsterdam: Boom Uitgevers

Verpleegkundige Topzorg. (2018). *Informatie voor professionals*. Geraadpleegd op 26 september 2018 van http://www.verpleegkundigetopzorg.nl

V&V2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige: deel 3.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018 van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Wijnhoven, H.A.H.,Schilp, J., Van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E., De Vet, H.C.W., Kruizenga, H.M., Deeg, D.J.H., Ferrucci, L. & Visser, M. (2012). Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. *Clinical Nutrition 31*(3), *351-358.* doi: 10.1016/j.clnu.2011.10.013

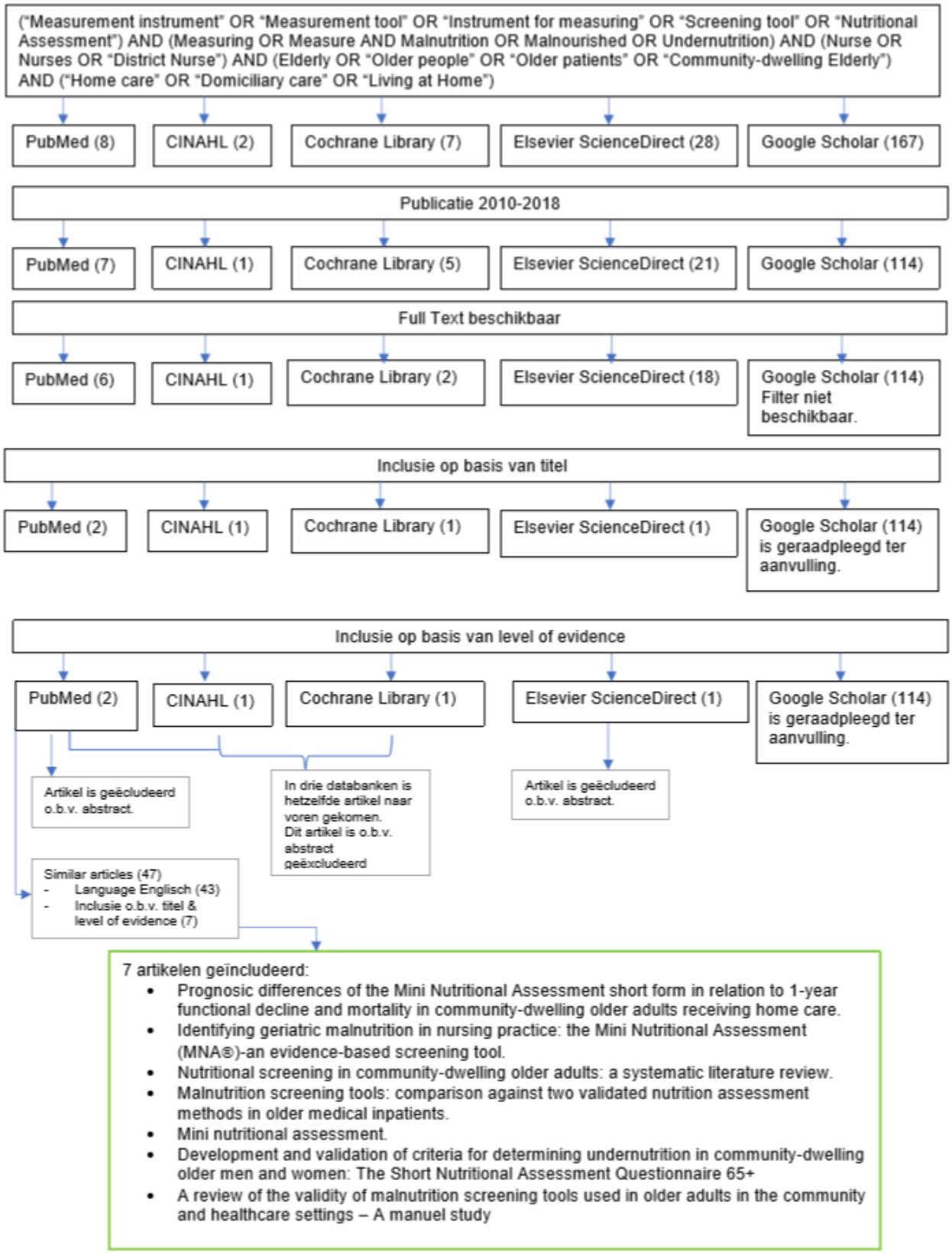
Willems, D. & Zwieten, M. van. (2004). *Waardering van kwalitatief onderzoek.* Geraadpleegd op 9 oktober 2018 van http://www.henw.org

Young, A. M., Kidston, S., Banks, M. D., Mudge, A. M. & Isenring, E. A. (2013). Malnutrition screening tools: Comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients. *Nutrition 29*(1)*, 101-106*. doi: 10.1016/j.nut.2012.04.007.

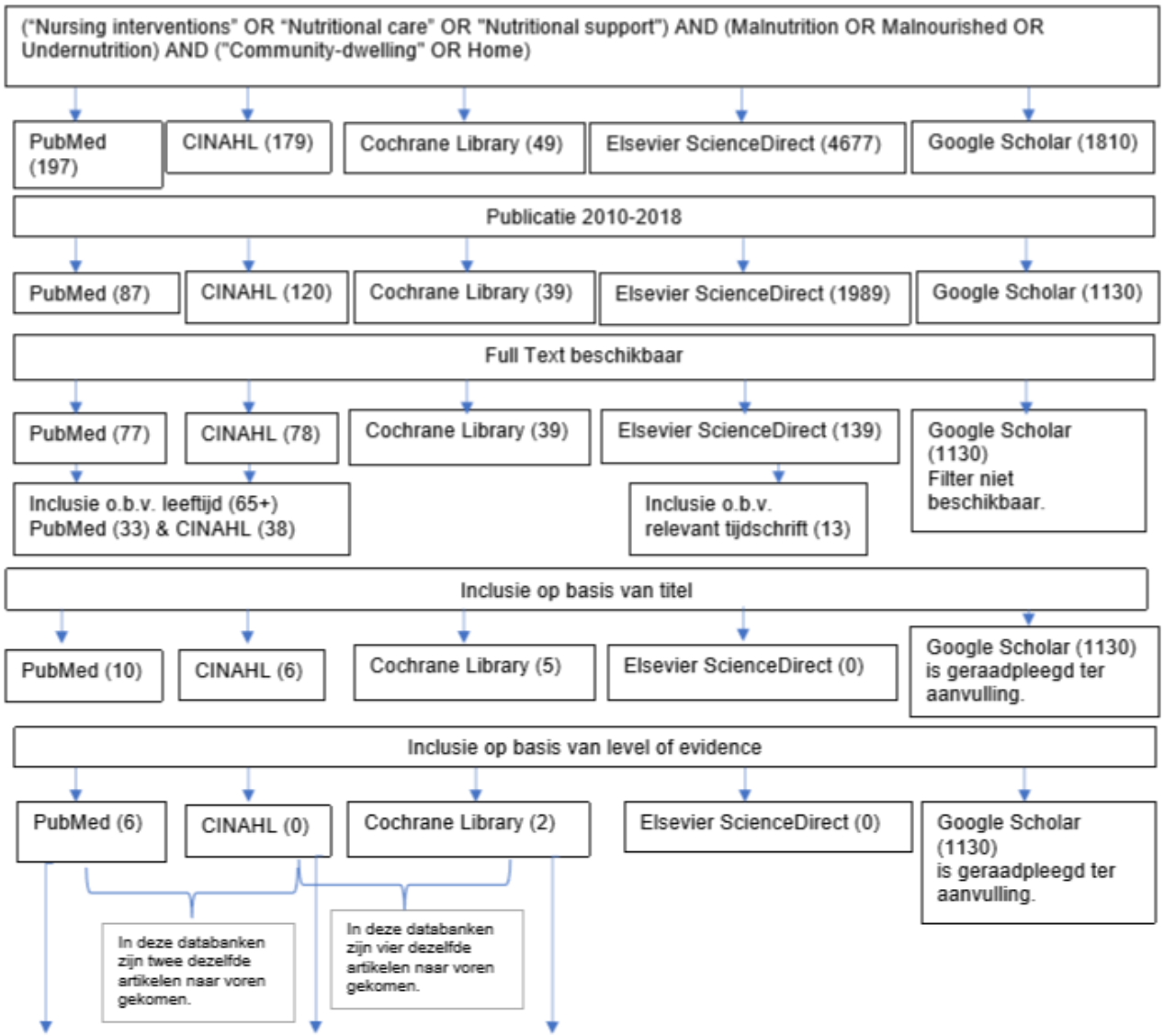
Zorg voor Beter. (2018). *Verborgen ondervoeding van thuiswonende ouderen.* Geraadpleegd op 11 januari 2019 van http://www.zorgvoorbeter.nl

Bijlagen

Bijlage 1 Flowchart literatuuronderzoek 1



Bijlage 2 Flowchart literatuuronderzoek 2



8 Artikelen geïncludeerd:

- A critical appraisal of nutritional intervention studies in malnourished, community dwelling older persons.
- Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial.
- Multifactorial assessment and targeted intervention in nutritional status among the older adults: a randomized controlled trial: the Octabaix study.
- A cluster randomised feasibility trial evaluating nutritional interventions in the treatment of malnutrition in care home adult residents.
- Studey protocol: cost-effectiveness of multidisciplinairy nutritional support for undernutrition in older adults in nursing home and home-care: cluster randomized controlled trial.
- Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake.
- Can colour stimulate intake in older population groups?
- Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents.

Bijlage 3 Toestemmingsformulier

Hanzehogeschool Groningen
University of Applied Sciences

VERPLEEGKUNDIGE TOPZORG

TOESTEMMINGSFORMULIER

Informed Consent

HBO-V studenten van de Hanzehogeschool Groningen voeren in samenwerking met Verpleegkundige Topzorg een onderzoek uit naar de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen omtrent hun verpleegkundige rol op het gebied van ondervoeding. Voor dit onderzoek worden (wijk)verpleegkundigen geïnterviewd door middel van een individueel interview. Hierbij worden de volgende voorwaarden gegarandeerd:

- Alle gegevens worden anoniem verwerkt;
- Gegevens die gebruikt worden voor het onderzoek zullen niet naar specifieke personen te herleiden zijn.

In te vullen door deelnemer:

Hierbij verklaar ik voldoende informatie te hebben ontvangen over het onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte dat het onderzoek wordt opgenomen ter analyse van de gegevens. Ik participeer op vrijwillige basis aan dit onderzoek. Ik geef de onderzoekers op basis van bovengenoemde voorwaarden toestemming gebruik te maken van mijn verstrekte informatie. Ik verklaar naar waarheid antwoord te hebben gegeven op de gestelde vragen.

Naam:

Handtekening:

Datum:

Bijlage 4 Lijst met codes

- Situatie komt vaak voor

- Meetinstrumenten
  - Is een meetinstrument bekend?
    - Positief: hij is bekend
    - Negatief: hij is niet bekend
  - Wordt een meetinstrument gebruikt?
    - Positief: hij wordt gebruikt
    - Negatief: hij wordt niet gebruikt
    - Neutraal: hij wordt soms gebruikt
  - Is het meetinstrument beschikbaar binnen de organisatie?
    - Positief: ja
    - Negatief: nee
  - De reden van gebruik
    - Positief: reden waarom het wel wordt gebruikt
    - Negatief: reden waarom het niet wordt gebruikt

- Signaleren
  - Waar let de wijkverpleegkundige op: opvallende signalen

- Eerste actie
  - Positief: er wordt gelijk een actie ondernomen
  - Negatief: de situatie wordt eerst aangekeken

- Interventies
  - De interventies die worden ingezet
  - Gebaseerd op richtlijn/protocol
    - Positief: richtlijn/protocol wordt geraadpleegd
    - Negatief: richtlijn/protocol wordt niet geraadpleegd
  - Gebaseerd op kennis/ervaring

- Documentatie en continuïteit
  - Rapporteren
    - Positief: er wordt overzichtelijk op doel gerapporteerd
    - Negatief: alle bevindingen worden in één rapportage gezet en de rapportages komen onder elkaar te staan
  - Evalueren

- Multidisciplinair samenwerken
  - Contact huisarts
    - Positief: gemakkelijk; korte lijnen
    - Negatief: Moeizaam
  - Verwijzing diëtiste
    - Positief: wel nodig
    - Negatief: niet nodig
  - Contact diëtist
    - Positief: gemakkelijk; korte lijnen
    - Negatief: Moeizaam
  - Rapportage huisarts
    - Positief: de huisarts koppelt bevindingen en beleid terug telefonisch/via rapportage in map/mail
    - Negatief: de huisarts koppelt bevindingen en beleid niet terug; de verpleegkundige moet er zelf achteraan
  - Rapportage diëtiste
    - Positief: diëtiste koppelt bevindingen en beleid terug telefonisch/via rapportage in map/mail
    - Negatief: de diëtiste koppelt bevindingen en beleid niet terug; de verpleegkundige moet er zelf achteraan

- Bevorderingen en belemmeringen zorgproces
    - Positief: bevordering
    - Negatief: belemmering

- Team
    - Wijkverpleegkundige
        - Positief: geeft taken/verantwoordelijkheden aan teamleden/EVV'er
        - Negatief: geeft geen taken uit handen
    - Route
        - Positief: wijkverpleegkundige gaat zelf ook op route
        - Negatief: wijkverpleegkundige gaat niet op route
    - Signalen
        - Positief: teamleden koppelen signalen voldoende terug aan wijkverpleegkundige
        - Negatief: teamleden zouden meer kunnen terugkoppelen aan de wijkverpleegkundige
    - Informeren team
        - Positief: het team activeren, bewust maken van een verandering
        - Negatief: ervan uitgaan dat het team het zelf leest

- Kennis
    - Wijkverpleegkundige
        - Positief: de wijkverpleegkundige geeft aan zelf voldoende kennis te hebben over voeding/ondervoeding en is in staat advies aan de cliënt te geven
        - Negatief: de wijkverpleegkundige geeft aan meer kennis over voeding/ondervoeding te willen krijgen
    - Richtlijn
        - Positief: de wijkverpleegkundige is op de hoogte van een (landelijke) richtlijn
        - Negatief: de wijkverpleegkundige is niet op de hoogte van een bestaande richtlijn
    - Team
        - Positief: de wijkverpleegkundige denkt dat het team voldoende kennis heeft over voeding/ondervoeding: het team zit op één lijn
        - Neutraal: de wijkverpleegkundige weet dit niet
        - Negatief: de wijkverpleegkundige denkt dat het team onvoldoende kennis heeft over voeding/ondervoeding

- Behoeften

- Aandacht voor voeding
    - Positief: er is voldoende aandacht voor (onder)voeding
    - Negatief: er is onvoldoende aandacht voor (onder)voeding
    - Reden negatief

Bijlage 5 Antiplagiaatverklaring

Hanzehogeschool Groningen

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

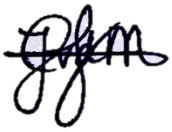
Plaats: Groningen
Datum: 18 januari 2019

Naam student 1:
Nienke Braad

Handtekening student 1:

Naam student 2:
Janna van der Meulen

Handtekening student 2:



Bijlage 6 Safe Assignment

Bijlage 7 Planning

Legenda

- eerste conceptversie inleveren
- tweede conceptversie inleveren
- derde conceptversie inleveren

Week	Uitnodiging opstellen & werving deelnemers	Inleveren onderzoeks-voorstel	Data-verzameling	Data-analyse	Resultaten uitwerken	Discussie & Conclusie schrijven	Aanbevelingen schrijven & scriptie opmaken	Samen-vatting schrijven	Onderzoeks-verslag inleveren
Week 42									
Week 43		26-10-2018							
Week 44									
Week 45									
Week 46									
Week 47									
Week 48									
Week 49									
Week 50									
Week 51									
Week 52									
Week 1									
Week 2									
Week 3									18-01-2019