



Voeding bij kwetsbare ouderen op afdeling geriatrie in het Rijnstate



Rijnstate

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

Auteurs:	Ellis Muller 479427 Ezra Pas 479647
Opdrachtgever:	Marian Adriaansen
Contactpersoon:	Loes Meijer
Docentbegeleider:	Remco Looijestijn
Assessor:	Joke van der Meer
Opleiding:	Verpleegkunde
Datum inleveren:	13-01-2014

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'voeding bij kwetsbare ouderen op afdeling geriatrie in het Rijnstate'. Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het verslag is geschreven door Ezra Pas en Ellis Muller, vierdejaars studenten.

Binnen de onderwijseenheid kwaliteitszorg hebben wij een project gekozen waarin voeding bij kwetsbare ouderen op de afdeling geriatrie centraal staat. Voordat wij hiermee van start zijn gegaan, was het uitvoeren van onderzoek zo goed als nieuw voor ons. Wij kunnen stellen dat we door het uitvoeren van dit onderzoek erg veel hebben geleerd.

In het bijzonder willen wij Marian Adriaansen (opdrachtgever) bedanken voor de tijd en moeite die zij in ons heeft gestoken. Ze was altijd bereidwillig om feedback te geven en vragen te beantwoorden, dit hebben wij als prettig ervaren. Daarnaast willen wij Remco Looijestijn (docentbegeleider) bedanken voor zijn steun in het proces richting dit eindproduct. De vele vragen die wij hem stelden heeft hij zo goed mogelijk beantwoord zodat wij vol goede moed verder konden gaan. Ook willen wij Loes Meijer (contactpersoon Rijnstate) bedanken voor haar kritische blik, ideeën en begeleiding. Tot slot willen we de verpleegkundigen, voedingsassistente, arts en diëtist bedanken voor het meewerken aan de interviews.

Wij wensen u veel leesplezier.

Nijmegen, januari 2014.

Ezra Pas
Ellis Muller

Samenvatting

Geriatricie is het specialisme voor onderzoek en behandeling van ouderdom gerelateerde problemen. Alle geriatricische patiënten opgenomen op afdeling geriatricie zijn kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Geriatricische patiënten hebben een groter risico om ondervoed te raken door ziekte, verminderde smaak, eenzaamheid, vergeetachtigheid, kauw- en slikproblemen, obstipatie en depressiviteit. Een op de vier geriatricische patiënten is ondervoed. Ondervoeding speelt een belangrijke rol in de bedreiging van de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid. Het is een multidisciplinair probleem waarbij de verpleegkundige een regierol heeft. Dit kwaliteitsproject is uitgevoerd in opdracht van de afdeling geriatricie in het Rijnstate. De vraag vanuit de contactpersoon was of het huidige voedingsbeleid geoptimaliseerd kan worden door de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen te onderzoeken. Met dit onderzoek is antwoord gegeven op de volgende vraagstelling:

Zijn er verbeterpunten op het gebied van de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatricie in ziekenhuis Rijnstate om het voedingsbeleid te optimaliseren? Zo ja, welke verbeterpunten zijn er nodig?

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- 1. Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatricie?*
- 2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de disciplines betrokken bij het voedingsbeleid (arts, diëtist, voedingsassistent, verpleegkundigen) om voorschriften uit de protocollen na te leven?*
- 3. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de landelijke leidraad en de bestaande protocollen?*

Bovenstaande vraagstelling heeft geleid tot de volgende doelstelling

In januari 2014 worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van de inhoud van de bestaande protocollen gebaseerd op de leidraad en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatricie. Met als doel het huidige voedingsbeleid te optimaliseren

Voorafgaand aan het onderzoek heeft verdieping plaatsgevonden door middel van literatuuronderzoek. Er is onder andere literatuuronderzoek gedaan naar voeding en ondervoeding bij de geriatricische patiënt en screening en behandeling. Daarnaast is er literatuuronderzoek gedaan naar verschillende leidraden en richtlijnen met betrekking tot voedingszorg.

Deelvraag 1 is beantwoord door middel van dossieronderzoek. Er is gekeken welke voorschriften uit de bestaande protocollen verpleegkundigen wel of niet na leven. De belangrijkste resultaten hieruit zijn dat verpleegkundigen niet alle voorschriften goed naleven. Het gaat vooral om het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding'.

Deelvraag 2 is beantwoord door interviews af te nemen met de betrokken disciplines bij voedingszorg (arts, diëtist, voedingsassistent en verpleegkundigen). Er is onder andere gevraagd naar bekendheid met de bestaande protocollen en de landelijke leidraad, bevorderende en belemmerende factoren om een protocol wel of niet na te leven en/of op te zoeken en positieve en/of negatieve punten m.b.t. voedingszorg. Belemmerend is dat de protocollen niet toegankelijk zijn en het veel tijd kost om deze op te zoeken. Nieuwe ontwikkelingen in het protocol is een bevorderende factor voor verpleegkundigen.

Deelvraag 3 is beantwoord door een vergelijkend onderzoek uit te voeren tussen de bestaande protocollen en de landelijke leidraad. Hieruit bleek dat er een aantal verschillen zijn. De meeste verschillen zijn te zien op het gebied van behandeling van ondervoeding, met name de grenswaarden. De grenswaarden die worden gehanteerd voor calorie-, eiwit- en vochtintake verschillen van elkaar.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er verschillende verbeterpunten zijn in het gebruik en de inhoud van de bestaande protocollen. De belangrijkste verbeterpunten en tevens aanbevelingen zijn:

- Bestaande protocollen elektronisch toegankelijker maken voor verpleegkundigen of de protocollen op één centrale plek leggen
- Protocollen herzien en aanpassen op de geriatrische patiënt gebaseerd op de landelijke leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt en op de geriatrische afdeling

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	8
2.1 Kwetsbaarheid en kwetsbare ouderen	8
2.2 Voeding geriatrische patiënt.....	8
2.3 Ondervoeding geriatrische patiënt	8
2.3.1 Epidemiologie	9
2.3.2 Etiologie ondervoeding	9
2.3.3 Gevolgen ondervoeding.....	10
2.3.4 Effectiviteit van vroege herkenning en behandeling van ondervoeding	10
2.3.5 Screening	10
2.4 Voedingsbeleid	11
2.5 Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt	11
2.6 Afdeling geriatrie Rijnstate	12
2.7 Verpleegkundige relevantie.....	12
2.8 Literatuuronderzoek	13
Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek	14
3.1 Design	14
3.2 Deelvraag 1	14
3.2.2 Populatie	15
3.2.3 Checklist.....	15
3.2.4 Verwerken en analyseren	15
3.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	15
3.3 Deelvraag 2	16
3.3.1 Interview	16
3.3.2 Populatie	16
3.3.3 Topiclijst interview	17
3.3.4 Verwerken en analyseren	17
3.3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	17
3.4 Deelvraag 3	18
3.4.1 Vergelijkend onderzoek	18
Hoofdstuk 4 Resultaten	19
4.1 Deelvraag 1	19
4.1.1 Protocol vocht- en voedingsintake lijst.....	19
4.1.2 Protocol screening op en behandeling van ondervoeding.....	20

4.2 Deelvraag 2	22
4.2.1 Interviews met verpleegkundigen	22
4.2.2 Interview arts	24
4.2.3 Interview voedingsassistente	25
4.2.4 Interview diëtiste	26
4.3 Deelvraag 3	27
4.3.1 Vergelijking screening	27
4.3.2 Vergelijking behandeling	27
4.3.3 Vergelijking monitoring	28
4.3.4 Vergelijking andere disciplines	28
Hoofdstuk 5 Conclusies	29
5.2 Deelvraag 2	29
5.3 Deelvraag 3	30
5.4 Vraagstelling	30
Hoofdstuk 6 Discussie	32
6.1 Vergelijking andere onderzoeken	32
6.3 Deelvraag 2	33
6.4 Deelvraag 3	34
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	35
Literatuurlijst	36
Bijlage 1: Afkortingenlijst	39
Bijlage 2: Zoekstrategie	40
Bijlage 3: Protocol Screening op en behandeling van ondervoeding	42
Bijlage 4: Protocol vocht- en voedingsintake lijst	45
Bijlage 5 Checklist dossieronderzoek	50
Bijlage 6: Topiclijst interviews	51
Bijlage 7: Protocol interviews	52
Bijlage 8: Uitnodiging interview verpleegkundigen	56
Bijlage 9: Samenvatting interviews	57

Hoofdstuk 1 Inleiding

Door de toenemende vergrijzing, vormen ouderen een groot deel van de bevolking. Op 1 januari 2013 telde Nederland 2.7 miljoen ouderen (personen van 65 jaar en ouder). Dit komt neer op 16% van de totale bevolking. Daarnaast is sprake van 'dubbele vergrijzing'. Dit houdt in dat binnen de groep 65-plussers het deel 80-plussers toeneemt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Ruim 25% van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, is 70 jaar of ouder. Het ziekenhuis speelt dus een belangrijke rol bij de zorgverlening aan ouderen (Asselt, Bokhorst & Olde Rikkert, 2010).

Een belangrijke risicogroep in de vergrijzende samenleving zijn de kwetsbare ouderen. Het begrip 'kwetsbaarheid' wordt de afgelopen jaren steeds vaker gebruikt in de zorg. Om kwetsbaarheid vast te stellen worden de volgende criteria gebruikt: lichamelijk actief zijn, voeding, mobiliteit, evenwicht, zintuiglijke functies, kracht, uithoudingsvermogen, cognitie, stemming, coping, sociale steun en sociale relaties. Het begrip kwetsbare ouderen kent veel verschillende definities. De verschillen in definitie zijn het gevolg van een brede of smalle beschrijving, operationalisering en leeftijdsgrenzen (Campen, 2011).

Kwetsbare ouderen lopen meer risico op ondervoeding door verschillende problemen die kunnen ontstaan op het gebied van voeding. Ondervoeding houdt in dat er een disbalans is tussen energie-inname en energieverbruik (Asselt et al., 2010). Wanneer kwetsbare ouderen ondervoed zijn, kan het ziekenhuisverblijf worden verlengd en zo hebben zij een grotere kans op het ontwikkelen van complicaties (Daem et al., 2008). Uit onderzoek blijkt dat het probleem van ondervoeding door artsen, verpleegkundigen en het management wordt onderschat, maar ook door de patiënten zelf en hun naaste familie. Ondanks een hoge prevalentie van ondervoeding bij kwetsbare ouderen, staat de voedingszorg laag gerangschikt op de prioriteitenlijst van professionals. Om ondervoeding te voorkomen is een eenduidig voedingsbeleid van belang (Pepersack, 2009).

Een voedingsbeleid kan worden omschreven als de praktische uitvoering van de visie van de zorg rondom voeding. Het voedingsbeleid zorgt ervoor dat verschillende disciplines (artsen, diëtisten, voedingsassistenten en verpleegkundigen) op dezelfde manier werken en dat de patiënt de juiste voeding krijgt (Pepersack, 2009). Op het gebied van voedingsbeleid zijn er verschillende protocollen en richtlijnen/leidraden ontwikkeld. In 2010 is de landelijke leidraad 'ondervoeding bij de geriatrische patiënt' ontwikkeld. De inhoud is gebaseerd op de consensus van een panel van geriateren. De leidraad is geschreven voor klinisch geriateren, verpleegkundigen, diëtisten, logopedisten en fysiotherapeuten (Asselt et al., 2010).

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in het handhaven en optimaliseren van het voedingspatroon. Signalering, observatie, communicatie en coördinatie van de behandeling van voedingsproblemen zijn belangrijke taken van de verpleegkundige (Kenniscentrum Geriatrie, 2003). Verpleegkundigen moeten erop toezien dat patiënten de juiste voeding krijgen op het juiste moment om ondervoeding te voorkomen. Toch komt ondervoeding nog veel voor in ziekenhuizen en het meeste op de afdeling geriatrie, namelijk 39,2% (Kruk, 2009). Het is van belang dat verpleegkundigen genoeg kennis en vaardigheden hebben over (onder)voeding en systematisch en routinematig ondervoeding kunnen herkennen en behandelen (Volkert, Saeglit, Gueldenzoph, Sieber & Stehle, 2010). Omdat ondervoeding een relevant verpleegkundig probleem is, de prevalentie nog erg hoog is en een voedingsbeleid van groot belang is in het terugdringen van ondervoeding, hebben de studentonderzoekers onderzoek gedaan naar voeding op afdeling geriatrie in het ziekenhuis Rijnstate.

Ziekenhuis Rijnstate is een topklinisch ziekenhuis met meerdere locaties in de regio Arnhem en De Liemers. Er zijn veel verschillende specialismen aanwezig, waaronder geriatrie. Geriatrie is het specialisme voor onderzoek en behandeling van ouderdom gerelateerde problemen (Rijnstate, z.d.). Alle geriatrische patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie, zijn kwetsbare ouderen. In de rest van dit onderzoeksverslag is daarom de term geriatrische

patiënten gebruikt. Het voedingsbeleid op afdeling geriatrie staat beschreven in twee protocollen. Voorafgaand aan dit onderzoek was het onduidelijk of en in hoeverre deze werden nageleefd. Daarnaast was het onduidelijk of de inhoud van de bestaande protocollen voldeden aan de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van ondervoeding bij de geriatrische patiënt. De landelijke leidraad die in 2010 is uitgebracht, is een belangrijk hulpmiddel voor de behandeling en screening op ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Daarom is er door de contactpersoon van het Rijnstate voor gekozen om de inhoud van de bestaande protocollen op de landelijke leidraad te baseren.

De volgende vraagstelling is leidend geweest voor dit kwaliteitsproject:

Zijn er verbeterpunten op het gebied van de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie in ziekenhuis Rijnstate om het voedingsbeleid te optimaliseren? Zo ja, welke verbeterpunten zijn er nodig?

Deelvragen

- 1. Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatrie?*
- 2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de disciplines betrokken bij het voedingsbeleid (arts, diëtist, voedingsassistent, verpleegkundigen) om voorschriften uit de protocollen na te leven?*
- 3. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de landelijke leidraad en de bestaande protocollen?*

Bovenstaande vraagstelling heeft geleid tot de volgende doelstelling:

In januari 2014 worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van de inhoud van de bestaande protocollen gebaseerd op de leidraad en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie. Met als doel het huidige voedingsbeleid te optimaliseren

Leeswijzer:

De inhoud van het onderzoeksverslag bestaat uit zes onderdelen. Achtereenvolgend zullen deze onderdelen kort worden toegelicht. Hoofdstuk 2, theoretisch kader, omvat een algemeen hoofdstuk over voeding en ondervoeding bij de geriatrische patiënt. In hoofdstuk 3, methode van onderzoek, is onder andere de onderzoeksmethode, populatie en steekproef beschreven. Hoofdstuk 4, resultaten, bevat de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. In hoofdstuk 5, conclusie, zijn de conclusies beschreven behorende tot de deelvragen. In hoofdstuk 6, discussie, staat een kritische nabeschuiving van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 7, aanbevelingen, bevat de aanbevelingen die voort zijn gekomen uit het onderzoek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de belangrijkste onderwerpen die de basis hebben gevormd voor het onderzoek. Daarnaast bevat het verschillende theorieën die betrekking hebben op het onderzoek. Ook wordt de verpleegkundige relevantie beschreven.

2.1 Kwetsbaarheid en kwetsbare ouderen

Bij kwetsbare ouderen draait het om de kwaliteit van leven en behoud van zelfredzaamheid (Asselt et al., 2010). Kwetsbaarheid en kwaliteit van leven hangt sterk met elkaar samen. Kwetsbare ouderen ervaren vaak een lagere kwaliteit van leven dan niet kwetsbare ouderen (Campen, 2011). Het begrip kwetsbare ouderen kent veel verschillende definities. Het verschil kan liggen aan leeftijd, operationalisering en een smalle of brede definitie. Veiligheid managementsysteem (VMS, 2009) zegt het volgende over kwetsbaarheid en kwetsbare ouderen: *kwetsbaarheid is een specifieke conditie bij ouderen die geassocieerd wordt met een verhoogd risico op vooral functieverlies. Kwetsbare ouderen hebben meer dan één (chronische) aandoening en hebben meer lichamelijk beperkingen.* Dit is een voorbeeld van een smalle definitie omdat hier alleen het lichamelijke aspect wordt beschreven. Campen (2011) zegt het volgende over kwetsbaarheid: *Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).* Bovenstaande is een voorbeeld van een brede definitie omdat naast lichamelijke aspecten ook de sociale en psychische aspecten worden meegenomen. De groep kwetsbare ouderen vormt een belangrijke risicogroep binnen de samenleving. De omvang van de populatie kwetsbare ouderen hangt samen met de gekozen definitie van kwetsbaarheid. In de literatuur lopen de prevalentie cijfers van kwetsbaarheid onder ouderen uiteen. Volgens Campen (2011) is in Nederland 27% van alle 65-plussers kwetsbaar. In het LASA onderzoek (longitudinal Aging Study Amsterdam) wordt beschreven dat de gemiddelde prevalentie van kwetsbare ouderen boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen is (KNMG, 2010).

2.2 Voeding geriatrische patiënt

Volgens van Binsbergen (2013) is inzicht in een optimale voeding voor ouderen belangrijk, omdat dit bijdraagt aan een goede gezondheid op latere leeftijd. Goede voeding is een belangrijke voorwaarde om in een goede conditie te blijven en daardoor actief te kunnen zijn, zowel lichamelijk als sociaal. Een gezond voedingspatroon is voor geriatrische patiënten erg belangrijk, omdat zij meer risico lopen op onder andere ondervoeding. Daarnaast draagt een gezond voedingspatroon bij aan een goede weerstand, meer energie en minder kans op chronische ziekte (RIVM, 2012). Geriatrische patiënten kunnen minder goed gaan eten door bijvoorbeeld verminderde smaak, eenzaamheid, vergeetachtigheid, kauw- en slikproblemen, ziekten, obstipatie en depressiviteit. Wanneer geriatrische patiënten niet genoeg eten en/of drinken, bestaat de kans dat zij ondervoed of uitgedroogd raken (Medisch Centrum Leeuwarden, 2012).

2.3 Ondervoeding geriatrische patiënt

In de literatuur wordt geen eenduidige definitie beschreven met betrekking tot ondervoeding bij geriatrische patiënten (Asselt et al., 2010). De bestaande definities over ondervoeding bij geriatrische patiënten lopen uiteen, maar bevatten vaak als gemeenschappelijke onderwerpen: disbalans tussen energie-inname en energieverbruik, veranderde lichaamssamenstelling (vooral afname van vetvrije massa) en verminderde functie. Voor dit onderzoek is uitgegaan van het volgende:

- Ondervoeding is een multifactoriële aandoening (Asselt et al., 2010).
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt kenmerkt zich door tenminste:
 - ongewenst gewichtsverlies en/of
 - een acute of chronische disbalans tussen inname in verbruik en
 - functieverlies (LPZ, 2012)

De Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (2012) zegt het volgende;
Risico op ondervoeding als een patiënt ouder dan 65 jaar voldoet aan één van de volgende twee criteria:

1. Een BMI (Body Mass Index) tussen de 20,0 - 23,0;
2. Drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan één week minder gegeten hebben dan normaal.

Ondervoeding als een patiënt ouder dan 65 jaar voldoet aan één van de volgende drie criteria:

1. Een BMI (Body Mass Index) kleiner dan 20,0;
2. Een BMI tussen de 20,0 en 23,0 in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan één week minder gegeten hebben dan normaal;
3. Onbedoeld meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden zijn afgevallen of meer dan 3 kg in de afgelopen maand.

2.3.1 Epidemiologie

In de literatuur worden uiteenlopende prevalentiecijfers van ondervoeding beschreven. Dit komt doordat er verschillende definities worden gehanteerd voor ondervoeding met als gevolg dat er geen zekerheid over de prevalentie is (Volksgezondheid, z.d.). Het Kenniscentrum Geriatrie (2003) stelt dat een derde van de patiënten op een geriatrische afdeling ondervoed is. In Nederland wordt jaarlijks een Landelijke Prevalentiemeting van Zorgproblemen gehouden. Ondervoeding is een van deze zorgproblemen. De meting van 2012 laat zien dat één op de drie patiënten een risico heeft op ondervoeding en dat één op de vier patiënten ondervoed is. Het zijn cijfers die betrekking hebben op zowel zorginstellingen in de acute zorg als de chronische zorg (LPZ, 2012). Asselt et al (2010) stellen dat cijfers voor ondervoeding bij geriatrische patiënten beperkt zijn en uiteen lopen van 32% tot 61%. Daarnaast stellen Asselt et al (2010) dat de mortaliteit en morbiditeit verhoogd is bij ondervoeding. Er zijn geen cijfers bekend met betrekking tot de incidentie.

2.3.2 Etiologie ondervoeding

Bij ondervoeding ontstaat een acute of chronische disbalans tussen inname en behoefte aan voedingsstoffen. Deze disbalans kan ontstaan bij ziekte (Asselt et al., 2010). Volgens Asselt et al (2010) is dit de belangrijkste oorzaak van ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Ook kan de disbalans ontstaan in een situatie waarin er onvoldoende voedsel aanwezig is, de wijze van presentatie van het voedsel niet voldoende is of de kwaliteit van het voedsel niet toereikend is. Daarnaast kan de disbalans ontstaan als gevolg van een situatie waarin de inname van voedsel, ondanks adequate beschikbaarheid onvoldoende is. Verder stellen Asselt et al (2010) dat psychosociale problemen zoals angst, depressie, eenzaamheid en verlies van een partner de eetlust kunnen verminderen. Ook sociale problemen, zoals een slechte eetomgeving of het ontbreken van gezelschap, kunnen de eetlust verminderen. De tijdstippen waarop gegeten moet worden in het ziekenhuis, komen vaak niet overeen met de vraag van geriatrische patiënt. Als laatste kan nog worden genoemd dat het honger- en verzadigingsgevoel bij ouderen verandert. De productie en de gevoeligheid van het verzadigingshormoon neemt toe, waardoor het gevoel van verzadiging eerder optreedt (Staak & Ruijschop, 2010).

2.3.3 Gevolgen ondervoeding

Ondervoeding heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid van de geriatrische patiënt. Ondervoeding leidt tot een langzamer herstel, ernstigere complicaties en verminderde spiermassa. Dit heeft als gevolg een afname van de algehele conditie en het functioneren. Ook vermindert de hart- en longcapaciteit (Stuurgroep ondervoeding, 2009). Verder leidt ondervoeding tot vermindering of verlies van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid (Asselt et al., 2010). Ook vermindert ondervoeding de afweer en wondgenezing en leidt tot een hoger risico op decubitus, afname van levenskwaliteit en een verhoogde mortaliteit. Dit alles leidt onder andere tot een langere opnameduur en een verhoogd gebruik van medicijnen. (Stuurgroep ondervoeding, 2009)

2.3.4 Effectiviteit van vroege herkenning en behandeling van ondervoeding

Volksgezondheid (2013) beschrijft dat ondervoeding niet tijdig wordt herkend en behandeld. Hier worden verschillende oorzaken voor genoemd: gebrek aan opleiding en bewustwording van het probleem bij zowel verpleegkundigen als artsen en het ontbreken van één standaard en protocol (Volksgezondheid, 2013). Door ondervoeding vroegtijdig te signaleren, kan de behandeling eerder worden gestart en kunnen latere complicaties worden voorkomen (Neelemaat, Meijers, Kruizenga, Ballegooijen, Bokhorst & Schueren., 2011). Wanneer tijdig wordt gestart met behandeling kan dit leiden tot een verbeterde voedingsinname, stabilisatie van gewicht of gewichtstoename, verbetering van de voedingstoestand en een vermindering van de opnameduur en mortaliteit. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren tegen achteruitgang van de zelfredzaamheid (Stuurgroep ondervoeding, 2009). Om de voedingszorg te verbeteren is het belangrijk dat er routinematig wordt gescreend en de zorg volgens standaard protocollen wordt uitgevoerd op geriatrische afdelingen (Volkert et al., 2010).

2.3.5 Screening

Uit onderzoek van Bauer, Kaier & Sieber (2010) blijkt dat het bij screenen van ondervoeding belangrijk is dat er een screeningsinstrument wordt gekozen dat past bij de setting en uitvoering. Verder is het belangrijk dat het screenen routinematig en systematisch verloopt en dat er rekening wordt gehouden met de individuele patiënt. Alleen zo wordt informatie over de graad en oorzaak van de ondervoeding verkregen. Het is daarom van belang dat screening wordt opgenomen in een voedingsbeleid.

Neelemaat et al (2011) stellen dat een van de volgende screeningsinstrumenten gebruikt kan worden bij de screening op ondervoeding in het ziekenhuis:

- Malnutrition Screening Tool (MST)
- Short Nutritional Assessment Questionnaires voor ziekenhuizen (SNAQ),
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002).

In Nederland bestaat er landelijk overeenstemming over het gebruik van de SNAQ en MUST. Het expertteam van VMS beveelt ziekenhuizen aan om één van deze screeningsinstrumenten te gebruiken. De SNAQ kan gebruikt worden bij de opname in het ziekenhuis. Deze is valide en is eenvoudig toepasbaar om ondervoede patiënten te herkennen. De SNAQ is een vragenlijst die drie voedingsgerelateerde vragen bevat. Met behulp van deze vragen kan bij opname al worden vastgesteld of er sprake is van ondervoeding. De MUST is minder toepasbaar bij ouderen omdat deze als ondergrens voor de BMI 18,5 hanteert, terwijl bij ouderen een hogere ondergrens (20) gebruikelijk is. Ook kost de MUST meer tijd doordat de verpleegkundigen het gewichtverlies en de BMI moeten berekenen (VMS, 2009). Uit bovenstaande blijkt dat de SNAQ het meest toepasbaar zou zijn op afdeling geriatrie.

2.4 Voedingsbeleid

Een voedingsbeleid is een praktische uitvoering van de visie van de zorg rondom voeding. In een voedingsbeleid staan de werkwijze, de preventieve en curatieve maatregelen of richtlijnen in verband met de voeding in de organisatie beschreven. De inhoud van een voedingsbeleid is per instelling verschillend. Voedingszorg vereist een samenwerking tussen verschillende disciplines: managers, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, diëtisten, en voedingsassistenten (Pepersack, 2009). Een voedingsbeleid is van belang zodat de betrokken disciplines bij voeding systematisch en routinematig ondervoeding kunnen herkennen en behandelen (Volkert et al., 2010). Kondrup et al (2002) concludeerden in hun studie dat de volgende factoren aan de basis liggen van een gebrek aan aandacht voor voedingszorg:

- Het niet toepassen van beschikbare richtlijnen en instructies met betrekking tot screening en behandeling;
- Onvoldoende kennis bij verpleegkundigen over de theoretische en praktische aspecten van voeding

In de literatuur staan verschillende richtlijnen/leidraden en protocollen beschreven met betrekking tot voeding. Een hiervan is de leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt.

2.5 Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt

De landelijke leidraad is door Asselt et al (2010) ontwikkeld. Het wordt gezien als een eerste stap in de aanpak van ondervoeding bij de geriatrische patiënt. De leidraad is ontwikkeld door middel van consensusonderzoek (Delphitechniek). In meerdere ronden werden meningen van elf klinisch gerieters gegeven, onder leiding van een voedingswetenschapper. Samen met wetenschappelijke literatuur en de uitkomst van de consensus is deze leidraad ontwikkeld. De leidraad is speciaal ontwikkeld voor de geriatrische patiënt. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Gerieters onderschrijven en de stuurgroep ondervoeding ondersteunen deze leidraad. De missie is om ondervoeding bij de geriatrische patiënt terug te dringen. Ten eerste door preventie en vroege herkenning en ten tweede door de behandeling van ondervoeding te bevorderen. De leidraad beschrijft onder andere punten als ondervoeding, screening, behandeling, betrokken disciplines, samenwerking en kwaliteitsindicatoren.

Op het gebied van screening stellen Asselt et al (2010) dat het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), een multidisciplinair onderzoek, de basis is voor het vaststellen van voedingsproblemen. Daarnaast wordt beschreven dat er screenings- en assessmentinstrumenten zijn. Deze zijn beide gericht op het opsporen van (risico op) ondervoeding maar assessmentinstrumenten bevatten als aanvulling ook informatie over (beperkte) diagnostiek naar oorzaak, ernst en aard van ondervoeding.

Assessmentinstrumenten kosten meer tijd en er is vaak getraind personeel nodig voor de uitvoering hiervan. Veel gebruikte en gevalideerde screeningsinstrumenten in Nederlandse ziekenhuizen zijn de SNAQ, de MUST en MNA-SF. De MNA-SF is specifiek gericht op de geriatrische patiënt maar er wordt aanbevolen om deze poliklinisch te gebruiken. De SNAQ en de MUST zijn toepasbaar op klinische afdelingen. Als aanvullend assessmentinstrument wordt de MNA aanbevolen.

Op het gebied van behandeling staat beschreven dat wanneer een geriatrische patiënt ondervoed is, de voedingsinterventie zich richt op de inname van voldoende eiwit, energie, micronutriënten en vocht. De algemene doelen zijn het handhaven en zo mogelijk verbeteren van de voedingstoestand, functie en activiteiten, de kwaliteit van leven en een afname van morbiditeit en mortaliteit. Als voedingsinterventie kan worden gedacht aan aanvulling van tekorten, verstrekking van tussenmaaltijden, aanpassing van consistentie en aanpassing van bijvoorbeeld de eetomgeving. Bij onvoldoende resultaat heeft drinkvoeding een bewezen effect ten opzichte van verrijkte voeding. Wanneer gewone voeding in combinatie met drinkvoeding te weinig effect heeft, kan sondevoeding worden overwogen. Om de effecten

van de voedingsinterventie te monitoren, wordt gewichtsbeloop aanbevolen. Wanneer het gewicht gestabiliseerd is of wanneer het gewenste gewicht bereikt is, kan de voedingsinterventie worden afgebouwd. Ook de MNA kan als monitor dienen, deze is echter wel arbeidsintensiever (Asselt et al., 2010).

In de leidraad wordt op het gebied van betrokken disciplines beschreven dat de behandeling wordt uitgevoerd door een multidisciplinair behandelteam. De arts, diëtiste en geriatisch verpleegkundige maken deel uit van dit team. De voedingsassistente is betrokken in de uitvoering van de behandeling. Daarnaast kunnen andere disciplines in medebehandeling worden gevraagd (Asselt et al., 2010).

2.6 Afdeling geriatrie Rijnstate

Geriatricie is het specialisme voor onderzoek en behandeling van geriatriche patiënten. De patiënten op afdeling geriatrie hebben problemen en ziekten die samenhangen met het ouder worden zoals: problemen met lopen en vallen, chronische ziekten, incontinentie, vergeetachtigheid, eenzaamheid, somberheid of verwardheid. Op afdeling geriatrie in het Rijnstate zijn 21 verpleegkundigen werkzaam. Het merendeel hiervan is MBO opgeleid en zijn parttime werkzaam. De afdeling beschikt over 19 bedden en vier bedden voor de dagkliniek. De bedden zijn verdeeld over één-, twee- en vierpersoonskamers (Rijnstate, z.d.).

Het voedingsbeleid op afdeling geriatrie staat beschreven in twee protocollen. Het protocol 'Screening op en behandeling van ondervoeding' is gericht op het opsporen van ondervoeding met behulp van de SNAQ (zie bijlage 3). Dit protocol is op alle klinische afdelingen toepasbaar. In dit protocol worden de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines beschreven (arts, verpleegkundige, diëtist en voedingsassistente). De verpleegkundige voert de SNAQ uit en afhankelijk van deze score worden er samen met andere disciplines interventies uitgevoerd. De uitslag van de SNAQ score wordt vermeld in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Het protocol 'Vocht- en voedingsintake lijst' beschrijft de wijze waarop gehandeld moet worden bij het bijhouden van een vocht- en voedingsintake lijst (zie bijlage 4). Ook hier worden de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines beschreven. De vocht- en voedingslijst wordt door zowel de voedingsassistente als de verpleegkundige ingevuld. Dit protocol is alleen van toepassing op de afdeling geriatrie. De contactpersoon van het Rijnstate heeft aangegeven dat de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen moet worden onderzocht om het voedingsbeleid op afdeling geriatrie te optimaliseren. Daarom is er eerst gekeken of de bestaande protocollen worden nageleefd en of deze überhaupt worden opgezocht door de verpleegkundigen. Vervolgens is onderzocht wat hier belemmerend en/of bevorderend voor werkt. Aan de hand hiervan zijn aanbevelingen gedaan voor het gebruik van de protocollen. Het uiteindelijke doel is om de inhoud te baseren op de landelijke leidraad, dit is nu namelijk niet het geval. Er is hiervoor gekozen omdat de leidraad zich speciaal richt op de geriatriche patiënt. Dit is namelijk van belang omdat zij andere voedingsbehoefte hebben dan patiënten op andere afdelingen. De leidraad is een belangrijk hulpmiddel voor een betere herkenning en behandeling van ondervoeding bij de geriatriche patiënt.

2.7 Verpleegkundige relevantie

Op 1 januari 2013 telde Nederland 2.7 miljoen ouderen. Er wordt verwacht dat vanaf het jaar 2013 het aantal ouderen versneld zal toenemen. Daarnaast is er sprake van dubbele vergrijzing (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Volgens Campen (2011) is in Nederland 27% van de 65-plussers kwetsbaar. Dit alles betekent dat er in de toekomst steeds meer kwetsbare ouderen zullen zijn. De kans dat je als verpleegkundige te maken krijgt met kwetsbare ouderen is dus groot. Een van de risico's die kwetsbare ouderen lopen is ondervoeding. VMS (2009) geeft aan dat ondervoeding nog steeds een groot probleem is in de Nederlandse ziekenhuizen. Op afdeling geriatrie komt ondervoeding het meeste voor, namelijk 39,2% (Kruk, 2009). Bovenstaande toont aan dat verpleegkundigen veel met

kwetsbare ouderen en ondervoeding in aanmerking komen en is daarom een relevant verpleegkundig onderwerp.

De zorg rondom voeding vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling en verpleegkundige zorg (Persenius, 2008). De verpleegkundige heeft een regierol in de zorg, dus ook in de voedingszorg. Hierbij kan gedacht worden aan observatie, signalering, uitvoeren en evalueren van behandelplan en multidisciplinaire afstemming.

De voornaamste taken van een verpleegkundige met betrekking tot voeding zijn:

- Voorlichting
- Screening
- Monitoren van intake
- Uitvoeren van het voedingsbehandelplan
- Diëtist inschakelen bij ondervoeding
- Ondersteuning van de patiënt tijdens de maaltijden (Secchi, 2010)

De verpleegkundige is niet de enige discipline die verantwoordelijk is voor de voedingszorg. Een multidisciplinaire aanpak van ondervoeding is nodig omdat verschillende disciplines onafhankelijk van elkaar interventies zullen moeten uitvoeren om ondervoeding te herkennen en te behandelen. De verpleegkundigen staan van het gehele multidisciplinaire team het dichtste bij de patiënt. Zij zullen dan ook het meest complete en correcte beeld hebben van de voedingstoestand en problemen (Ekelens, 2010). Ook hebben verpleegkundigen een sleutelrol in het herkennen van ondervoeding omdat zij degene zijn die screenen op ondervoeding (Kruk, 2009).

2.8 Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan dit onderzoek is literatuuronderzoek gedaan. Bij het literatuuronderzoek zijn de volgende selectiecriteria aangehouden:

- publicatie vanaf het jaartal 2003 omdat alles wat ouder is achterhaald kan zijn
- ten minste vanaf level of evidence A2
- onderzoeken in Nederland, Duitsland en Engelstalige landen
- onderzoeken naar ouderen vanaf 70 jaar met voedingsproblemen

Er is gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen. Deze wetenschappelijke artikelen hebben betrekking op veel verschillende onderwerpen zoals voeding, ondervoeding, screening en voedingsbeleid. PubMed en Cinahl zijn gebruikt als databanken voor het literatuuronderzoek.

Voor epidemiologische gegevens zijn verschillende websites van erkende nationale en internationale instanties gebruikt zoals het CBO, RIVM en WHO. In bijlage 2 staat de zoekstrategie uitgewerkt.

Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven welk design is toegepast, waarna de onderzoeksmethode per deelvraag uiteengezet zal worden.

3.1 Design

Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek dat deels kwantitatief en deels kwalitatief van aard is. Dit betekent dus dat er sprake is van een mixed design. Volgens Dassen & Keuning (2010) is de schrijver bij een beschrijvend onderzoek geïnteresseerd in de mate waarin bepaalde verschijnselen voorkomen.

Het eerste deel van het onderzoek is kwantitatief. In dit deel is dossieronderzoek uitgevoerd. Er is gekeken naar welke voorschriften de verpleegkundigen uit de bestaande protocollen op afdeling geriatrie wel of niet naleven.

In het kwalitatieve deel van het onderzoek is gekeken naar belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van het naleven en/of opzoeken van de bestaande protocollen. Dit is gedaan door interviews af te nemen met de betrokken disciplines bij voedingszorg (verpleegkundigen, arts, diëtist en voedingsassistente).

Als laatste deel van het onderzoek is een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de overeenkomsten en verschillen tussen de bestaande protocollen en de landelijke leidraad.

De volgende stappen zijn aangehouden tijdens het onderzoek:

1. Dossieronderzoek om te inventariseren welke voorschriften verpleegkundigen wel en niet naleven ten aanzien van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie
2. Interviews met betrokken disciplines om te inventariseren wat bevorderende en belemmerende factoren zijn m.b.t. tot het naleven van bestaande protocollen en bekendheid inventariseren met de landelijke leidraad
3. Vergelijkend onderzoek door verschillen en overeenkomsten te beschrijven tussen bestaande protocollen op de afdeling en de landelijke leidraad
4. Aanbevelingen over de inhoud en het gebruik van bestaande protocollen op basis van de aangegeven positieve en negatieve punten van de betrokken disciplines en de landelijke leidraad

3.2 Deelvraag 1

Binnen dit onderdeel is de methode van onderzoek van deelvraag 1 beschreven. De deelvraag die centraal staat luidt: Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatrie?

3.2.1 Dossieronderzoek

Inhoudsanalyse is een dataverzamelingstechniek die wordt gebruikt voor het verkrijgen van gegevens uit bestaande documenten. Dossieronderzoek is een vorm van inhoudsanalyse (Migchelbrink, 2009). Het verkrijgen van gegevens is gebeurd met behulp van een checklist. Deze checklist staat beschreven in bijlage 5. Er is dossieronderzoek uitgevoerd door verpleegkundige patiëntendossiers te onderzoeken. In Rijnstate wordt gewerkt met een elektronisch patiëntendossier. Door het dossieronderzoek is de huidige situatie bepaald en is er gekeken welke voorschriften verpleegkundigen uit de bestaande protocollen wel of niet naleven. Dossieronderzoek is een passende dataverzamelingstechniek geweest voor het verkrijgen van informatie omdat de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) de hulpverlener verplicht tot het vastleggen van patiëntengegevens in een dossier. Door gegevens met betrekking tot handelen vast te leggen is het handelen controleerbaar en toetsbaar (Boog, Jong & Kerstens, 2002). Door patiëntendossiers te onderzoeken is dus veel informatie over de verleende zorg met betrekking tot voeding verkregen.

3.2.2 Populatie

De verpleegkundige patiëntendossiers die zijn onderzocht, zijn van patiënten opgenomen in de periode van 1 september 2013 tot en met 31 oktober 2013. De gehele populatie van september en oktober bestond uit 57 patiëntendossiers. Er is gekozen voor de maanden september/oktober omdat de informatie dan het meest recent is. De dossiers zijn geselecteerd op basis van een selecte steekproef. Of een patiënt in de steekproef terecht kwam, was afhankelijk van in- en exclusiecriteria. Een geriatrische patiënt werd geïncludeerd wanneer hij in de maand september en/of oktober opgenomen is op afdeling geriatrie in het Rijnstate. Een geriatrische patiënt werd geëxcludeerd wanneer er sprake was van een dagopname. In een patiëntendossier van een dagopname staat weinig informatie beschreven over voedingszorg. Uiteindelijk zijn er 30 dossiers at random geselecteerd. Het onderzoek is retrospectief uitgevoerd omdat er naar gegevens werd gekeken uit het verleden. Om patiënten privacy te waarborgen wordt normaal gesproken een informed consent getekend. Omdat dit onderzoek retrospectief is uitgevoerd, was dit niet mogelijk. De patiënten privacy is in dit onderzoek gewaarborgd door geen persoonlijke gegevens van patiënten te benoemen.

3.2.3 Checklist

Voordat er met het dossieronderzoek kon worden gestart, is er eerst een checklist opgesteld. Deze lijst beschrijft de punten waar tijdens het dossieronderzoek op geturfd is. De punten uit de checklist zijn afgeleid uit de bestaande protocollen op afdeling geriatrie. De checklist is door de opdrachtgever en de contactpersoon bekeken en zij hebben feedback gegeven. Deze feedback punten zijn verwerkt en hieruit is de definitieve checklist ontstaan.

3.2.4 Verwerken en analyseren

De verwerking van de gegevens van het dossieronderzoek is gebeurd met behulp van het programma Excel. Op de verticale as zijn de vooraf beschreven punten neergezet. Op de horizontale as is geturfd onder het kopje 'volgens protocol' of 'niet volgens protocol'. Vervolgens zijn de gegevens omgezet naar cijfers en procenten. Daarna is het materiaal geordend en georganiseerd waarna er bij elk punt een staafdiagram is opgemaakt.

3.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Met betrouwbaarheid wordt bedoeld dat men na herhaalde meting tot dezelfde resultaten komt. Met validiteit wordt de mate bedoeld waarin er werkelijk gemeten wordt wat er gemeten moet worden (Dassen & Keuning, 2010). Doordat het dossieronderzoek retrospectief heeft plaatsgevonden, is de validiteit vergroot. Verpleegkundigen waren niet op de hoogte gesteld van het dossieronderzoek. Dit betekent dat verpleegkundigen hun werkwijze niet hebben kunnen aanpassen naar sociale wenselijkheid. De huidige situatie is bepaald zoals deze is en er is dus gemeten wat er gemeten moest worden.

Doordat de checklist is beoordeeld door de opdrachtgever en de contactpersoon, is de validiteit van het onderzoek vergroot. Op deze manier zijn alle belangrijke punten in de checklist verwerkt en is er gemeten wat er gemeten moest worden.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen, hebben de studentonderzoekers beide twee dezelfde dossier geanalyseerd. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de mate van overeenkomst tussen de resultaten van twee of meer mensen die onafhankelijk van elkaar een aantal data analyseren (Aronson, Wilson & Akert, 2011). Door dit te doen is het gevaar van vertekening door verschillende interpretaties van de studentonderzoekers voorkomen.

3.3 Deelvraag 2

Binnen dit onderdeel is de methode van onderzoek van deelvraag 2 beschreven.

De deelvraag die centraal staat luidt:

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de disciplines betrokken bij het voedingsbeleid (diëtist, voedingsassistent, verpleegkundigen) om voorschriften uit de protocollen na te leven?

3.3.1 Interview

Voor het beantwoorden van deelvraag 2, heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Er zijn interviews afgenomen met de betrokken disciplines (arts, verpleegkundigen, voedingsassistent en diëtiste) bij voedingszorg. Er zijn verschillende vormen van interviews. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van face to face interviews. Het voordeel van een face to face interview is dat de onderzoeker zo nodig door kan vragen en vragen kan toelichten. Hierdoor kan er meer diepgang in het interview worden gebracht. Een ander voordeel is dat de onderzoeker de non-verbale informatie mee kan nemen. Daarnaast kan de kennis worden getest van de respondent (Dassen & Keuning, 2010). Het nadeel van een face to face interview is dat er bias kan ontstaan. De geïnterviewde kan antwoorden naar sociale wenselijkheid en hierdoor bestaat de kans dat de respondent niet altijd naar waarheid zal antwoorden.

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Voor het afnemen van de interviews, is een topiclijst gemaakt (zie bijlage 6). Het voordeel van een semigestructureerd interview is dat er structuur wordt aangebracht, maar de volgorde van de onderwerpen en de formulering van de vragen niet vast liggen (Migchelbrink, 2009).

De volgende disciplines zijn geïnterviewd: verpleegkundigen, diëtist, arts en voedingsassistent. Deze disciplines zijn geïnterviewd omdat zij allemaal een belangrijke bijdrage leveren aan de voedingszorg van de geriatrische patiënt. Verpleegkundigen hebben zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2.7 een belangrijke rol in de voedingszorg. De verpleegkundigen zijn geïnterviewd om informatie te krijgen over de huidige werkwijze en belemmerende en bevorderende factoren om een protocol wel of niet na te leven. De diëtist heeft een belangrijke rol als specialist in de voedingszorg. De arts is de eindverantwoordelijke van de opgenomen patiënt en heeft als taak om de diëtiste in te schakelen wanneer dit nodig is. De voedingsassistent is degene die de patiënten daadwerkelijk de voeding geeft, de intake bijhoudt en zo nodig bijvoeding geeft wanneer hij/zij hier opdracht toe krijgt.

3.3.2 Populatie

Aan de gehele onderzoekspopulatie (21 verpleegkundigen) is de vraag gesteld om deel te nemen aan een interview. Daarnaast is er ook een arts, diëtiste en voedingsassistent benaderd om deel te nemen aan een interview. Zij hebben een uitnodiging gekregen via de mail. Het streven was om 8 verpleegkundigen te interviewen. Dit aantal is vastgesteld in samenspraak met de opdrachtgever. De verwachting was dat na 8 interviews saturatie op zou treden, en er dus geen nieuwe informatie meer verzameld zou worden. Bij het vaststellen van het aantal interviews is ook rekening gehouden met de beperkte tijdsduur van het onderzoek. Van de 21 verpleegkundigen zijn er uiteindelijk 5 geïnterviewd. Het streven van 8 verpleegkundigen is dus niet behaald. Daarnaast is er één diëtiste en één voedingsassistent geïnterviewd. In verband met tijdsdruk kon de arts niet worden geïnterviewd. Zij heeft vragen via de mail beantwoord. De studentonderzoekers wilden een gerichte streekproef uitvoeren. De vorm van de gerichte steekproef die zij wilden gebruiken, is maximum aan variatie. Dit door de verpleegkundigen in te delen in categorieën aan de hand van werkervaring op afdeling geriatrie. Door de lage respons van de verpleegkundigen op de mail om deel te nemen aan een interview, is het streven niet behaald. Daarom is ervoor gekozen om alle verpleegkundigen te interviewen die mee wilden werken. Er is hierbij dus niet gekeken naar het criterium werkervaring.

3.3.3 Topiclijst interview

Voordat met de interviews kon worden gestart, is er een protocol gemaakt voor het afnemen hiervan (zie bijlage 7). In dit protocol zijn de hoofdlijnen van het interview beschreven. Zo hadden de studentonderzoekers vastigheid tijdens het interviewen. In het protocol zijn topics verwerkt. Voor het maken van de topiclijst is gebruik gemaakt van de onderdelen die beschreven zijn in de landelijke leidraad (zie bijlage 6). Voor het beoordelen van de topiclijst is de expertise van de contactpersoon en opdrachtgever ingezet. Omdat er verschillende disciplines werden geïnterviewd, was het van belang om verschillende topiclijsten te maken. Alle disciplines hebben namelijk andere taken met betrekking tot voedingszorg.

3.3.4 Verwerken en analyseren

Alle interviews zijn opgenomen zodat deze konden worden afgeluisterd en geanalyseerd. Voor het opnemen van de interviews is toestemming gevraagd aan de geïnterviewde. Voordat de gegevens geanalyseerd konden worden, zijn er eerst samenvattingen geschreven. Vervolgens is het materiaal geordend en georganiseerd. Er is een ordeningssysteem aangebracht door in de samenvattingen onderscheid te maken tussen de verschillende topics. Vervolgens zijn de gegevens geanalyseerd en zijn er verbanden gelegd.

3.3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Er is gestreefd naar betrouwbaarheid en validiteit door de volgende punten:

Geloofwaardigheid

De geloofwaardigheid is gewaarborgd doordat er kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethodeën zijn gecombineerd in één onderzoek. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. Verder wordt in het onderzoeksverslag duidelijk hoe de studentonderzoekers tot bepaalde keuzes zijn gekomen en worden deze onderbouwd. Om de kans op vertekening van de onderzoeksresultaten zo klein mogelijk te maken, zijn steeds beide studentonderzoekers bij de interviews aanwezig geweest. Ook is er van te voren een oefeninterview gevoerd met de contactpersoon van het Rijnstate. Het interview diende om de techniek van het interviewen van de studentonderzoekers te verbeteren.

Verplaatsbaarheid

In het onderzoeksverslag staan duidelijk de onderzoekseenheden en de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden beschreven. Ook is beschreven waarom hiervoor is gekozen. Dit heeft betrekking op de verplaatsbaarheid van de conclusies van het onderzoek naar andere settings.

Plausibiliteit

Er is gebruik gemaakt van audioapparatuur om te voorkomen dat er data verloren zouden gaan en zodat het altijd teruggeluisterd kon worden. De anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd door de audio-opnames voor eigen gebruik te houden. Verder zijn het onderzoeksproces en alle gemaakte keuzes tijdens het onderzoek beschreven.

Verifieerbaarheid

Beide studentonderzoekers hebben het eerste interview dat is afgenomen samengevat. Op deze manier is gekeken of de studentonderzoekers bepaalde gegevens op dezelfde manier interpreteren. Wanneer dit niet het geval was, bestond de kans om er over te discussiëren en zo op één lijn te komen. De topiclijst is beoordeeld door de opdrachtgever en de contactpersoon. Op deze manier zijn alle belangrijke punten in de topiclijst verwerkt (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2005).

3.4 Deelvraag 3

Binnen dit onderdeel is de methode van onderzoek van deelvraag 3 beschreven. De deelvraag die centraal staat luidt:

Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de leidraad en de bestaande protocollen?

3.4.1 Vergelijkend onderzoek

Om antwoord te krijgen op deelvraag 3, hebben de studentonderzoekers een vergelijkend onderzoek uitgevoerd. Vergelijkend onderzoek is een manier van onderzoek waarbij de onderzoeker twee (of meer) groepen of situaties met elkaar vergelijkt (Zee, 2006). De bestaande protocollen van de afdeling geriatrie zijn vergeleken met de landelijke leidraad. Tijdens het vergelijkend onderzoek is gekeken naar de volgende punten: screening, behandeling en verschillende disciplines. De vergelijking bestaat uit het benoemen van verschillen en overeenkomsten tussen de bestaande protocollen en de leidraad.

Hoofdstuk 4 Resultaten

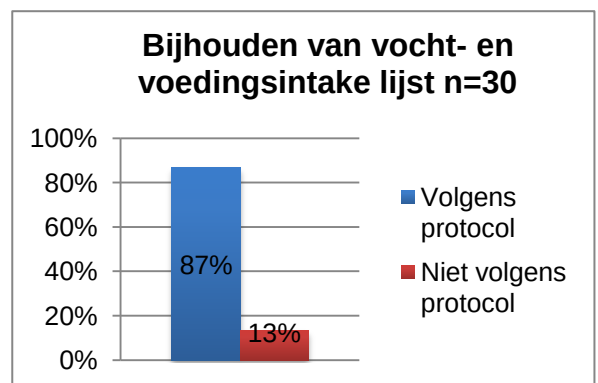
In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek per deelvraag beschreven. In paragraaf 4.1 worden de resultaten beschreven die horen bij deelvraag 1. Paragraaf 4.2 geeft de resultaten weer die horen bij deelvraag 2 en paragraaf 4.3 geeft de resultaten weer behorend tot deelvraag 3.

4.1 Deelvraag 1

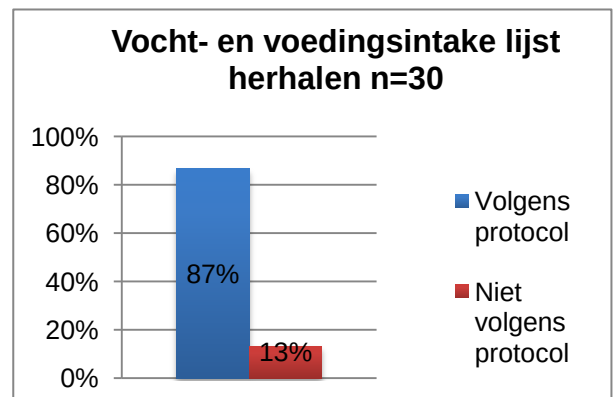
Voor het beantwoorden van deelvraag 1 'Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatrie?', heeft kwantitatief onderzoek plaatsgevonden. Er zijn 30 verpleegkundige patiëntendossiers onderzocht met behulp van een checklist. De punten uit de checklist komen uit de bestaande protocollen. Tijdens het opstellen van de checklist bleek dat een aantal punten uit het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding' niet van toepassing zijn op afdeling geriatrie. Deze punten zijn dan ook niet meegenomen in de checklist. Er is bij elk punt van de checklist geturfd op 'volgens protocol' of 'niet volgens protocol'. De resultaten van het dossieronderzoek worden gepresenteerd door middel van staafdiagrammen en een korte toelichting.

4.1.1 Protocol vocht- en voedingsintake lijst

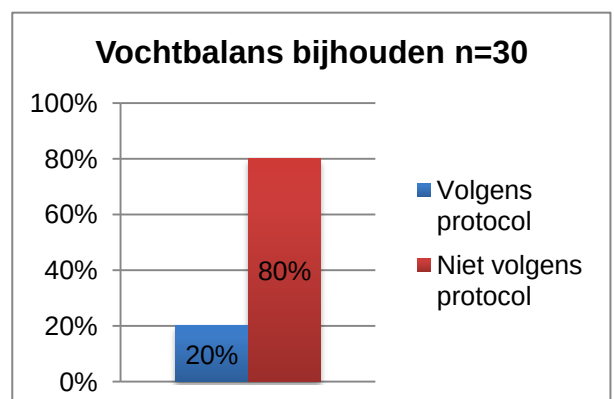
De dag na opname moet er volgens het protocol worden gestart met het bijhouden van een vocht- en voedingsintake lijst. 87% (26/30) van de verpleegkundigen doet dit volgens protocol. 13% (4/30) heeft dit helemaal niet gedaan of heeft het minder dan 3 dagen bij gehouden.



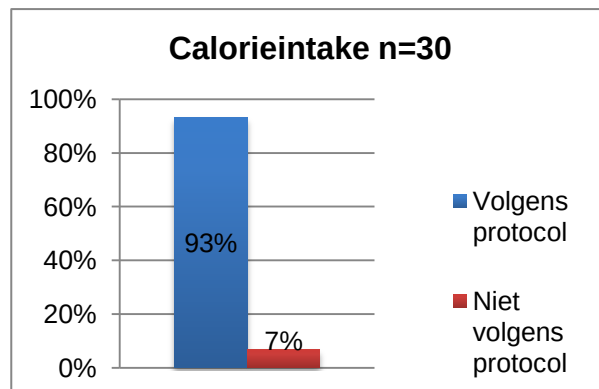
Wanneer na 3 dagen de vochtintake minder dan 1500 ml is en de calorie-intake minder dan 1300 kcal is, moet de vocht- en voedingslijst worden herhaald op dag 7, 14 etc. 87% (26/30) van de verpleegkundigen heeft dit volgens protocol gedaan. 13% (4/30) heeft dit niet of op een andere dag herhaald.



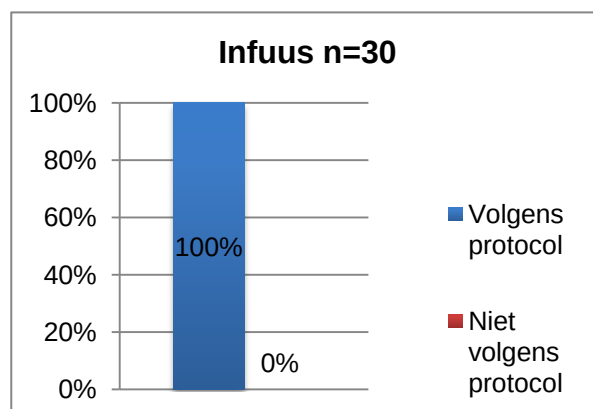
Per 24 uur moet er een vochtbalans worden opgemaakt over de eerste drie opnamedagen. 80% (24/30) van de verpleegkundigen heeft niet volgens protocol gehandeld, zij hebben geen balans opgemaakt. 20% (6/30) heeft dit wel gedaan.



Per 24 uur moet volgens het protocol de calorie-intake van de hele dag worden genoteerd. 93% (28/30) van de verpleegkundigen heeft dit volgens protocol gedaan. 7% (2/30) heeft niet volgens protocol gehandeld.

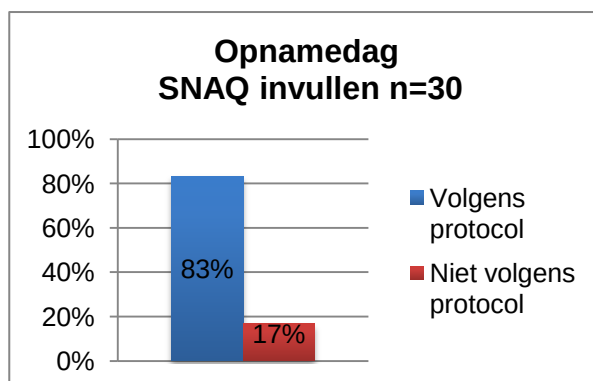


Wanneer een patiënt een infuus heeft, moet de toegediende hoeveelheid vloeistof worden genoteerd in het EPD. 16 patiënten hadden een infuus en bij deze patiënten hebben de verpleegkundigen volgens protocol gehandeld. 14 patiënten hadden geen infuus, deze zijn ook tot 'volgens protocol' berekend. Dus 100% (30/30) van de verpleegkundigen heeft volgens protocol gehandeld

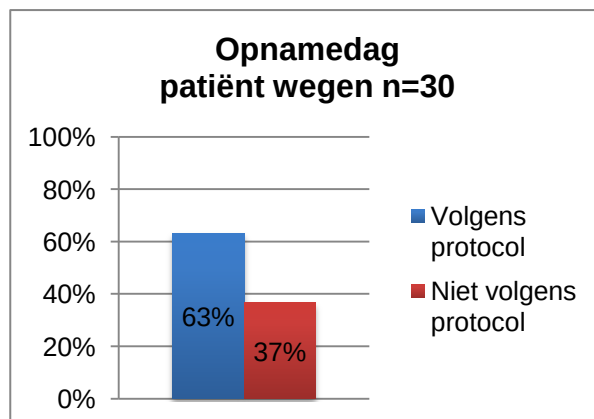


4.1.2 Protocol screening op en behandeling van ondervoeding

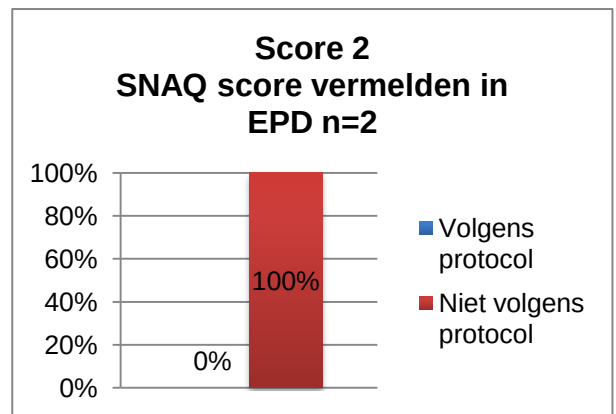
Op de opnamedag moet de SNAQ worden afgenomen en moet deze in het EPD worden genoteerd. 17% (5/30) van de verpleegkundigen heeft niet volgens protocol gehandeld. Hiervan hebben 2 verpleegkundigen de SNAQ niet op de opnamedag afgenomen en 3 verpleegkundigen hebben de SNAQ helemaal niet afgenomen. 83% (25/30) heeft de SNAQ volgens protocol afgenomen



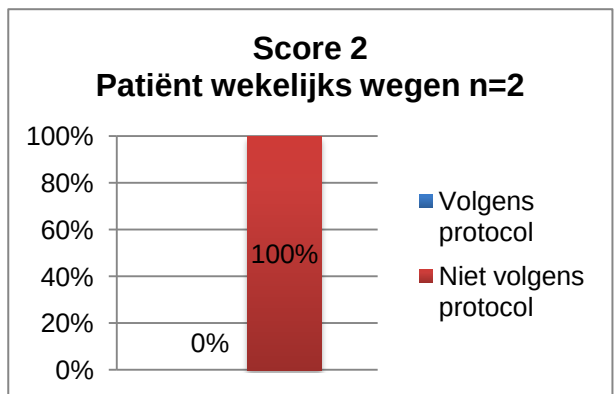
37% (11/30) van de verpleegkundigen heeft de patiënt niet gewogen op de opnamedag. Zij hebben dit te laat of helemaal niet gedaan. 63% (19/30) van de verpleegkundigen heeft wel op de opnamedag gewogen.



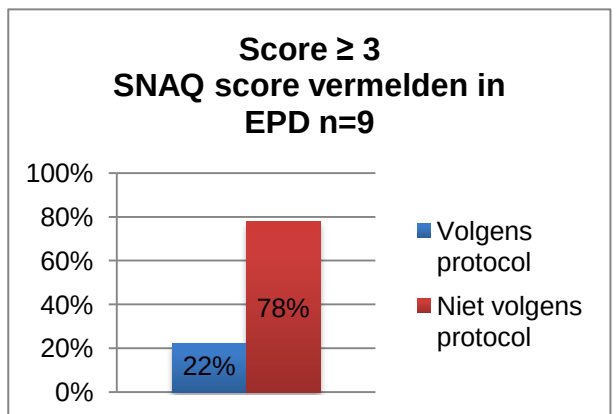
2 patiënten hebben een SNAQ score van 2 gehaald. Wanneer een patiënt een score heeft van 2, moet dit in het EPD worden vermeld onder het tabblad activiteiten. 100% (2/2) van de verpleegkundigen heeft dit niet gedaan



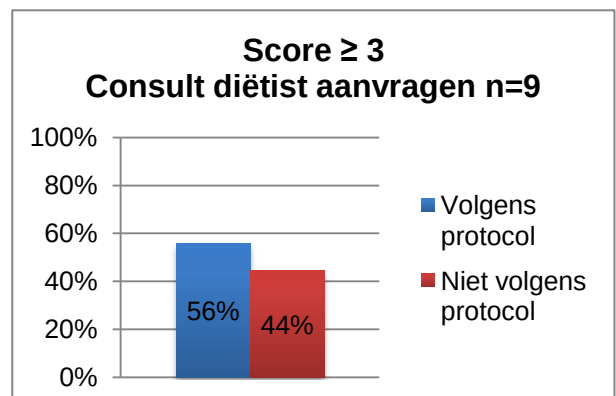
Bij een SNAQ score van 2 moet de patiënt wekelijks worden gewogen. Dit gebeurt op zaterdag of zondag. 100% (2/2) van de verpleegkundigen heeft dit niet gedaan.



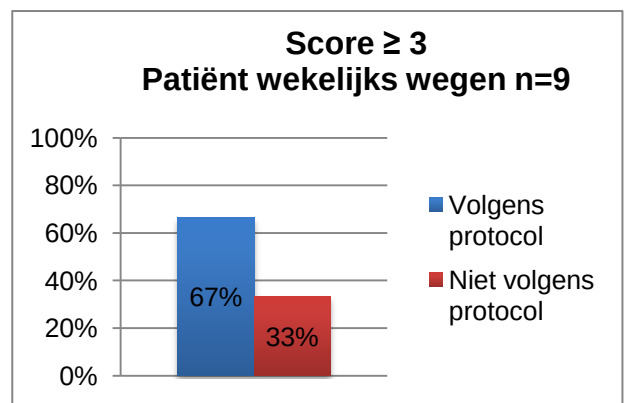
9 patiënten hebben een SNAQ score van 3 of hoger. De score moet worden vermeld in het EPD onder het tabblad activiteiten. 78% (7/9) van de verpleegkundigen heeft niet volgens protocol gehandeld. De score stond niet onder het tabblad activiteiten vermeld of werd niet op opnamedag vermeld. 22% (2/9) heeft wel volgens protocol gehandeld.



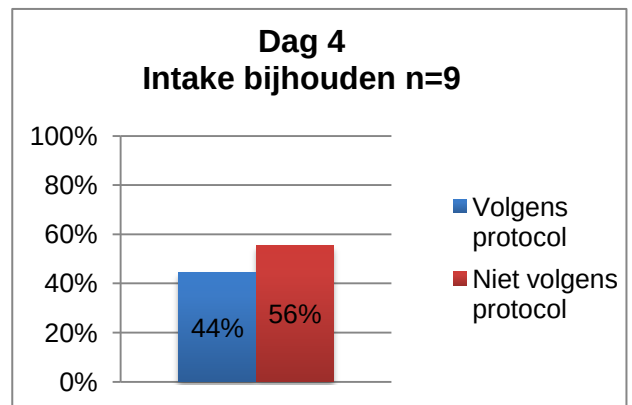
Bij een SNAQ score van 3 of hoger moet de diëtist in consult worden gevraagd. 56% (5/9) van de verpleegkundigen volgens protocol gehandeld. 44% (4/9) heeft dit niet of te laat gedaan.



Wanneer een patiënt een SNAQ score van 3 of hoger heeft, moet de patiënt wekelijks worden gewogen. Dit wordt in het weekend gedaan. 67% (6/9) van de verpleegkundigen heeft dit volgens protocol gedaan. 33% (3/9) heeft niet wekelijks gewogen.



Wanneer een patiënt een SNAQ score van 3 of hoger heeft, moet er naast de drie gebruikelijke dagen ook op de vierde opnamedag een vocht- en voedingsintake lijst worden bijgehouden. 56% (5/9) van de verpleegkundigen heeft niet volgens protocol gehandeld. 44% (4/9) heeft wel volgens protocol gehandeld.



4.2 Deelvraag 2

In dit deel van het onderzoeksverslag worden resultaten van de interviews beschreven. Er zijn vijf verpleegkundigen, een diëtist en een voedingsassistent face to face geïnterviewd. De arts heeft vragen beantwoord via de mail omdat er in verband met tijdsdruk geen afspraak gemaakt kon worden. De resultaten zijn beschreven aan de hand van de topics uit de topiclijst.

4.2.1 Interviews met verpleegkundigen

Bekendheid landelijke leidraad en bestaande protocollen

Tijdens de interviews werd de respondenten gevraagd om iets te vertellen over de bekendheid met betrekking tot de bestaande protocollen en de landelijke leidraad. De meerderheid van de respondenten gaf aan bekend te zijn met de bestaande protocollen. Een enkeling heeft aangegeven niet bekend te zijn met de bestaande protocollen.

"Ik heb er nooit aan gedacht om de protocollen op te zoeken. Ik dacht is daar een protocol voor?"

De meerderheid van de respondenten gaf aan de protocollen ook daadwerkelijk na te leven. Een enkeling gaf aan dit niet te doen. Het volgende citaat onderbouwt deze bewering:

"Ik vind het goed dat de protocollen er zijn maar ik leef ze niet heel strikt na"

Verder gaf de meerderheid van de respondenten aan niet bekend te zijn met de landelijke leidraad.

Taken m.b.t. voedingszorg

De verpleegkundigen gaven aan dat zij de volgende interventies uitvoeren: screenen, observeren, ondersteunen bij voeding, zorgen voor voldoende intake, patiënt motiveren tot eten en drinken, de patiënt wegen, bijhouden van vocht- en voedingslijst. Enkele citaten uit de interviews.

"Ik probeer altijd toezicht te houden of mensen genoeg eten en of dat ze hulp nodig hebben met eten"

"Je houdt wel in gaten of iemand genoeg eet als dat niet genoeg is trek je aan de bel"

"Ik probeer wel echt mensen te stimuleren"

Belemmerende factoren

Aan de respondenten is gevraagd wat belemmerend is om een protocol op te zoeken en/of na te leven. Er worden verschillende belemmerende factoren genoemd maar de factor tijd wordt vaak genoemd. Enkele citaten uit de interviews:

"De reden dat wij de protocollen niet vaak opzoeken is omdat ze moeilijk te vinden zijn en het veel tijd kost. Alleen als je een melding krijgt dat er iets is aangepast zoek je ze op"

"De manier van zoeken kost veel tijd"

"Als het meer op de geriatrische patiënt gericht zou zijn, zou ik de protocollen eerder opzoeken"

"Ik kijk niet regelmatig naar de protocollen omdat ik ze in mijn hoofd heb zitten"

Bevorderende factoren

Op de vraag wat bevorderend zou zijn om de protocollen op te zoeken en/of na te leven werden veel dezelfde antwoorden gegeven. Protocollen worden meer opgezocht als ze toegankelijker zouden zijn en wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn. Citaten die deze bewering onderbouwen:

"Als de protocollen op de afdeling zouden liggen zou ik er vaker naar kijken. Als we ze zouden uitprinten is het handig om ze in de keuken te leggen. Daar ligt natuurlijk al het eten en drinken en de voedingslijsten"

"Wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn zoek ik de protocollen wel op"

Positieve punten:

Er werd aan de respondenten gevraagd of zij positieve punten op konden noemen met betrekking tot het huidige voedingsbeleid. Dit kan dus betrekking hebben op verschillende punten zoals organisatie, samenwerking met andere disciplines en kennis. De respondenten zien het als positief dat er genoeg kennis is met betrekking tot voeding

"Ik denk dat ik genoeg kennis heb".

De respondenten geven echter wel aan dat scholing geen kwaad zou kunnen.

"Ik denk dat het niet verkeerd is als er een bijeenkomst over voeding zal komen".

"Ik denk dat wat meer diepgang over voeding goed zal zijn".

"Ja op zich kan de kennis altijd worden verbeterd met betrekking tot voeding".

Verder gaf de meerderheid aan de samenwerking met de diëtist prettig te vinden.

"Ik vind dat de samenwerking met de diëtist erg goed loopt. Als ik een consult aanvraag dan komen ze en ik kan ze ook altijd bellen. Ook overleggen ze veel met ons".

Negatieve punten:

Er werden een aantal negatieve punten genoemd door de respondenten met betrekking tot de voedingsassistenten. Enkele citaten die deze bewering onderbouwen:

"Ik vind de samenwerking met de andere disciplines prettig maar ik vind dat we met de voedingsassistente meer moeten communiceren. Zij stoppen om half twee en wij horen dan graag van de voedingsassistente hoe de patiënt gegeten heeft. Halverwege de dag kun je nog wat aan de intake doen"

“Met heel veel vaste voedingsassistenten hier op de afdeling gaat het gewoon prima. Er zijn ook wel voedingsassistenten als er dan door de patiënt wordt gezegd van nou ik heb niet zo’n zin in eten, dat ze dan zeggen oké dan eet u een keer niet. Dat vind ik gewoon heel kwalijk”

Verder werd het nog als negatief gezien dat niet alle verpleegkundigen voldoende aandacht besteden aan voeding.

“De ene verpleegkundige zit er heel erg bovenop en de andere helemaal niet. Ik denk dat wij als verpleegkundigen daar veel alerter op moeten zijn”.

“Sommige verpleegkundigen op de afdeling zouden wat meer stil moeten staan bij voeding. Ik denk wel dat ze de kennis hebben maar ze moeten er meer bij stil staan, dat het niet langs hun gaat”

4.2.2 Interview arts

Bekendheid landelijke leidraad en bestaande protocollen

De arts heeft via de mail een aantal vragen beantwoord. Er is aan de arts gevraagd of zij bekend is met de landelijke leidraad en de bestaande protocollen. Ook is er gevraagd of de arts dezelfde protocollen hanteert als de andere disciplines of dat zij een ander protocol heeft.

“Ik ben bekend met de landelijke leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Helaas ligt deze nog steeds op mijn to-do stapel en is nog niet in zijn geheel door mij doorgelezen”.

“Ik gebruik geen specifieke protocollen. Deels vaar je op de afkapwaarden van meetschalen, maar buiten dit is het met name de klinische blik en ervaring die ik gebruik.

Voedingstoestand is een standaardonderdeel van onze geriatrische werkwijze”.

Taken m.b.t. voedingszorg

Aan de arts is gevraagd iets te vertellen over wat haar taken zijn met betrekking tot de voedingszorg.

“Ik volg de geriatrische werkwijze waarin vastgelegd is dat bij alle patiënten, zowel klinisch als poliklinisch de voedingstoestand geïnventariseerd wordt. Ik denk dat wij als arts een belangrijke rol bij de voedingstoestand van de patiënt hebben. Een substantieel deel van onze patiënten is ondervoed. Vaak betreft dit niet alleen de calorie-inname maar met name insufficiënte voeding”.

Bevorderende en belemmerende factoren

Ook is aan de arts gevraagd wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn om een protocol na te leven en/of op te zoeken. Zij gaf geen bevorderende factoren aan maar als belemmerende factor noemde zij tijdsdruk.

“Belemmerende factoren om een protocol in te kijken zijn op dit moment voor mij de tijdsdruk. Ik vind het erg belangrijk om alle protocollen bij te houden. Helaas is voeding maar een van de onderdelen die we bij moeten houden. Indien er meer tijd beschikbaar zou zijn, zou dit zeker helpen het een en ander door te kunnen kijken”.

Positieve en/of negatieve punten:

Er is aan de arts gevraagd of zij positieve en/of negatieve punten heeft met betrekking tot de voedingszorg in het algemeen. Dit kan dus om verschillende punten gaan zoals organisatie, samenwerking met andere disciplines en kennis. De arts noemde geen negatieve punten. Als positief punt noemde zij de samenwerking met de andere disciplines.

'Samenwerking met andere disciplines is goed en laagdrempelig. Dagelijks is er contact met de verpleegkundige en is intake een van de items die in de visite wordt bevraagd. Met de diëtiste is ook laagdrempelig contact. De geriatrische patiënt heeft vaker een ziektebeeld waarbij bij ondervoeding niet zomaar gebruik gemaakt kan worden van sonde of iv. toegang (bv bij delier, verwardheid: risico op uittrekken van sonde etc). Dit maakt dat we regelmatig contact hebben met diëtiste om op maat een plan te maken.

Taken m.b.t. voedingszorg

Aan de arts is gevraagd iets te vertellen over wat haar taken zijn met betrekking tot de voedingszorg.

"Ik volg de geriatrische werkwijze waarin vastgelegd is dat bij alle patiënten, zowel klinisch als poliklinisch de voedingstoestand geïnventariseerd wordt. Ik denk dat wij als arts een belangrijke rol bij de voedingstoestand van de patiënt hebben. Een substantieel deel van onze patiënten is ondervoed. Vaak betreft dit niet alleen de calorie-inname maar met name insufficiënte voeding".

4.2.3 Interview voedingsassistente

Bekendheid landelijke leidraad en bestaande protocollen

Er is aan de voedingsassistente gevraagd of zij bekend is met de landelijke leidraad. Ook is gevraagd of zij dezelfde protocollen hanteert als de verpleegkundigen of dat zij eigen protocollen heeft. De voedingsassistente hanteert een van de protocollen die de verpleegkundigen ook hanteren.

'Ik hanteer het protocol vocht- en voedingsintake lijst'.

"Ik ben wel bekend met de landelijke leidraad. We hebben regelmatig scholing en dat soort dingen worden dan in kaart gebracht"

Taken m.b.t. voedingszorg

Aan de voedingsassistente is gevraagd of zij haar taken en verantwoordelijkheden kan beschrijven met betrekking tot de voedingszorg. De voedingsassistente beschrijft dat het haar taak is om s' ochtends, s' middags en s' avonds het eten rond te delen. Daarnaast is het de taak van de voedingsassistente om tussendoortjes te verstrekken. Ook is het haar taak om elke keer de intake te noteren.

Bevorderend/belemmerend

De voedingsassistente heeft geen bevorderende en belemmerende factoren genoemd om een protocol wel of niet na te leven. Zij heeft één protocol dat ze hanteert en moet daar ook de intake op noteren.

Positieve en/of negatieve punten

Aan de voedingsassistente is gevraagd of zij positieve en/of negatieve punten heeft met betrekking tot de voedingszorg. In verband met haar leeftijd zit zij niet meer op vernieuwingen te wachten, zij houdt zich er niet meer zo mee bezig. Over het algemeen is zij erg positief. Een verbeterpunt is dat de kennis vergroot kan worden bij de verpleegkundigen. Enkele citaten die deze beweringen onderbouwen:

"De kennis bij verpleegkundigen is niet altijd even goed. Wij zijn eigenlijk gespecialiseerd in voeding. Zij weten natuurlijk ook een aantal dingen over voeding maar wij weten soms net even iets meer".

"Ik houd me er niet meer zo mee bezig. Van mij hoeft er niet zo veel te veranderen maar dat heeft ook met mijn leeftijd te maken. Ik wil mijn werk doen, me 100% inzetten maar ik zit niet meer op vernieuwingen te wachten".

"Ik heb op andere afdelingen gestaan en daar ging het moeizaam maar dit is gewoon een team, je bent een radar in het geheel. Het loopt echt perfect"

4.2.4 Interview diëtiste

Bekendheid landelijke leidraad en bestaande protocollen

Er is aan de diëtiste gevraagd of zij bekend is met de landelijke leidraad en de bestaande protocollen of dat zij eigen protocollen heeft. Zij is bekend met de landelijke leidraad en bestaande protocollen.

“We werken met het SNAQ protocol. Daar moet ik me echt aan houden maar ik lees deze nooit door. De vocht- en voedingsintake lijst vind ik heel erg prettig werken dus daar houd ik me ook aan. Voor de rest werk je vanuit je eigen professie en bepaalde richtlijnen. Er bestaat ongetwijfeld ook een energie- en eiwitverrijkt protocol maar niet specifiek gericht op de geriatrische patiënt”.

Bevorderende en belemmerende factoren

De vraag is gesteld of de diëtist bevorderende en belemmerende factoren kan noemen om de protocollen na te leven en/of op te zoeken. Zij ziet de meerwaarde van een protocol in en vindt het prettig werken, dit werkt bevorderend. Belemmerend om protocollen op te zoeken is dat ze deze uit haar hoofd kent.

“De vocht- en voedingsintake lijst vind ik heel prettig werken en ik zie er de meerwaarde van in”

Positieve punten

Er is aan de diëtiste gevraagd of zij positieve punten kan benoemen met betrekking tot de voedingszorg. Zij ziet het als positief dat verpleegkundigen makkelijk naar haar toe komen met vragen en dat ze met haar in discussie durven te gaan. Ook vindt ze het goed dat voedingsassistenten en verpleegkundigen letten op de voeding van de patiënt. Enkele citaten die deze bewering onderbouwen:

“Verpleegkundigen komen makkelijk naar mij toe met vragen. We zijn ook heel regelmatig op de afdeling zodat we makkelijk benaderbaar zijn. Ze kunnen ons altijd bellen en ik word ook regelmatig gemaild met vragen”.

“Dat merk ik soms bij verpleegkundigen dat ze dan een discussie met mij aangaan bijvoorbeeld waarom wil je nu wel sondevoeding en bij die patiënt niet. Dat is hartstikke goed dat ze dat doen”.

“Er zijn een hele hoop goede voedingsassistenten en verpleegkundigen die tegen de patiënt zeggen goh zou u niet een beker melk drinken in plaats van een kop thee. Dat is alleen maar fantastisch”.

Negatieve punten

Er is aan de diëtiste gevraagd of zij negatieve punten kan benoemen met betrekking tot de voedingszorg. Negatieve- en verbeterpunten gaan over de verpleegkundige rapportage en overdracht, wegen en screening en kennis.

“Er zijn acht thema's in de verpleegkundige rapportage en ik vind dat er bij elk thema iets geschreven moet worden. Ik lees heel vaak gewoon niks over eten terug. Of eet matig of eet goed en daar kan ik dan niks mee. Ik ben altijd afhankelijk van de informatie die anderen bij aanbieden. Dan moet je hopen dat je een verpleegkundige hebt die al drie dagen bij die patiënt heeft gestaan en er iets over kan vertellen. Voedingsassistente idem dito, ik ben net drie dagen vrij geweest dus daar weet ik niks over”.

“Wat ik een verbeterpunt vind voor de verpleging is de overdracht. Als zij een overdracht genereren neemt die gegevens uit de anamnese automatisch mee. Wanneer ik in consult ben geweest, wordt dat daar niet automatisch vermeld. Dit gebeurt alleen wanneer een alerte verpleegkundige dit er nog aan toe voegt. Stel nou dat ik voor een patiënt heb afgesproken twee keer daags drinkvoeding. De patiënt gaat naar het verpleeghuis en krijgt de eerste drie dagen geen drinkvoeding want mijn overdracht volgt pas later”.

“Het wegen gebeurt heel slecht. Ik ben al heel blij als het een keer per week gebeurt. Het is een periode ontzettend goed gegaan maar op het moment gaat het heel slecht”.

“Wat wij vaak zien is dat er wel gescreend wordt maar dan geen consult geschreven wordt of wel gescreend maar dan een keer na 4 dagen. Dit gebeurt vaak in de late diensten of nachtdiensten”.

“Ik dacht altijd dat er geen kennistekort was totdat ik een presentatie heb gegeven over voeding bij geriatrie over verschillende soorten sonde- en drinkvoeding. Toen merkte ik wel dat niet iedereen überhaupt weet dat daar verschil in zit. En waarom ik de ene keer voor dat kies en de andere keer voor dat. Als je iets wil veranderen moet er scholing plaatsvinden. Je moet mensen uitleggen waarom ze iets moeten doen”.

“Voor mij persoonlijk is het af en toe niet meer te snappen welke arts welke patiënt heeft. Dat moet ook duidelijker kunnen. Alle patiënten hebben een blauw of een roze kaartje en een van. Een van de twee artsen is dan blauw en de andere is roze”.

‘Soms wordt er iets te afwachtend gedaan en in andere gevallen soms weer iets te agressief. Of we doen niks of we doen het héél goed en dan is er niet echt een tussenweg’.

4.3 Deelvraag 3

De studentonderzoekers hebben de bestaande protocollen op afdeling geriatrie vergeleken met de landelijke leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Er is hierbij gekeken naar de volgende punten: screening, behandeling en verschillende disciplines. De vergelijking bestaat uit het benoemen van verschillen en overeenkomsten tussen de bestaande protocollen en de leidraad.

4.3.1 Vergelijking screening

Het screeningsinstrument dat gebruikt wordt in de bestaande protocollen op afdeling geriatrie, is de SNAQ. De SNAQ wordt ook in de leidraad benoemd als een valide en betrouwbaar screeningsinstrument. Als assessmentinstrument wordt de MNA specifiek voor de geriatrische patiënt aanbevolen. In het bestaande protocol ‘vocht- en voedingsintake lijst’ staat beschreven dat de MNA ook gebruikt wordt op afdeling geriatrie. Deze wordt bij op- of overname ingevuld door de arts. In de praktijk wordt dit alleen poliklinisch gedaan en niet klinisch.

4.3.2 Vergelijking behandeling.

Overeenkomstige voedingsinterventies tussen de leidraad en de bestaande protocollen zijn aanvulling van tekorten, verstrekking van tussenmaaltijden en verstrekking van drinkvoeding. Wat niet in de bestaande protocollen wordt beschreven maar wel in de leidraad is sondevoeding, aanpassen van consistentie en de eetomgeving aanpassen. Daarnaast zijn er verschillen opgemerkt die betrekking hebben op een aantal grenswaarden voor voedingsstoffen. In tabel 1 volgt een overzicht met de verschillen tussen de leidraad en de bestaande protocollen.

Voedingsstof	Aanbevolen volgens leidraad	Beschreven in protocol
Energie	HB + 30% Ten minste 400 kcal per dag boven op normale voeding. Ondergrens voedingsinname is 1500 kcal per dag	Bij snaq score 2. Ten minste 200 kcal boven op normale voeding. Ondergrens voedingsinname 1300 kcal per dag Snaq score 3. H&B + 30%
Eiwit	1.2-1.5 gram eiwit per kg lichaamsgewicht voor ondervoede patiënten	1.2 gram eiwit per kg lichaamsgewicht en 5 gr eiwit boven op normale voeding
Vitaminen en mineralen	(Tijdelijk) multivitaminepreparaat overwegen wanneer voeding onvoldoende mineralen en vitamine bevat. Geen aanwijzingen dat	Geen vermelding over vitamine en mineralen

	vitaminen en mineralen bij ondervoeding extra moeten worden aangevuld.	
Vocht	Minimaal 1700 ml/dag drinkvocht	Minimaal 1500 ml/dag vocht

Tabel 1: Voedingsstoffen

4.3.3 Vergelijking monitoring

Als instrument om de voedingsinterventie te monitoren, wordt in de leidraad gewichtsbeloop aanbevolen. In de bestaande protocollen wordt ook gewichtsmeting gezien als monitoring van de voedingsinterventie. In de protocollen wordt beschreven dat de patiënt op de opnamedag gewogen wordt en daarna wekelijks. In het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding' wordt beschreven dat er bij een SNAQ score van 2 en 3 of hoger wekelijks gewogen moet worden. Echter wordt in de leidraad bij een ondervoede patiënt aanbevolen twee keer per week te wegen. In het protocol 'vocht- en voedingsintake lijst' wordt benoemd dat er minimaal twee keer per week gewogen moet worden bij een vocht-intake minder dan 1000 ml en een calorie-intake minder dan 1300 kcal.

4.3.4 Vergelijking andere disciplines

Evenals in de leidraad worden er in de bestaande protocollen de volgende disciplines genoemd die betrokken zijn bij de voedingszorg: diëtiste, voedingsassistente, arts en verpleegkundige. De taakverdeling komt deels overeen. Een verschil is dat in de leidraad wordt beschreven dat de MNA klinisch door de geriatrisch verpleegkundige wordt uitgevoerd. In het bestaande protocol wordt benoemd dat dit door de arts alleen poliklinisch wordt gedaan. Daarnaast is een verschil dat in de leidraad wordt beschreven dat de diëtiste aanwezig is bij het multidisciplinaire overleg. Uit de interviews is gebleken dat de diëtiste niet deelneemt aan het multidisciplinaire overleg maar dit staat niet in de protocollen beschreven.

Hoofdstuk 5 Conclusies

In dit hoofdstuk zullen er verbanden worden gelegd tussen op zichzelf staande resultaten en/of onderzoeksmethoden. Op basis hiervan zullen conclusies getrokken worden. Vervolgens worden op basis van de conclusies de deelvragen beantwoord. Als laatste zal de hoofdvraag worden beantwoord.

5.1 Deelvraag 1

Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatrie?

De eerste conclusie die getrokken kan worden is dat het protocol 'vocht- en voedingsintake lijst' over het algemeen goed wordt nageleefd. Het enige voorschrift uit het protocol dat niet goed wordt nageleefd is 'totale balans intake valideren'. Dit wordt door 80% van de verpleegkundigen niet volgens protocol uitgevoerd.

De tweede conclusie die getrokken kan worden is dat het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding' niet altijd even goed wordt nageleefd. Er zijn zes voorschriften uit het protocol die niet goed worden nageleefd. Het gaat om de volgende voorschriften:

- Patiënt wegen op opnamedag
- SNAQ score vermelden in EPD bij een score van 2
- Patiënt wekelijks wegen bij een score van 2
- Consult diëtist aanvragen bij een score van 3
- Patiënt wekelijks wegen bij een score van 3
- Intake bijhouden op dag 4 bij een score van 3 of hoger.

5.2 Deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de disciplines betrokken bij het voedingsbeleid (arts, diëtist, voedingsassistent, verpleegkundigen) om voorschriften uit de protocollen op te zoeken en/of na te leven?

De meerderheid van de verpleegkundigen zou vaker protocollen opzoeken wanneer deze toegankelijker zouden zijn. Wanneer de protocollen meer gericht zouden zijn op de geriatrische patiënt, zouden de verpleegkundigen het protocol ook vaker bekijken. Nieuwe ontwikkelingen in het protocol zijn ook een reden zijn om deze op te zoeken.

Een belemmerende factor die door verpleegkundigen wordt genoemd om de protocollen op te zoeken, is dat deze lastig te vinden zijn. Doordat ze lastig te vinden zijn kost dit veel tijd. Verpleegkundigen kennen het protocol uit het hoofd, en zoeken het daarom ook niet op.

Er worden niet veel bevorderende factoren genoemd om protocollen na te leven. Één bevorderende factor die wordt genoemd om het protocol na te leven, is door het er regelmatig met collega's over te hebben.

Belemmerend om de protocollen niet na te leven, is omdat bij sommige patiënten de grenswaarden voor intake niet haalbaar zijn. Sommige verpleegkundigen blijven hangen in het oude protocol en leven daardoor niet alle voorschriften uit het nieuwe protocol na. Verpleegkundigen waren er niet altijd van op de hoogte dat er een protocol voor was. Daarnaast waren verpleegkundigen niet altijd in staat aan te geven waarom ze het protocol niet naleefden.

Ook de overige disciplines betrokken bij de voedingszorg benoemen bevorderende en belemmerende factoren. De arts geeft aan dat tijdsdruk een belemmerende factor is om de protocollen te bekijken.

De diëtiste benoemt als bevorderende factor om de bestaande protocollen na te leven dat ze het prettig vindt werken. Daarnaast ziet ze de meerwaarde in van het protocol 'vocht- en voedingsintake lijst'. Een belemmerende factor om de protocollen op te zoeken is dat ze de protocollen uit haar hoofd kent.

De voedingsassistente benoemt geen bevorderende en belemmerende factoren om een protocol op te zoeken en/of na te leven. Zij hanteert één protocol die ze dagelijks gebruikt.

5.3 Deelvraag 3

Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de leidraad en de bestaande protocollen?

De landelijke leidraad en de bestaande protocollen vertonen op het punt van screening enkele overeenkomsten. De SNAQ wordt in de leidraad als een valide en betrouwbaar screeningsinstrument gezien en deze wordt ook toegepast op de afdeling geriatrie. Daarentegen wordt er als assessmentinstrument aanbevolen klinisch de MNA te gebruiken. De MNA is terug te vinden in de bestaande protocollen, maar wordt alleen poliklinisch uitgevoerd.

Op het gebied van behandeling worden in de protocollen en de leidraad veelal dezelfde interventies beschreven. Er is een verschil in de grenswaarden die worden gehanteerd voor vocht, eiwit en de calorie-intake. Op het gebied van monitoring wordt in de protocollen evenals in de leidraad gewichtsbeloop gebruikt als monitoring. Zowel in de twee bestaande protocollen als in de leidraad worden verschillende aanleidingen en frequenties voor wegen genoemd.

Op het punt van samenwerking met andere disciplines zijn zowel overeenkomsten als verschillen te zien. De betrokken disciplines en de taakverdeling komen deels overeen. Verschillen zijn te zien op het vlak van de MNA. Verder zijn er verschillen te zien in de overlegvormen en het behandelteam. In de leidraad wordt er overleg met de verschillende disciplines aanbevolen. Op de afdeling geriatrie is in de praktijk alleen overleg tussen twee verschillende disciplines te zien, maar geen overlegvormen waar alle betrokken disciplines bij aanwezig zijn.

5.4 Vraagstelling

Zijn er verbeterpunten op het gebied van de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie in ziekenhuis Rijnstate? Zo ja, welke verbeterpunten zijn er nodig om het voedingsbeleid op afdeling geriatrie te optimaliseren?

De inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie in ziekenhuis Rijnstate kent een aantal verbeterpunten. Op het gebied van het gebruik en de inhoud van de protocollen zijn de volgende verbeterpunten naar voren gekomen

- De protocollen moeten toegankelijker worden. Op dit moment zijn de protocollen moeilijk te vinden en dit is tijdrovend.
- Het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding' moet gericht worden op de geriatrie afdeling. Enkele voorschriften uit het protocol zijn niet van toepassing op afdeling geriatrie zoals oranje voedingslijsten aan het bed bij de patiënten en de diëtiste bellen.
- Beide protocollen, 'screening op en behandeling van ondervoeding' en 'vocht- en voedingsintake lijst', moeten worden aangepast aan de geriatrie patiënt. Deze protocollen moeten gebaseerd worden op de landelijke leidraad zoals grenswaarden van calorie-intake en vocht-intake.
- De MNA wordt op dit moment alleen poliklinisch toegepast. Als assessmentinstrument wordt de MNA ook klinisch aanbevolen in de leidraad. Als verbeterpunt zou de MNA ook klinisch kunnen worden toegepast.
- Het wegen en de inzet van de diëtiste gebeurt nog niet optimaal.

- In de bestaande protocollen wordt niets vermeld over aanvulling van vitamines en mineralen, terwijl dit wel van belang is bij ondervoede patiënten.
- De kennis bij verpleegkundigen kan verbeterd worden op het gebied van voeding.
- De verpleegkundige rapportage over voeding kan verbeterd worden.
- De overdracht van de verpleegkundigen bij overname moet verbeterd worden
- Het blijkt dat de communicatie tussen de verpleegkundige en voedingsassistente niet optimaal verloopt
- Er moeten overlegmomenten komen tussen de arts, diëtiste en verpleegkundigen, op dit moment gebeurt dit namelijk niet.
- Verpleegkundigen moeten alerter zijn op voedingsgerelateerde problemen

Hoofdstuk 6 Discussie

In dit hoofdstuk is de kritische nabeschuiving van het onderzoek beschreven. Als eerst wordt er een vergelijking gemaakt tussen dit onderzoek en vergelijkbare onderzoeken. Daarna worden sterke punten van het onderzoek benoemd. Vervolgens worden beperkingen en kanttekeningen van het onderzoek aan het licht gebracht.

De volgende vraagstelling is leidend geweest tijdens het gehele onderzoek: *Zijn er verbeterpunten op het gebied van de inhoud en het gebruik van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie in ziekenhuis Rijnstate? Zo ja, welke verbeterpunten zijn er nodig om het voedingsbeleid op afdeling geriatrie te optimaliseren?*

De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn: verpleegkundigen leven niet alle voorschriften uit de protocollen na, met name uit het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding', verpleegkundigen noemen verschillende belemmerende/ bevorderende factoren om een protocol op zoeken en/of na te leven. Daarnaast noemen de verschillende disciplines een aantal verbeterpunten rondom de voedingszorg. Uit het vergelijkend onderzoek zijn zowel overeenkomsten als verschillen gevonden tussen de leidraad en de bestaande protocollen.

6.1 Vergelijking andere onderzoeken

In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt met vergelijkbare onderzoeken en dit onderzoek. Er is gekeken welke overeenkomsten en/of verschillen er zijn.

Jong (2013) concludeerde in haar onderzoek dat belemmerende factoren om een protocol na te leven vooral betrekking hebben op navigatieproblemen. Sommige respondenten kenden de protocollen helemaal niet. Daarnaast raadplegen zij de protocollen niet omdat zij het gevoel hadden de voorschriften al correct uit te voeren. Deze belemmerende factoren komen overeen met de resultaten uit dit onderzoek.

Keusters (2007) concludeert dat het kritisch analyseren van bestaande en soms verouderde gewoontes en het opstellen van verschillende nieuwe maatregelen kunnen leiden tot een reductie van het aantal patiënten met ondervoeding. Doordat er in dit onderzoek protocollen zijn geanalyseerd op inhoud en gebruik en daaruit aanbevelingen zijn beschreven, kan dit onderzoek een meerwaarde zijn voor de afdeling geriatrie.

Tot slot is er een onderzoek uitgevoerd op de afdeling geriatrie in het Rijnstate. Dit onderzoek heeft ook het voedingsbeleid geanalyseerd maar heeft zich vooral gericht op de voedingsbehoefte van de geriatrische patiënt. Er zijn deels dezelfde resultaten uitgekomen. De MNA wordt zowel in het onderzoek van Bosch & Kemper (2013) als in dit onderzoek aanbevolen als aanvullend assessmentinstrument. Daarnaast wordt in beide onderzoeken geconcludeerd dat vitamines en mineralen moeten worden meegenomen in het voedingsbeleid. Een verschil is te zien in de uitkomsten van het screenen. Uit het onderzoek van Bosch & Kemper (2013) blijkt dat 74% screent volgens protocol, daarentegen blijkt uit dit onderzoek dat 83% screent volgens protocol.

6.2 Deelvraag 1

Voor het beantwoorden van deelvraag 1 '*Welke voorschriften leven verpleegkundigen wel of niet na uit de twee bestaande protocollen op de afdeling Geriatrie?*', is kwantitatief onderzoek uitgevoerd door middel van dossieronderzoek. Hierna volgen sterke punten en discussiepunten die tijdens de uitvoeringsfase naar voren zijn gekomen.

De studentonderzoekers zien het als een sterk punt dat zij de checklist die is gebruikt tijdens het dossieronderzoek door meerdere experts hebben laten beoordelen. Hierdoor is de validiteit vergroot en is er gemeten wat er gemeten moest worden. Verder hebben de studentonderzoekers aan het begin van het dossieronderzoek beide twee dezelfde dossiers onderzocht. De uitkomsten hiervan zijn vergeleken en er is over gediscussieerd. Hierdoor interpreteren de studentonderzoekers de uitkomsten op dezelfde manier en dus is de kans op vertekening kleiner.

Het eerste discussiepunt heeft betrekking op de SNAQ score. Bij het screenen op ondervoeding kunnen patiënten verschillende SNAQ scores behalen. In sommige gevallen hebben van de 30 onderzochte patiëntendossiers maar 2 patiënten een SNAQ score van 2 behaald. Dit betekent dat er maar twee keer kan worden gekeken of verpleegkundigen de bijbehorende interventies volgens protocol hebben uitgevoerd. In deze gevallen zegt het weinig over of de verpleegkundigen de voorschriften uit het protocol na leven of niet. Wanneer er meer verpleegkundige patiëntendossiers zouden zijn onderzocht, hadden er wellicht andere conclusies kunnen worden getrokken.

Het tweede discussiepunt heeft betrekking op het dossieronderzoek. De keuze is gemaakt om te turven op 'volgens protocol' en 'niet volgens protocol'. Bij sommige punten in de checklist is ervoor gekozen om te turven volgens protocol, terwijl dit bij de patiënt niet van toepassing was door bijvoorbeeld kortere opname, geen infuus of genoeg intake. In deze gevallen kon niet worden gezegd dat het niet volgens protocol is uitgevoerd. Daarnaast zou het onduidelijk worden om alle redenen te beschrijven waarom het niet van toepassing is.

Wat sterk naar voren kwam in de resultaten van het dossieronderzoek is dat het bijhouden van een vochtbalans niet goed gebeurt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit in de praktijk lastig uit te voeren is. Bij een vochtbalans moet ook de output worden bijgehouden. Dit kan lastig zijn in verband met incontinentie en mobiliteitsbeperkingen. Dit is ook in de literatuur teruggevonden (Schols, z.d.).

Verder is het opvallend dat de voorschriften uit het protocol 'screening op en behandeling van ondervoeding' niet goed worden uitgevoerd. Dit staat in contrast met wat de verpleegkundigen tijdens de interviews aangaven. De meerderheid van de verpleegkundigen gaf namelijk aan het protocol te kennen en dit ook daadwerkelijk na te leven.

6.3 Deelvraag 2

Voor het beantwoorden van deelvraag 2 '*Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de disciplines betrokken bij het voedingsbeleid (arts, diëtist, voedingsassistent, verpleegkundigen) om voorschriften uit de protocollen na te leven?*', is kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van interviews. Tijdens de uitvoering hiervan zijn een aantal sterke punten en discussiepunten naar voren gekomen.

Een sterk punt is dat alle interviews zijn opgenomen, zodat deze op elk gewenst moment konden worden terug geluisterd. Hierdoor is er veel informatie verkregen die anders misschien verloren zou zijn gaan wanneer er alleen genotuleerd zou zijn. Verder zijn steeds beide studentonderzoekers bij de interviews aanwezig geweest. Hierdoor hadden zij de kans om door te vragen. Op deze manier is er veel informatie verkregen. Als laatste hebben de studentonderzoekers een protocol opgesteld voor de interviews. Op deze manier is er tijdens elk interview op dezelfde manier gewerkt.

Het eerste discussiepunt is dat er relatief weinig verpleegkundigen zijn geïnterviewd. De verpleegkundigen hebben een uitnodiging per mail ontvangen. Er zijn ook verpleegkundigen benaderd op de afdeling. Het streven was om 8 verpleegkundigen te interviewen, uiteindelijk zijn dit er 5 geworden. De belangrijkste genoemde redenen om niet te willen deelnemen aan een interview zijn tijdsdruk en het hebben van andere prioriteiten. Een mogelijke verklaring voor de lage respons is dat de uitnodiging die per mail is gestuurd om deel te nemen aan een interview, niet duidelijk genoeg is geweest. Er is van verschillende betrokkenen vernomen dat de mail niet alle benodigde informatie bevatte. Daarnaast heeft een aantal verpleegkundigen het als vervelend ervaren dat er na enkele dagen een herinneringsmail is gestuurd. Ook kan het zijn dat het draagvlak voor het onderzoek bij de verpleegkundigen klein is. Het onderzoek is opgestart op de polikliniek maar dit is niet gecommuniceerd naar de verpleegkundigen op de afdeling. Daarnaast kan de manier van benaderen nog van invloed zijn geweest. Wellicht was het beter geweest om alle verpleegkundigen persoonlijk te benaderen.

Als de respons hoger was geweest, had het onderzoek tot extra inzichten kunnen leiden en hadden er meer gegronde conclusies kunnen worden getrokken. De geïnterviewden zijn mogelijk niet representatief voor de gehele onderzoekspopulatie (21 verpleegkundigen). De resultaten van de interviews met de verpleegkundigen zullen daarom met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Het derde discussiepunt gaat over het feit dat er tijdens het onderzoek geen arts is geïnterviewd in verband met tijdsdruk. Om bepaalde vragen toch beantwoord te krijgen, hebben de studentonderzoekers ervoor gekozen om vragen via de mail te sturen. Een face to face interview met de arts had wellicht nog andere interessante punten aan het licht kunnen brengen omdat er dan kan worden doorgevraagd.

Het vierde discussiepunt dat naar voren komt heeft betrekking op de steekproef bij de interviews. Het streven was om een maximum aan variatie te krijgen door gebruik te maken van het criterium werkervaring op afdeling geriatrie. Door de lage respons is dit echter niet gelukt. Werkervaring is dus niet meegenomen in de conclusies.

Het laatste discussiepunt gaat over het interview met de diëtist. De diëtiste gaf aan dat een interview met een logopedist van toegevoegde waarde had kunnen zijn voor het onderzoek. De logopedist kan namelijk ook intensief betrokken zijn bij de voedingszorg bij bepaalde problemen. In verband met tijdsdruk is er geen logopedist benaderd. Als dit wel mogelijk was geweest, had het onderzoek mogelijk tot andere inzichten kunnen leiden.

Tijdens het analyseren van de interviews is er een interessante zaak naar voren gekomen op het gebied van kennis. De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan genoeg kennis te hebben met betrekking tot voeding. De diëtiste en voedingsassistente daarentegen geven aan dat de verpleegkundigen niet altijd genoeg kennis hebben. Dit komt overeen met wat in de literatuur beschreven staat. De gezondheidsraad (2011) concludeert dat de kennis over ondervoeding bij ouderen grote gaten vertoont. Mogelijk overschatten verpleegkundigen hun kennisniveau.

6.4 Deelvraag 3

Om de deelvraag *‘Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de leidraad en de bestaande protocollen?’*, te beantwoorden is er een vergelijkend onderzoek uitgevoerd. Tijdens de uitvoering hiervan zijn de studentonderzoekers nergens tegenaan gelopen en dus zijn er geen discussiepunten te benoemen.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

In dit onderdeel van de discussie worden aanbevelingen gedaan die uit het onderzoek zijn voortgekomen.

Aanbeveling 1

Protocolen elektronisch toegankelijker maken voor de verpleegkundigen of deze op één centrale plek neer leggen op de afdeling.

Aanbeveling 2

Het protocol 'vocht- en voedingsintake lijst' en 'screening op en behandeling van ondervoeding' herzien en aanpassen op de geriatrische patiënt gebaseerd op de leidraad en aanpassen aan de geriatrische afdeling.

Aanbeveling 3

Naast de SNAQ aanvullend de MNA gebruiken en de uitkomsten voor verpleegkundigen inzichtelijk maken.

Aanbeveling 4

Grenswaarden en aanvullingen beschrijven in het protocol met betrekking tot vitamines en mineralen.

Aanbeveling 5

Klinische lessen organiseren om de kennis van verpleegkundigen te vergroten op het gebied van voeding

Aanbeveling 6

De diëtist in het vervolg deel laten nemen aan het multidisciplinair overleg.

Aanbeveling 7

Bij volgende onderzoeken verpleegkundigen beter informeren over het onderzoek om zo het draagvlak te vergroten

Omdat er weinig respondenten hebben deelgenomen aan het interview, waardoor de conclusies met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, volgt onderstaande aanbeveling.

Aanbeveling 8

Vervolgonderzoek inzetten onder meer respondenten zodat er meer gegronde conclusies kunnen worden getrokken.

Omdat er bij het dossieronderzoek op sommige punten weinig uitkomsten zijn, moeten de conclusies op die punten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Naar aanleiding hiervan volgt onderstaande aanbeveling.

Aanbeveling 9

Dossieronderzoek op grotere schaal herhalen zodat over elk punt een gegronde conclusie kan worden getrokken en dus de representativiteit wordt vergroot.

Literatuurlijst

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2011). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux

Arvanitakis, M. (2007). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies. *Clinical nutrition*, november. 481-488

Asselt, D.Z.B. van., Bokhorst, M.A.E. van. & Olde Rikkert, M.G.M. (2010). *Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt*. Geraadpleegd op 20 september 2013, van <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Binnenwerk%20leidraad%20ondervoeding.pdf>

Bauer, J.M., Kaier, M.J. & Sieber, C.C. (2010). Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 13 (1), 8-13

Binsbergen (2013). *Voeding voor ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Boog, W., Jong, J.H.J. de., Kerstens, J.A.M. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van loghum

Bosch, B. van der. & Kempen, B. (2013). *Het preventief en adequaat behandelen van (risico op) ondervoeding bij geriatrische patiënten van Ziekenhuis Rijnstate Arnhem (scriptie)*. Voeding en Diëtetiek, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Campen, C. van. (2011). *Kwetsbare ouderen in Nederland*. Geraadpleegd op 22 oktober 2013, van www.scp.nl/dsresource?objectid=27484&type=org

Cox, K., Louw, D. de., Verhoef, J & Kuiper, C. (2005). *Evidence Based Practice voor verpleegkundige*. Den-Haag: Boom Lemma Uitgevers

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

Dassen, W.N. & Keuning, F.M. (2010). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Baarn: HB uitgevers.

Ekelen, E. van. (2010). *Prevalentie van ondervoeding binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (scriptie)*. Verpleegkunde / Bachelor of Nursing, Hogeschool Zeeland, Vlissingen.

Gezondheidsraad. (2011). *Ondervoeding bij ouderen*. Geraadpleegd op 8 januari 2014, van <http://gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/gezonde-voeding/ondervoeding-bij-ouderen>

Jong, N. de. (2010). *Intervention mapping: bevorderen van de naleving van basishygiëneprotocollen door medewerkers van medisch spectrum Twente (essay)*. Master Health Sciences. Universiteit Twente, Twente.

Kenniscentrum Geriatrie UMC St. Radboud Nijmegen. 2003. *Voedingsrichtlijn Geriatrie*. Arnhem: Kemperman

Keusters, I. (2007). De strijd tegen ondervoeding in het ziekenhuis. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde*. 32, 105-108

KNMG. (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 12 oktober 2013, van <http://www.transmuraalnetwerk.nl/zorgketens/ouderenzorg/Publicaties/KNMG-Publicatie-Standpunt-ouderenzorg1.pdf>

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, ICH., Martinsen, A., Andersen, JR., Baerthsen, H., Bunch, E., & Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical nutrition*, 21 (6), 461-8.

Kruk, T. van der. (2009). Het managen van voedingszorg. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. (11/12), 56-57.

Medisch Centrum Leeuwarden. (2012). *Eet Smakelijk! Informatie over vocht en voeding voor ouderen*. Gedownload op 10 oktober 2013, van <https://www.mcl.nl/Downloads/2576/Eet%20smakelijk!%20Informatie%20over%20vocht%20en%20voeding%20voor%20ouderen%20juni%202012.pdf>

Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2013). *Vergrijzing: Wat is de huidige situatie?*. Geraadpleegd op 26 september 2013, van <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>

Neelemaat, F., Meijers, J., Kruizenga, H., Ballegooijen, H. & Boekhorst, M. (2010). Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. *Journal of clinical nursing*, 20 (15) 44-52.

Pepersack, T. (2009). Nutritional problems in the elderly. *The journal of nutrition, health & aging*, 64 (2), 85-91.

Persenius, M. (2008). *Nutritional Nursing Care Nurses' interactions with the patient, the team and the organization*. Geraadpleegd op 14 oktober 2013 van <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:37886/FULLTEXT01.pdf>

RIVM. (2012). *Invloed van voeding op gezondheid en ziekte*. Geraadpleegd op 13 november 2013, van <http://www.rivm.nl/voeding/voeding/>

Schols, J.M.G.A., Groot, C.P.G.M. de., Cammen, T.J.M. van der. & Olde Rikkert, M.G.M. (z.d.) *Preventie en behandeling van dehydratie bij ouderen; extra aandacht bij ziekte en bij hitteperioden*. Geraadpleegd op 8 januari 2014, van [www.
http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Preventieenbehandelinghiteperioden.pdf](http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Preventieenbehandelinghiteperioden.pdf)

Secchi, R. (2010). *Screening en behandeling van ondervoeding: een MUST voor verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 28 oktober 2013, van <http://varlimburg.nl/bestanden/Secchi%20VARsymposium%203%20juni%202010.pdf>

Staak, S.G.M. van der & Ruijschop, R.M.A.J. (2010). *Eetgedrag van ouderen: regulatie van voedselinname*. Houten: Informatorium voor voeding en diëtetiek.

Stuurgroep ondervoeding. (2009). *Richtlijn Ondervoeding Screening en behandeling van ondervoeding*. Geraadpleegd op 11 oktober 2013, van http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/dbc/Stuurgroep/Richtlijn_screenen_en_behandelen_ondervoeding_oktober_2009.pdf

VMS. (2009). *Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 1 oktober 2013, van http://www.angeliquespaan.nl/Site_Angelique_Spaan_Tekstproducties/Teksten_files/praktijk_gids_kwetsbare_ouderen.pdf

Volkert, D., Saeglit, C., Gueldenzoph, H., Sieber, C., & Stehle, P. (2010). Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. *The journal of nutrition, health & aging*, 14 (5), 387-392.

Volksgezondheid. (z.d.). *Evaluatie van ondervoeding binnen geriatische afdelingen*.
Geraadpleegd op 2 oktober 2013, van
<http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/18094886.pdf>

Zee, F. (2006). *Basiskennis voor economisch en bedrijfskundig onderzoek*. Groningen: BMO.

Bijlage 1: Afkortingenlijst

BMI	Body Mass Index
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DB	Docentbegeleider
EPD	Elektronisch patiëntendossier
Et al	Et alii (en anderen)
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
HAN	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden
MeSH	Medical Subject Headings
MNA	Mini-Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini-Nutritional Assessment Short Form
MST	Malnutrition Screening Tool
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NRS-2002	Nutritional Risk Screening 2002
OG	Opdrachtgever
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
z.d.	Zonder datum

Bijlage 2: Zoekstrategie

Hieronder wordt de zoekstrategie beschreven. Om de wetenschappelijke artikelen te zoeken is naast algemene termen ook gebruik gemaakt van MeSH terms

Zoekstrategie 1

Doel zoekstrategie:	Voedingsbeleid en/of richtlijn m.b.t. voeding bij geriatrische patiënten
Zoekplaats:	Pubmed
Zoektermen:	Nutrition policy, nutrition standards, nutrition guideline, geriatric, elderly, malnutrition
Aantal hits:	23. Een van deze artikelen was geschikt voor het onderzoek
Gekozen artikel:	Bauer, J.M., Kaier, M.J., Sieber, C.C. (2010). Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. <i>Curr Opin Clin Nutr Metab Care</i> , 13 (1), 8-13
Mate van bewijs:	A1
Kwaliteit artikel:	<u>Pluspunten:</u> De kwaliteit van het onderzoek is beoordeeld door professionals onafhankelijk van elkaar <u>Minpunten:</u> In het artikel gaat het alleen over screeningsinstrumenten. Er worden geen richtlijnen en/of protocollen beschreven
Kritische noot:	In het artikel gaat het over ouderen in het algemeen, niet specifiek kwetsbare ouderen

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#5	Add	Search (((((((nutrition policy) OR nutrition standards) OR nutrition guideline[Title/Abstract])) AND ((geriatric) OR elderly[Title/Abstract])) AND malnutrition[Title/Abstract]) NOT children) NOT cancer Filters: Full text available; published in the last 5 years	23	08:48:57
#4	Add	Search (((((((nutrition policy) OR nutrition standards) OR nutrition guideline[Title/Abstract])) AND ((geriatric) OR elderly[Title/Abstract])) AND malnutrition[Title/Abstract]) NOT children) NOT cancer Filters: Full text available	91	08:48:53
#3	Add	Search (((((((nutrition policy) OR nutrition standards) OR nutrition guideline[Title/Abstract])) AND ((geriatric) OR elderly[Title/Abstract])) AND malnutrition[Title/Abstract]) NOT children) NOT cancer	117	08:48:47
#2	Add	Search (geriatric) OR elderly	3899460	08:47:47
#1	Add	Search ((nutrition policy) OR nutrition standards) OR nutrition guideline	24357	08:47:28

Zoekstrategie 2

Doel zoekstrategie:	Documentatie van voeding en ondervoeding bij geriatrische patiënten
Zoekplaats:	Pubmed
Zoektermen:	Documented & geriatric patient MeSH: & Malnutrition
Publication Dates:	10 jaar
Aantal hits:	11, één van deze artikelen paste binnen het doel van de zoekstrategie.
Gekozen artikel:	5/11 Volkert, D., Saeglit, C., et al. (2010). Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 14 (5), 387-392.
Mate van bewijs:	A2 (Cross-sectional onderzoek)
Kwaliteit artikel:	<u>Pluspunten:</u> De eerste resultaten van de voedingsproblemen, karakteristieken van patiënten en voedingsstatus werden niet doorgegeven aan het personeel werkzaam op de afdeling. Hierdoor wordt het personeel niet beïnvloed tijdens het onderzoek. Het onderzoek duurde 12 maanden en er zijn 205 patiënten gevolgd. Hierdoor is de omvang van het onderzoek groot. <u>Minpunten:</u> Er wordt verteld dat door capaciteit problemen niet alle patiënten mee konden doen die voldeden aan de criteria. Alle metingen en assessments zijn maar door één getraind persoon uitgevoerd. De kans op fouten hierdoor is groter omdat er geen controlemoment is.
Kritische noot:	Het onderzoek is in 2003 gestart en in 2004 geëindigd hierdoor is het dus wat verouderd.

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#18	Add	Search ((geriatric patient) AND documented) AND malnutrition Filters: published in the last 10 years	11	13:06:05
#16	Add	Search ((geriatric patient) AND documented) AND malnutrition	16	13:05:55
#15	Add	Search geriatric patient	32403	13:05:41
#14	Add	Search documented	160359	13:05:30
#13	Add	Search malnutrition	111507	13:05:22

Zoekstrategie 3

Doel zoekstrategie: Screeningsinstrumenten voor ondervoeding bij geriatrische patiënten

Zoekplaats: Pubmed

Zoektermen: comparison & screening MeSH: & Malnutrition

Publication Dates: 10 jaar

Aantal hits: 20, één van deze artikelen paste binnen het doel van de zoekstrategie.

Gekozen artikel: Neelemaat, F. et al. (2010). Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. *Journal of clinical nursing*, 20 (15) 44-52.

Mate van bewijs: A2

Kwaliteit artikel: Pluspunten: Er wordt gekeken naar welk screeningsinstrument geschikt is voor in het ziekenhuis.
Minpunten: Er wordt geen rekening gehouden met het feit dat er meerdere definities bestaan met betrekking tot ondervoeding.

Kritische noot: Er is maar gebruik gemaakt van 5 verschillende screeningsinstrumenten

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#9	Add	Search ((comparison) AND malnutrition) AND (screening tools AND full text[sb] AND "last 10 years" [Pdat] AND Humans[Mesh]) Filters: Full text available; published in the last 10 years; Humans	31	09:06:08
#8	Add	Search screening tools Filters: Full text available; published in the last 10 years; Humans	17720	09:05:45
#7	Add	Search ((malnutrition) AND screening) AND comparison Filters: Full text available; published in the last 10 years; Humans	215	09:05:12
#6	Add	Search ((malnutrition) AND screening) AND comparison Filters: Full text available; published in the last 10 years	251	09:05:05
#5	Add	Search ((malnutrition) AND screening) AND comparison Filters: Full text available	461	09:05:01
#4	Add	Search ((malnutrition) AND screening) AND comparison	714	09:04:37
#3	Add	Search malnutrition	111580	09:04:27
#2	Add	Search screening	4843579	09:04:16
#1	Add	Search comparison	719573	09:04:02

Bijlage 3: Protocol Screening op en behandeling van ondervoeding

Titel: Voeding: screening op en behandeling van ondervoeding (SNAQ) op de klinische afdelingen (ziekenhuis Rijnstate)
Versie: 2

Algemeen

Controledatum: 23-05-2014

Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:

Let op, gewijzigde tekst m.i.v. 01-02-2011!

Attentie

Let op, gewijzigde tekst m.i.v. 01-02-2011!

Doel

Dit protocol beschrijft de wijze waarop screening op en behandeling van ondervoeding verloopt (m.b.v. SNAQ).

Doelgroep

Dit protocol is bestemd voor artsen, diëtisten, verpleegkundigen en voedingsassistenten van alle volwassen afdelingen.

Definities

A = Arts
D = Diëtist
V = Verpleegkundige
VA = Voedingsassistent

SNAQ = Short Nutritional Assessment Questionnaire

Inhoud

Procesfase + Activiteit	Norm	Verantw.
Opnamedag		
Drie SNAQ vragen stellen (zie <u>toelichting</u>). SNAQ vragen zijn verwerkt in verpleegkundig anamneseformulier	Tijdens opnamegesprek	V
Score bepalen - Indien de ligduur van de patiënt korter is dan 4 dagen in combinatie met score ≥ 3 op verwijzing vermelden: korte opname + schriftelijke brochure energie- en eiwitverrijkt dieet verstrekt. - Geef brochure energie- en eiwitverrijkt dieet mee (flipnummer 029080)		V
Patiënt wegen		V
Score 0 en 1		
SNAQ score doorgeven aan voedingsassistent middels rode	Direct na	V

overdrachtsklapper van voedingsassistent in afdelingskeuken	opnamegesprek	
SNAQ score vermelden op patiëntenkaartje	Op broodserveerwagen	VA
Score 2		
- SNAQ score vermelden in papieren verpleegkundig dossier onder kopje "planning en realisatie" - SNAQ score vermelden in digitaal verpleegkundig dossier onder activiteitenplan/ voeding en stofwisseling	Direct na opnamegesprek	V
SNAQ score doorgeven aan voedingsassistent middels rode overdrachtsklapper van voedingsassistent in afdelingskeuken	Direct na opnamegesprek	V
SNAQ score vermelden op patiëntenkaartje	Op broodserveerwagen	VA
Patiënteninformatiebrochure "Ondervoeding bij ziekte" verstrekken aan patiënt (flipnummer 067611)		VA
Energie- en eiwitrijk dieet aanvragen via CuliCart		VA
Extra energie- en eiwitrijke tussendoortjes verstrekken. (Eisen: 200 kcal, 5 gram eiwit)	3 keer per dag (10.00 –15.00 – 19.00 uur)	VA
Patiënt wegen	Wekelijks	V
Score ≥ 3		
SNAQ score vermelden: - in papieren verpleegkundig dossier onder kopje "planning en realisatie" - in digitaal verpleegkundig dossier onder activiteitenplan/ voeding en stofwisseling	Direct na opnamegesprek	V
SNAQ score doorgeven aan voedingsassistent middels rode overdrachtsklapper van voedingsassistent in afdelingskeuken	Direct na opnamegesprek	V
Diëtist inschakelen: schriftelijk of digitaal verwijzing schrijven, in ieder geval SNAQ-score vermelden op consultformulier (handtekening van arts is niet nodig)	Direct na opnamegesprek	AV
Diëtist bellen: 6134 indien antwoordapparaat dan naam patiënt, geboortedatum en afdeling inspreken	Direct na opnamegesprek	V
SNAQ score vermelden op patiëntenkaartje	Op broodserveerwagen	VA
Patiënteninformatiebrochure "Ondervoeding bij ziekte" verstrekken aan patiënt (flipnummer 067611)		VA
Energie- en eiwitrijk dieet aanvragen bij via CuliCart		VA
Behandelplan opstellen: Advies voldoet aan eiwitbehoefte: Min. 1,2 gram eiwit per kg lichaamsgewicht en energiebehoefte H&B + 30%, corrigeren bij overgewicht naar BMI = 27	Binnen 48 uur na opname of eerst volgende werkdag na het weekend	D
Doel van behandelplan noteren op patiëntenkaartje in klapper voedingsassistent en rapporteren in verpleegkundig dossier op rapportagevel diëtetiek, in digitaal dossier onder overlegvormen/ consulten diëtetiek		D
Al voordat diëtist patiënt heeft bezocht, verstrekken van extra energie- en eiwitrijke tussendoortjes. (Eisen: 200 kcal, 5 gram eiwit)	3 keer per dag (10.00 –15.00 – 19.00 uur)	VA

Extra energie- en eiwitrijke tussendoortjes verstrekken op advies diëtist	3 keer per dag (10.00 –15.00 – 19.00 uur)	VA
Op weekplanning verpleegkundige/digitaal activiteitenplan en op patiëntenkaartje bij voedingsassistent datum screeningsdag (= dag 4 vanaf opname) vermelden		D
Indien een patiënt met score SNAQ ≥ 3 in het weekend wordt opgenomen: Patiënt op maandag bezoeken en die dag nog een behandelplan opstellen. Patiënt 2 x drinkvoeding (cyclus DV) en 1 x een energie- en eiwitrijk tussendoortje aanbieden.		D VA
Patiënt wegen	Wekelijks	V
Dag 4 (score ≥ 3)		
Oranje voedingsvochtlijst SNAQ in nacht van dag 3 op dag 4 van opname van patiënt aan bed hangen door nachtverpleegkundige (dag 1 = dag van opname)		V
Inname van voeding en vocht bijhouden via oranje voedingsvochtlijst SNAQ	Vierde opnamedag	VA+V
Ingevulde voedingsvochtlijst: Nacht van dag 4 op dag 5 van opname van patiënt voedingsvochtlijst verzamelen en deze in bewaarmap "voedingsvochtlijst" voegen Voedingsvochtlijsten ophalen		V D
Dag 5 (score ≥ 3)		
Eiwitname beoordelen en resultaat eiwitname vermelden onder formulieren/ scorelijsten. Zonodig behandelplan bijstellen	Vanaf vijfde opnamedag	D

Toelichting

SNAQ screening vindt plaats bij iedere opgenomen patiënt m.u.v. dagverpleging, onafhankelijk van onderliggend ziektebeeld. Kinderen op de kinderafdeling worden op een andere wijze gescreend.

SNAQ vragen

- Bent u onbedoeld afgevallen? Zo ja:
 - o Meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden (3 punten)
 - o Meer dan 3 kg in de afgelopen maand (2 punten)
- Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust? (1 punt)
- Heeft u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt? (1 punt)

Beheer en Borging

Auteur(s) M. Breen J. Stoffels	Eigenaar I. de la Combé
Beoordelaar(s) Functie Hoofd werkeenheden	Naam I. de la Combé
Diëtist	M. Breen
Autorisator	

Functie Manager werkeenheden	Naam R. Schulz
Actualisatie procedure werkoverleg	

Bijlage 4: Protocol vocht- en voedingsintake lijst

Doel

Dit protocol beschrijft de wijze waarop men handelt bij het bijhouden van een vocht,- en voedings intake-lijst.

Doelgroep

Dit protocol is bestemd voor artsen en verpleegkundigen en voedingsassistenten op de afdeling Geriatrie.

Definities

- A = Arts
- V = Verpleegkundige
- VA = Voedingsassistent
- VV = Vocht,- en Voedings intake-lijst

Inhoud

Procesfase + Activiteit	Norm	Verantw.
Vocht,- en Voedings intake-lijst bijhouden		
Vocht,- en voedings-intake per os op VV lijst in keuken noteren		V
Indien patiënt infuus heeft: Toegediende hoeveelheid infuusvloeistof noteren in EPD, tabblad Vocht IN		V
Per 24 uur totale balans van intake (= vocht en calorieën) opmaken en valideren in EPD in tabblad Vocht. Calorie-intake van de hele dag noteren in tabblad Metingen	Door nachtdienst om 24.00 uur	V
Bij op –en overname		
Dag na opname starten met bijhouden van VV lijst	Gedurende 3 dagen	V
Bij vochtintake < 1500 ml en calorie-intake < 1300 cal.	Observatie herhalen op dag 7, dag 14 etc	V
Invullen SNAQ	SNAQ >3, diëtist in consult via aanvraag in EPD	V

MNA invullen		A
Afspraken na 3 dagen		
VV lijst stoppen	Vochtintake > 1500 ml, calorie-intake > 1500 cal.	V
VV lijst stoppen bij vochtintake van 1000-1500 ml en calorie-intake van 1300-1500 cal	In overleg met arts	V/A
Overleggen over verdere gang van zaken en te ondernemen acties: Diëtist in consult Direct starten met 2xdd drinkvoeding Z.n. familie betrekken bij eetmomenten Patiënt buiten de maaltijden om 3xdd een snack aanbieden bij SNAQscore >2 Afspraken maken over frequentie van wegen	Vochtintake < 1000 ml, calorie-intake < 1300 cal. Minimaal 2x/ week	A+V A VA V VA V/A
VV lijst langer dan 3 dagen bijhouden bij: gebruik van diuretica aanwezigheid van sonde of infuus per order diëtist		V/A
Indien situatie van patiënt verandert		
Met arts overleggen over bijhouden van vochtbalans en calorie-intake		V
Na 3 dagen		
Evalueren		V

Toelichting

Geriatrie patiënten hebben een verhoogde kans op uitdroging, omdat zij minder dorstgevoel hebben dan andere patiënten. Tevens is het zelfstandig eten en drinken vaak bemoeilijkt.

Een normale vochtintake bedraagt minimaal 1000 ml per dag. De urineproductie is ca. 500 ml minder dan de intake.

Een normale calorie-intake bedraagt minimaal 1300 cal. per dag.

Beheer en Borging

Beoordelaar(s)	
Functie	Naam
Hoofd zorgteam	M. Broeksteeg
Geriatr	M. Jellesma
Autorisator	
Functie	A. Gakes
Zorgmanager	
Actualisatie procedure	
Werkoverleg	

vocht en voedingslijst afdeling Geriatrie t.b.v. Snaq

Let op 4e opnamedag oranje lijst

naam patient:
kamernr.:
Datum:

Ontbijt + broodmaaltijd + tussendoortje:								
Product	ochtend	10.00	middag	15.00	avond	20.00	punten	eiwit (gr)
brood							x3=	x3=
krentenbrood							x3=	x3=
roggebrood							x2=	x2=
beschuit/cracker							x2=	x1=
ontbijtkoek							x2=	x1=
halvarine							x1=	0
roomboter							x2=	0
kaas 30+							x2=	x6=
kaas 48+							x3=	x5=
smeerkaas 48+							x2=	x2=
vleeswaar vet/pate							x3=	x3=
vleeswaar mager							x1=	x3=
zoet beleg							x2=	0
ei							x3=	x7=
cup a soup								
kip/groenten							x1=	x1=
cup a soup.								
tomaat/champ							x2=	x2=
kaaslolie							x5=	x9=
slaasje							x6=	x6=
pakje brie							x5=	x6=
kroket							x6=	x7=
cake							x5=	x2=
zoute haring							x5=	x14=
eiersalade								
(1 bolletje)							x3=	x2=
bieslookkaas								
(cupje)							x2=	x2=
pannenkoek							x3=	x3=
warne maaltijd								
product	ochtend	10.00	middag	15.00	avond	20.00	punten	eiwit (g.)
vlees/vis/kip 1 portie							x6=	x14=
.. 1/2 portie							x3=	x7=
groente portie							x1=	0
.. 1/2 portie							0	0
aardappelen portie							x3=	x2=
.. 1/2 portie							x2=	x1=
pasta/rijst 100 gr.							x3=	x2=
.. 1/2 portie							x2=	x1=
jus/saus/zakje mayo							x4=	0
Toetjes en papjes								
product	ochtend	10.00	middag	15.00	avond	20.00	punten	eiwit (g.)
yoghurt halfvol							x3=	x6=
yoghurt vol							x4=	x6=
activia							x5=	x5=
normale pap							x4=	x5=
verrijkte pap							x7=	x8=
yoghurt+cruesli							x8=	x8=
ehrm. cremigurt							x5=	x3=
toefje slagroom							x1=	0

waterijs							x2=	0
roomijsje							x6=	x2=
appelmoes							x2=	x1=
vers fruit							x2=	0
fr.moes en+eiw+							x7=	x6=
vruchtenkwark							x7=	x6=
vruchtenyogh.							x3=	x6=
vla/bavarols							x6=	x5=
en+ eiw+ vla							x9=	x13=
Dranken								
product	ochtend	10.00	middag	15.00	avond	20.00	punten	eiwit (g.)
(soya)melk/							x4=	x5=
karnemelk							x7=	x7=
chocomelk							0	0
thee/koffie/water								
fristi							x4=	x4=
milksake							x13=	x5=
frisdrank							x3=	x
bouillon/								
na+arme soep							0	0
schepje suiker							x1=	x
Bijvoeding								
product	ochtend	10.00	middag	15.00	avond	20.00	punten	eiwit (g.)
snaq algemeen							x8=	x5=
ensure/enrich plus							x12=	x12=
ensure plus fresh							x12=	x12=
enlive							x12=	x10=
ensure HP							x12=	x19=
ensure twocal							x16=	x17=
nepro							x18=	x16=
forticare							x8=	x10=
resource								
thickened drink							x4=	0
nutridrink creme							x8=	x13=
resource								
dessert fruit							x8=	x6=
suplena							x19=	x7=
totaal								

hoeveelheid per product:

theeglas	200cc
limonadeglas	175cc
kop en schotel	150cc
mok	250cc
kartonnetje	175cc
tuitbeker	250cc
soepkom	225cc
wit schaaltje	150cc
bakje appelmoes	100cc
bakje vla/pap	150cc
nutridrink	125cc
fruchtentraum	125cc

Voorbeelden van snaq's

saucijzenbroodje
gevulde koek
omelet
bouwsteentje
advocaatje slagroom

totaal kcal
totaal vocht

1 punt= 25 kcal
60 punten = 1500 kcal

Bijlage 5 Checklist dossieronderzoek

Protocol screening op en behandeling ondervoeding	Volgens protocol	Niet volgens protocol
3 SNAQ vragen stellen (onbedoeld afgevallen, verminderde eetlust, drink/sondevoeding afgelopen maand)		
SNAQ score invullen in EPD		
Patiënt wegen		
SNAQ score vermelden in EPD onder activiteiten, voeding/stofwisseling		
Patiënt wekelijks wegen (op zaterdag of zondag)		
SNAQ score vermelden in EPD onder activiteiten, voeding/stofwisseling		
Consult diëtist aanvragen		
Patiënt wekelijks wegen (op zaterdag of zondag)		
Intake bijhouden voedingsvochtlijst SNAQ		
Protocol vocht en voedingsintakelijst	Volgens protocol	Niet volgens protocol
Bijhouden van VV lijst gedurende 3 dagen		
Vochtintake <1500 en calorieintake <1300 cal VVlijst herhalen dag 7, 14 etc		
Totale balans intake vocht+calorien valideren EPD onder tabblad vocht		
Calorieintake hele dag noteren in tabblad metingen		
Infuus: toegediende hoeveelheid vloeistof noteren in EPD tabblad vocht in		

Bijlage 6: Topiclijst interviews

Topiclijst verpleegkundigen

1. Achtergrondinformatie respondent
2. Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad
3. Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines
4. Bevorderde en belemmerende factoren om protocollen na te leven/op te zoeken.
5. Positieve en/of negatieve punten m.b.t. het huidige voedingsbeleid

Topiclijst diëtist

1. Achtergrondinformatie respondent
2. Bekendheid richtlijnen/protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad
3. Taken in de uitvoering van voedingszorg
4. Bevorderde en belemmerende factoren om protocollen na te leven/op te zoeken
5. Positieve en/of negatieve punten m.b.t. de bestaande protocollen

Topiclijst arts

1. Achtergrondinformatie respondent
2. Bekendheid richtlijnen/protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad
3. Taken in de uitvoering van voedingszorg
4. Bevorderde en belemmerende factoren om protocollen na te leven/op te zoeken
5. Positieve en/of negatieve punten m.b.t. huidige voedingsbeleid

Topiclijst voedingsassistente

1. Achtergrondinformatie respondent
2. Bekendheid richtlijnen/protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad
3. Taken in de uitvoering van voedingszorg
4. Bevorderde en belemmerende factoren om protocollen na te leven/op te zoeken.
5. Positieve en/of negatieve punten m.b.t. de bestaande protocollen

Bijlage 7: Protocol interviews

Protocol verpleegkundige

Inleiding

- Voorstellen
- Achtergrond informatie onderzoek
- Doel van interview.
- Topics
- Tijdsduur
- Toestemming geluidsopname
- Heeft de respondent vragen?

1. Achtergrondinformatie

- Naam, leeftijd, opleiding, hoelang werkzaam op afdeling geriatrie, op andere instellingen/afdelingen gewerkt

2. Bekendheid met bestaande protocollen op de afdeling en landelijke leidraad

Inleidend stuk over bestaande protocollen en de landelijke leidraad

- Bekendheid bestaande protocollen (inhoud, gebruik, benoemen, hoe vaak gebruik je protocol, waarom, gebruik in welke situatie)
- Bekendheid landelijke leidraad

3. Uitvoering in de praktijk screening, interventies, inzet van disciplines

- wat is de rol van verpleegkundige met betrekking tot voeding?
- Screenen (waarom, wanneer, hoe, hoe vaak)
- Interventies (waarom, welke, wanneer, hoe, hoe vaak)
- Inzet discipline (waarom, wanneer, welke, hoe, hoe vaak)

4. Bevorderende en belemmerende factoren om protocol na te leven en/of op te zoeken

- Noem belemmerende factoren en leg uit
- Noem bevorderende factoren en leg uit

5. Positieve en negatieve punten m.b.t. de protocollen en beleid

- wat zou er anders kunnen in protocol wat is er goed aan het protocol
- Wat zou er anders kunnen in bijvoorbeeld organisatie, samenwerking, kennis en wat gaat er goed

Bedankt voor je deelname

Protocol Diëtiste

Inleiding

- Voorstellen
- Achtergrond informatie onderzoek
- Doel van interview.
- Topics
- Tijdsduur
- Toestemming geluidsopname
- Heeft de respondent vragen?

1. Achtergrondinformatie

- Naam, leeftijd, opleiding, hoelang werkzaam op afdeling geriatrie, andere instellingen/afdelingen

2. Bekendheid met bestaande protocollen op de afdeling en landelijke leidraad

Inleidend stuk over bestaande protocollen en de landelijke leidraad

- Bekendheid bestaande protocollen (inhoud, gebruik, benoemen, hoe vaak gebruik je protocol, waarom gebruik in welke situatie)
- Bekendheid landelijke leidraad

3. Taken in de uitvoering van voedingszorg

- Wat is de rol van de diëtiste met betrekking tot voeding?
- Belangrijkste taken
- Wanneer komt de diëtiste in beeld?

4. Bevorderende en belemmerende factoren om protocol na te leven en/of op te zoeken

- Noem belemmerende factoren en leg uit
- Noem bevorderende factoren en leg uit

5. Positieve en negatieve punten m.b.t. de protocollen en beleid

- wat zou er anders kunnen in protocol wat is er goed aan het protocol
- Wat zou er anders kunnen in bijvoorbeeld organisatie, samenwerking, kennis en wat gaat goed

Bedankt voor je deelname

Protocol arts

Inleiding

- Voorstellen
- Achtergrond informatie onderzoek
- Doel van interview.
- Topics
- Tijdsduur
- Toestemming geluidsopname
- Heeft de respondent vragen?

1. Achtergrondinformatie

- Naam, leeftijd, opleiding, hoelang werkzaam op afdeling geriatrie, andere instellingen/afdelingen

2. Bekendheid met bestaande protocollen op de afdeling en landelijke leidraad

Inleidend stuk over bestaande protocollen en de landelijke leidraad

- Bekendheid bestaande protocollen (inhoud, gebruik, benoemen, hoe vaak gebruik je protocol, waarom gebruik in welke situatie)
- Bekendheid landelijke leidraad

3. Taken in de uitvoering van voedingszorg

- Wat is de rol van de arts met betrekking tot voeding?
- Belangrijkste taken
- Wanneer komt de arts in beeld?

4. Bevorderende en belemmerende factoren om protocol na te leven en/of op te zoeken

- Noem belemmerende factoren en leg uit
- Noem bevorderende factoren en leg uit

5. Positieve en negatieve punten m.b.t. de protocollen en beleid

- wat zou er anders kunnen in protocol wat is er goed aan het protocol
- Wat zou er anders kunnen in bijvoorbeeld organisatie, samenwerking, kennis en wat gaat goed

Bedankt voor je deelname

Protocol Voedingsassistente

Inleiding

- Voorstellen
- Achtergrond informatie onderzoek
- Doel van interview.
- Topics
- Tijdsduur
- Toestemming geluidsopname
- Heeft de respondent vragen?

1. Achtergrondinformatie

- Naam, leeftijd, opleiding, hoelang werkzaam op afdeling geriatrie, andere instellingen/afdelingen

2. Bekendheid met bestaande protocollen op de afdeling en landelijke leidraad

Inleidend stuk over bestaande protocollen en de landelijke leidraad

- Bekendheid bestaande protocollen (inhoud, gebruik, benoemen, hoe vaak gebruik je protocol, waarom gebruik in welke situatie)
- Bekendheid landelijke leidraad

3. Taken in de uitvoering van voedingszorg

- Wat is de rol van de voedingsassistente?
- Belangrijkste taken
- Wanneer komt de voedingsassistente in beeld?

4. Bevorderende en belemmerende factoren om protocol na te leven en/of op te zoeken

- Noem belemmerende factoren en leg uit
- Noem bevorderende factoren en leg uit

5. Positieve en negatieve punten m.b.t. de protocollen en beleid

- wat zou er anders kunnen in protocol wat is er goed aan het protocol
- Wat zou er anders kunnen in bijvoorbeeld organisatie, samenwerking, kennis en wat gaat goed

Bedankt voor je deelname

Bijlage 8: Uitnodiging interview verpleegkundigen

Beste verpleegkundigen van afdeling geriatrie,

Wij, Ezra Pas en Ellis Muller, zijn 4^e jaars studenten van de HBO-V in Nijmegen. In September zijn we gestart met ons kwaliteitsproject 'voeding bij kwetsbare ouderen op afdeling geriatrie in het Rijnstate'. Wij doen onderzoek naar het huidige voedingsbeleid op de afdeling. Het doel van ons kwaliteitsproject is: In januari 2014 worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van het gebruik en de inhoud van de bestaande protocollen op afdeling geriatrie m.b.t. voeding.

Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit dossieronderzoek om te kijken of de bestaande protocollen m.b.t. voeding worden nageleefd. Voor het tweede deel van het onderzoek zullen we interviews afnemen met de betrokken disciplines bij voedingszorg (verpleegkundigen, arts, diëtiste en voedingsassistente). Tijdens de interviews staan de belemmerende en bevorderende factoren om het protocol wel of niet na te leven centraal. We willen vragen om voor donderdag 28-11-2013 terug te mailen wanneer u wilt deelnemen aan het interview. In verband met tijdsdruk zullen we 8 verpleegkundigen interviewen. Na het ontvangen van de e-mails wordt een selectie gemaakt en krijgt u bericht om het interview in te plannen.

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en wachten uw reactie af.

Met vriendelijke groet,

Ezra Pas en Ellis Muller

Herinneringsmail

Beste verpleegkundigen,

Op 22 november hebben wij een mail gestuurd naar aanleiding van ons kwaliteitsproject 'voeding bij kwetsbare ouderen op afdeling geriatrie in het Rijnstate'. Helaas hebben wij pas 1 reactie ontvangen. Bij deze willen wij u eraan herinneren om uiterlijk voor 28-11-2013 te reageren. Wij hebben nog minstens 7 verpleegkundigen nodig voor de interviews. Wij hopen op positieve reacties zodat wij ons onderzoek goed kunnen uitvoeren.

Met vriendelijke groet,

Ezra Pas en Ellis Muller

Bijlage 9: Samenvatting interviews

Interview verpleegkundige 1

Achtergrondinformatie

15 jaar in verpleeghuis gewerkt. Werkt nu 5 jaar op afdeling geriatrie

Bekendheid bestaande protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

Kijkt niet dagelijks naar de bestaande protocollen. Heeft het vooral in het hoofd zitten. Kijkt alleen op een protocol wanneer er iets veranderd is. Heeft wel het idee dat ze de protocollen goed naleeft. Is bekend met de landelijke leidraad.

Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines

Verpleegkundige neemt samen met de arts de patiënt op. Verpleegkundige vult de screeningslijsten in (decubitus, voeding, vallen). Dit gebeurt samen met de patiënt en wanneer hij hier niet toe in staat is gebeurt dit met de familie. Bij opname wordt er 3 dagen een vocht- en voedingslijst bijgehouden. Wordt door zowel de verpleegkundige als de voedingsassistente ingevuld. Voedingsassistente doet het op de momenten dat zij aanwezig is. Verpleegkundigen bieden ook eten en drinken aan en dan noteren zij het zelf. Als voedingsassistente om 20.00 uur naar huis gaat haalt verpleegkundige de lijst uit de keuken op en vult als nog de intake in. Verpleegkundige telt het op en zet het in het systeem. Wanneer iemand minder gaat eten of afvalt, wordt deze lijst herhaald. De patiënt wordt wekelijks gewogen. Als verpleegkundige moet je de vinger aan de pols houden. Dit zijn ook meteen interventies die zij uitvoert.

Belemmerende factoren om een protocol na te leven en/of op te zoeken

Protocollen zijn moeilijk te vinden. Deze moeten via het kwaliteitsplein worden opgezocht. Dit kost erg veel tijd. Dit is de reden waarom ze de protocollen niet vaak leest.

Bevorderende factor om een protocol na te leven/op te zoeken

Wanneer er iets nieuws staat in de protocollen zoekt ze de protocollen op.

Positieve punten met betrekking voedingzorg

Denkt dat ze genoeg kennis heeft. Denkt dat sommige verpleegkundigen meer bij voeding stil moeten staan. Hebben wel de kennis maar staan er niet genoeg bij stil. Sommige zijn heel erg op voeding gericht en anderen weer helemaal niet. De samenwerking loopt erg goed met andere disciplines. Er wordt veel overlegd met elkaar. Vindt dat de diëtist soms erg snel naar sondevoeding grijpt. 'maar het is hun visie'

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

Sommige verpleegkundigen zitten erg boven op de voeding en anderen niet. Bedenken dat bij een wond een eiwitrijk drankje belangrijk is en niet een sapje. 'wij moeten als verpleegkundigen daar veel meer alert op zijn'.

Interview verpleegkundige 2

Achtergrondinformatie

Zit al 35 jaar in de zorg. Is begonnen in verpleeghuis heeft daar een opleiding tot ziekenverzorgende gevolgd. Daarna overal en nergens gewerkt. Is toen terecht gekomen in ziekenhuis Rijnstate. Heeft daar niveau 4 gedaan in Ede. Is inmiddels 24 jaar werkzaam als verpleegkundige

Bekendheid bestaande protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

'Ik weet dat ze er zijn' Kijkt er niet regelmatig na, zit in het hoofd. Kijkt wel naar andere protocollen bijvoorbeeld iv medicatie. Is niet strikt in het naleven van de protocollen. 'het is goed dat ze er zijn'. Weet eigenlijk niet waarom ze, ze niet zo strikt naleeft. Stukje creativiteit, wat vinden mensen lekker. 'Gaat erom dat patiënten genoeg binnen krijgen, of dat dan links om of rechtsom is of via een protocol dat maakt niet uit'.

Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines

Observeren en daar op in spelen. Letten op verslikken. Op letten of iemand genoeg binnen krijgt. Draait erom dat patiënt genoeg binnen krijgt. Kijken op intake lijsten zo nodig iets extra's aanbieden. Kan iemand zelf eten, smeren, snijden dan wordt daar extra aandacht aanbesteed.

Belemmerende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Heeft de protocollen in grote lijnen in haar hoofd zitten

Bevorderende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Wanneer er iets nieuws is. Als protocollen toegankelijker zouden zijn, ook niet sneller er in kijken.

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Heeft genoeg kennis over voeding. Meer diepgang zal goed zijn. Goede samenwerking met diëtiste, zijn vaak dezelfde mensen die je terug ziet op de afdeling. Makkelijk te benaderen. Weet wanneer diëtist moet worden ingeschakeld. Diëtist ziet niet bij het MDO. Wanneer patiënt wordt opgenomen zijn er veel observatiepunten. Deze punten komen ter sprake in het MDO. Er zijn ook speciale overlegmomenten voor verpleegkundigen en diëtist.

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

-

Interview verpleegkundige 3

Achtergrondinformatie

2 jaar werkzaam op afdeling geriatrie, opleiding gedaan in Ede

Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

Weet dat de protocollen er zijn maar bekijkt ze nooit. Bekijkt alleen protocollen voor bepaalde handelingen of bij wijzigingen. Is niet bekend met de landelijke leidraad

Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines

Binnen 24 uur screenen. Toezicht houden of patiënten genoeg eten, wanneer dit niet zo is terugkijken hoe de intake de afgelopen dagen was. Kijkt wat diëtist afgesproken heeft. Veel observeren en overleggen.

Bevorderende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Regelmatig met collega's over hebben, zo houd je elkaar scherp. Als protocollen ergens zouden hangen zou ze deze vaker bekijken maar is hier niet perse voor.

Belemmerende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Heeft de protocollen in haar hoofd zitten.

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Er is een goede samenwerking met andere disciplines. Diëtiste is vaak op de afdeling en is makkelijk benaderbaar.

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

Met veel voedingsassistentes gaat het prima maar sommige stimuleren de patiënt niet wanneer hij zegt geen zin te hebben in eten, vindt dit erg kwalijk. Na 3 dagen moet er gestopt worden met de vochtbalans dit wordt vaak langer herhaald.

Interview verpleegkundige 4

Achtergrondinformatie

HBO-V opleiding gevolgd. 6 jaar werkzaam op afdeling geriatrie. Vooropleiding geriatrie gevolgd.

Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

Is bekend met de protocollen op de afdeling, heeft het protocol voedings- en vocht intake zelf ontwikkeld. Deze is afdelingsbreed. Leeft de protocollen zelf altijd na. Heeft het idee dat het afdelingsgerichte protocol wordt nageleefd door collega's. Niet bekend met de landelijke leidraad

Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines

Voedingsassistente inlichten wanneer dieet wordt veranderd of wanneer toestand van patiënt veranderd. Zorgen dat de patiënt voldoende binnen krijgt.

Bevorderde en belemmerende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Noemt geen belemmerende en bevorderende factoren

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Er is genoeg kennis op de afdeling maar het kan altijd worden bijgespijkerd. Samenwerking met disciplines is prettig.

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

Er moet beter gecommuniceerd worden met voedingsassistente. Verpleegkundigen willen graag van voedingsassistente horen hoe de voedingstoestand is van de patiënt zodat er nog wat aan gedaan kan worden.

Interview verpleegkundige 5

Achtergrondinformatie

2 maanden werkzaam op afdeling geriatrie, niveau 4

Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

Heeft protocol nog niet gezien, weet vanuit ervaring hoe de vocht en voedingsintake lijst wordt bijgehouden en hoe de SNAQ wordt ingevoerd. Wist niet dat hier een protocol van was. Bekijkt wel protocollen wanneer een handeling wordt uitgevoerd. Is niet bekend met de landelijke leidraad.

Uitvoering in de praktijk van screening, interventies, inzet van andere disciplines

In de gaten houden of iemand genoeg eet, wanneer dit niet het geval is aan de bel trekken. Creatief denken anderen motiveren dit ook te doen.

Bevorderde factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Wanneer protocollen toegankelijker zijn, wanneer protocollen meer op geriatrische patiënt gericht zouden zijn

Belemmerende factoren om protocol na te leven/op te zoeken

Protocollen zijn lastig op te zoeken, zit in haar hoofd, wist niet dat er een protocol bestond

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Kan altijd bij andere verpleegkundige terecht. Andere disciplines zijn via telefoon te benaderen en stapt makkelijk op ze af. Denkt dat er genoeg kennis is bij haar zelf en bij collega's m.b.t. voeding maar het zal nooit verkeerd zijn om een bijkomst bij te volgen over voeding.

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

-

Interview diëtiste

Achtergrondinformatie

Is in 2009 afgestudeerd aan de HAN. Heeft 8 maanden in ziekenhuis in Tiel gewerkt. Voornamelijk chirurgie zowel maag darm en lever en orthopedie, een klein stukje IC en cardiologie. 3,5 jaar werkzaam in ziekenhuis Rijnstate met name op geriatrische traumatie, orthopedie, geriatrie en een klein stukje polikliniek volwassenen en kinderen

Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad

Werkt met SNAQ Protocol (screening op en behandeling van ondervoeding) en Vochtvoedingslijst. Vindt vocht- en voedingslijst protocol fijn om mee te werken en heeft een meerwaarde. Werkt daarnaast vanuit eigen professie met bepaalde richtlijnen. Er is geen protocol speciaal gericht op geriatrie. Onderzoek van diëtetiek die gedaan is, is een analyse van wat de geriatrische patiënt nodig heeft.

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Verpleegkundige komen makkelijk naar haar toe met vragen. Bijna elke dag iemand aanwezig op afdeling, zij of een collega. Wordt regelmatig geïnterviewd en gebeld. Verpleegkundigen gaan dan ook in discussie met diëtiste. Dit is wel erg goed. Voorbeeld: Bij de ene patiënt wel een sonde en de andere niet.

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

-Andere disciplines zijn of heel afwachtend of zitten er juist heel erg boven op. Iedere patiënt is anders en de interventie wordt daarop aangepast. Hierdoor soms niet op een lijn met andere disciplines.

-Als vpk overdracht schrijft worden gegevens uit anamnese automatisch meegenomen. Wanneer de diëtist in consult is geweest, wordt dat daar niet automatisch vermeld. Dit gebeurt alleen wanneer een alerte vpk dit er nog aan toe voegt. Bijvoorbeeld; diëtist schrijft drinkvoeding voor, patiënt gaat naar verpleeghuis en krijgt de eerste 3 dagen geen drinkvoeding omdat dit niet in de overdracht staat. Na 3 dagen komt overdracht van diëtist en wordt dit pas bekend.

-Vindt dat in de rapportage over elk thema iets gerapporteerd moet worden, vaak niks over eten terug te vinden. 'eet matig', is niet specifiek. Afhankelijk van de informatie wat anderen haar vertellen. Wanneer vpk of va bijvoorbeeld na 3 dagen pas werkt, kunnen zij de diëtist niks vertellen over de patiënt. Er wordt wel gescreend maar geen consult aangevraagd of wel gescreend maar te laat. Dit gebeurt vaak in avond of nachtdienst. 10.50

-Niet bij elke patiënt wordt vochtbalans bijgehouden. Wegen gebeurt slecht

-Welke arts hoort bij welke patiënt. Dit is vaak niet helemaal duidelijk

-Heeft scholing gegeven, toen voor het eerst gemerkt dat er kennis tekort is onder vpk+va. Kennis kan nog steeds beter. Als er iets veranderd gaat worden moet er scholing gegeven worden, moet mensen uitleggen waarom ze iets moeten doen.

Interview voedingsassistente
Achtergrondinformatie respondent
20 jaar werkzaam op afdeling geriatrie

Bekendheid protocollen op afdeling m.b.t. voeding en landelijke leidraad
Hanteert het protocol vocht- en voedingsintakelijst. Is bekend met de landelijke leidraad.

Taken in de uitvoering van voedingszorg

's ochtends; vragen wat patiënt wil ontbijten, eventueel sturing geven wanneer dit nodig is, ontbijt rond delen, opruimen, intake noteren. Koffieronde met iets erbij (gevulde koek, ontbijtkoek) drinkvoeding, intake noteren

's middags; vragen wat patiënten willen eten met eventueel iets extra's erbij (omelet, slaatje). Intake noteren. Koffieronde.

's avonds; avondeten. Zit een kaartje bij zodat de verpleging de intake kan noteren wanneer voedingsassistente niet aanwezig is. Leggen briefjes in de keuken zodat VA lijst in kan vullen.

Bevorderde en belemmerende factoren om protocollen na te leven/op te zoeken

Benoemt geen bevorderende en belemmerende factoren. Heeft één protocol dat ze hanteert en moet daar ook de intake op noteren.

Positieve punten met betrekking tot voedingszorg

Samenwerking met andere disciplines gaat erg goed. Geen punten waar ze tegenaan loopt. In verband met haar leeftijd zit ze niet meer op vernieuwingen te wachten, houdt zich er niet meer zo mee bezig. Is erg positief over gang van zaken

Negatieve punten met betrekking tot voedingszorg

Een verbeterpunt is dat de kennis vergroot kan worden bij de verpleegkundigen