

# Onderzoek naar voorlichting bij complexe zorgvraag

M. van der Ree\*

**De rol van (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden bij het geven van voedingsvoorlichting bij een zorgvrager waarbij (risico op) ondervoeding is gediagnosticeerd met als bijkomend probleem diabetes mellitus (DM) en wonden.**

## Casusbeschrijving

Mevrouw A. is 86 jaar en is ruim twintig jaar bekend met de diagnose DM type II met een diabetische voet bij instabiele bloedsuikerwaardes. De taak van de (wijk)verpleegkundigen en -verzorgenden is: ondersteuning bij de persoonlijke verzorging, wondverzorging aan beide voeten, controle van de bloedsuikerwaardes en het toedienen van insuline volgens toedieningsschema van de huisarts. De wondgenezing stagneert, wat het echtpaar verontrust. Uit de screening Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ<sup>65+</sup>) blijkt dat mevrouw een verhoogd risico op ondervoeding heeft. Haar zorgproblemen kunnen elkaar negatief beïnvloeden; hierdoor ontstaat een complexe zorgsituatie. Om de zorgsituatie zo volledig mogelijk in kaart te brengen is het verpleegkundig model van Gordon gebruikt. De relevante problemen voor dit artikel, vanuit deze casus, staan in onderstaande tabel (tabel 1).

De kans op een soortgelijke zorgsituatie in de dagelijkse praktijk, zoals hierboven beschreven, is zeer wel aanwezig. Vanuit bovenstaande analyse van de zorgproblemen rijst de vraag: welke voedingsadviezen geven (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden bij risico op ondervoeding, waarbij wonden en instabiele bloedsuikers een rol spelen?

## Inleiding

In 2016 waren in Nederland 1.084.100 mensen met DM geregistreerd bij de huisarts (1). Van de Nederlandse bevolking zijn meer dan een miljoen mensen gediagnosticeerd met DM en hebben ruim 350.000 een complexe wond. Deze gezondheidsproblemen beïnvloeden elkaar,

waardoor een complexe zorgsituatie ontstaat. DM richt onder andere schade aan aan bloedvaten en zenuwstelsel. Hierdoor is een verhoogd risico op macro- en microvasculaire complicaties, bijvoorbeeld complexe wonden (2). Naar schatting hebben 350.000 Nederlanders een complexe wond, waarvan 19,3 % thuiszorg ontvangt. Na een jaar ontvangt 11,8 % nog steeds wondzorg (3). De begrote kosten voor wondzorg zijn ongeveer 1,5 miljard euro per jaar (4). De wondbehandelplannen zijn gericht op de wondbedekkers, drukontlasting en eventueel aangevuld door reductie van oedeemvorming, maar niet op voeding.

## Voeding

Uit landelijke prevalentiecijfers blijkt dat 15% tot 30% van de mensen die in de thuissituatie zorg ontvangt ondervoed is. De zorgkosten hiervoor worden geschat op 1,8 miljoen euro per jaar (5).

Voedingstoffen zorgen voor tal van essentiële lichamelijke processen, zoals opbouw en genezing. Het voedingscentrum adviseert gezonde voeding vanuit het wetenschappelijk onderbouwde voorlichtingsmodel: de schijf van vijf (6) en extra intake van eiwitten (7). Wel kunnen eetgewoonten vanuit verschillende culturen hiervan afwijken. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden (8). Onderzoek naar de intake van voedingsgewoonten is niet eenvoudig, omdat getwijfeld mag worden aan de eerlijkheid waarop de zorgvrager de vragen beantwoordt (9). Het geven van onvoldoende informatie, alsook onderrapportage, kunnen bij het inzetten van interventies resulteren in ineffectieve gezondheidsverbetering (10).

Ouderen hechten veel waarde aan vertrouwd voedsel.

**Tabel 1: Relevante problemen**

Voeding- en stofwisselingspatroon		
Patronen	Relevantie vanuit de zorgvrager	Actie verpleegkundigen en verzorgenden
2	Mevrouw heeft een instabiele bloedsuikerspiegel. Het echtpaar weet hier niet mee om te gaan.	Monitoren van de bloedsuikerspiegel en op geleide van spuitschema insuline toedienen
2	Mevrouw heeft twee slecht genezende wonden. Het echtpaar maakt zich hier ongerust over.	Wondbehandeling volgens behandelplan huisarts.
2	Mevrouw heeft geen kennis/inzicht over/in gezonde voeding.	Geen actie bekend.

Daarnaast draagt een gezellige huiselijke sfeer tijdens de maaltijd bij aan een verbeterde intake van voeding en de kwaliteit van leven (11).

### Invloed van voeding op diabetes en wondgenezing

Koolhydraten, vetten, eiwitten en water zijn belangrijke onderdelen bij wondgenezing. Koolhydraten stimuleren de insulineproductie, dit is nodig voor de wondgenezing. Bij een te hoge bloedsuikerspiegel stagneert de granulatiefase, wat het risico op infectie verhoogt. De intake van langzame koolhydraten zorgen ervoor dat de glycemische index (GI) laag blijft, waardoor een gelijkmatige bloedsuikerspiegel ontstaat (8,12). Daarnaast verstoort een hoge bloedsuikerspiegel de immuunrespons (13) en het transport van vitamine C. Vitamine C is van belang voor collageensynthese, wat invloed heeft op het bindweefsel (14). Eiwitten zijn onmisbare bouwstoffen voor weefselopbouw en spelen een rol in elke fase van de wondgenezing, zoals bij de angiogenese, collageensynthese, fibroblasten, remodelering en immuniteit. Maar ook voor aanmaak en functioneren van monocytten, leukocyten, lymfocyten en macrofagen (15). De eiwitbehoefte bij wonden is verhoogd van 0,8 naar 1,5 gram per kilo lichaamsgewicht (16). Volwaardige voeding is dan ook essentieel. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft evidence based voedingsrichtlijnen opgesteld (17).

### Ondervoeding

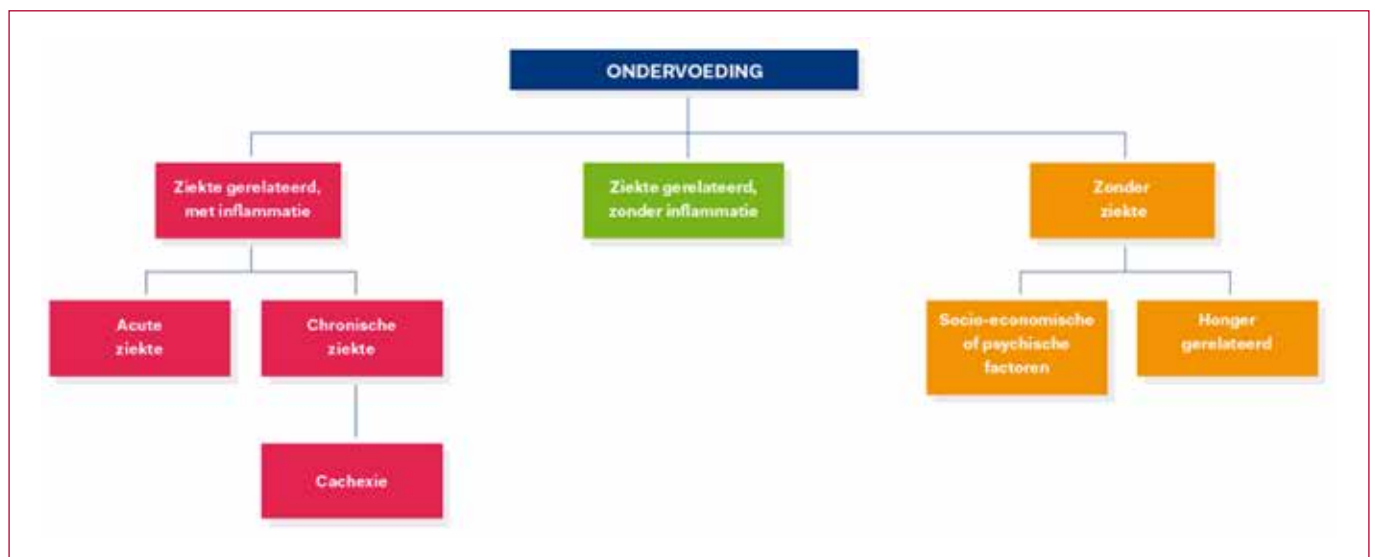
Ondervoeding betekent dat een persoon gedurende een langere periode minder voedingsstoffen en/of energie binnen krijgt dan nodig is, om zijn gezondheid te behouden (18). In 2017 heeft de Stuurgroep Ondervoeding criteria voor ondervoeding opgesteld (figuur 1). Het niet lang kunnen lopen of problemen bij het traplopen

worden niet geassocieerd met (risico op) ondervoeding, maar gekoppeld aan ouderdomsklachten, zoals gewrichtsproblemen (19). Daarbij denken ouderen vaak dat gewichtsverlies een positief gegeven is en associëren dit niet met ondervoeding (20). De verantwoordelijkheid van goede voeding ligt bij de oudere zelf. Gewoontes, zoals ieder morgen het beschuitje, zouden doorbroken moeten worden (21). De wijkverpleegkundige kan hier een rol in spelen door voorlichting te geven over de noodzaak van gevarieerde en eiwitrijke voeding (6,7).

### Screeningsinstrument SNAQ<sup>65+</sup>

Voor screening op ondervoeding zijn verschillende instrumenten ontwikkeld. De SNAQ<sup>65+</sup> is een valide meetinstrument om ondervoeding vroegtijdig te herkennen. Het is ontwikkeld voor inzet in de eerstelijnszorg bij thuiswonende ouderen (18) (figuur 2).

Voedingsvoorlichting is een onderdeel van preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Hiermee kan het gezien worden als competentiegericht handelen van de (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden. Landelijk zijn afspraken gemaakt over vroege herkenning, behandeling en de taakverdeling bij ondervoeding door de Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak (LESA) (22). De (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden werken vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), persoonsgebonden budget (pgb) en Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wetten geven de mogelijkheid om voedingsproblemen te indiceren en de zorgproblemen in het zorgplan op te nemen. Daar er nog onvoldoende bekend is over hoe (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden ondervoeding signaleren en voedingsadviezen geven, is dit afstudeeronderzoek in 2018 uitgevoerd.



Figuur 1. Criteria voor ondervoeding. Overgenomen uit: Richtlijn ondervoeding, 2017 (Kruizenga et al. 2017).



Figuur 2. SNAQ-score overgenomen uit: “Stuurgroep ondervoeding”, 2015.

### Vraag- en doelstelling onderzoek

De hoofdvraag in dit onderzoek is: welke voedingsvoorlichting geven (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden aan een zorgvrager, wanneer er (risico op) ondervoeding is en instabiele bloedsuikerspiegel en stagnerende wondgezezing een rol spelen?

Het doel is inzicht te verkrijgen in de werkwijze van de (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden met betrekking tot voedingsvoorlichting bij een zorgvrager met (risico op) ondervoeding met bijkomende gezondheidsproblemen, zoals instabiele bloedsuikerspiegel en wonden.

### Onderzoek

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd waarbij informatie is verzameld vanuit de praktijk door middel van semistructureerde interviews onder zes (wijk)verpleegkundigen, wijkverzorgenden en een zorgvrager. Daarnaast is beargumentering verworven vanuit vakliteratuur, bestaande uit wetenschappelijke theorieën en eerdere onderzoeken. Hierbij zijn verschillende databases gebruikt. Artikelen ouder dan twintig jaar zijn niet gebruikt.

### Dataverzameling

Aan de hand van een topiclijst zijn voor het interview vragen geformuleerd, waarbij doorvragen een mogelijkheid was. Vooraf zijn alle respondenten via de mail benaderd, met het verzoek aan het onderzoek deel te nemen. Vooraf is geen aanvullende informatie gegeven over het onder-

werp, zodat er antwoord gegeven kon worden vanuit de kennis en inzichten van dat moment. Het interview is individueel afgenomen in een vooraf gereserveerde ruimte. Alle interviews zijn getranscribeerd en de naam van de zorgvrager is weggelaten.

### Ethische aspecten

Alle respondenten waren vrij om mee te doen aan het onderzoek. Interviews en transcripties zijn na het onderzoek vernietigd.

### Resultaten

Vier van de zes (wijk)verpleegkundigen benoemden, naast de SNAQ<sup>65+</sup>, ook Body Mass Index (BMI) en Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) als screeningsinstrument. Echter, door allen werd in deze studie het risico op ondervoeding onder andere vastgesteld aan de hand van observatie, zoals ruim zittende kleding en zichtbare gewichtsafname. Allen gaven aan dat in de dagelijkse praktijk onvoldoende aandacht besteed wordt aan voeding. Verpleegkundigen (niveau 4) en wijkverzorgenden (niveau 3) zien dit niet als hun taak, maar iets dat valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Daarnaast ligt volgens de respondenten de verantwoordelijkheid bij de zorgvrager zelf.

Wijkverpleegkundigen voelen zich daarentegen wel verantwoordelijk voor het geven van adviezen. Bij het geven van adviezen over voeding voelen de (wijk)verpleeg-

kundigen en wijkverzorgenden zich niet bekwaam en zouden om die reden geen adviezen geven bij gezondheidsproblemen, zoals onregelmatige bloedsuikers. Bij problemen wordt de diëtist in consult gevraagd. De gegeven voedingsadviezen bestaan uit producten uit de supermarkt, zoals kwark, ei en producten van de schijf van vijf. Bij grote wonden wordt wel extra eiwitten geadviseerd door alle respondenten; de precieze reden wordt niet benoemd. Voor het motiveren van eten werd gezelligheid benoemd en de eetgewoontes behouden die de zorgvrager al jaren heeft, omdat ze dit zo gewend zijn. De zorgvrager is niet bekend met voedingsadviezen vanuit de wijkzorg, ook niet van de begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk. De zorgvrager eet wat hij lekker vindt en hij vindt dat hij gezond eet. Bij de schommelende bloedsuikerspiegel wordt vanuit de huisartsenpraktijk geadviseerd de insuline aan te passen.

## Discussie

In de literatuur wordt aangegeven dat 15% tot 30% van de ouderen die thuiszorg ontvangen ondervoed is (5). Observatie op ondervoeding is een vaak toegepaste methode, zoals ook uit dit onderzoek blijkt. Echter, vanuit de literatuur wordt screening door middel van alleen observeren afgeraden. Op deze wijze wordt de diagnose ondervoeding te laat gesteld. Verminderde mobiliteit en moeilijk traplopen kunnen namelijk een oorzaak zijn van ondervoeding. Dit wordt in de praktijk niet geassocieerd met (risico op) ondervoeding (13). Vanuit de literatuur wordt benoemd dat de verantwoordelijkheid van goede voeding ligt bij de oudere zelf (21).

Volgens de LESA is het geven van voedingsvoorlichting bij het signaleren van risico op ondervoeding een taak van de wijkverpleegkundigen (22). Vanuit de wetten Zvw (Zorgverzekeringswet) en Wlz (Wet landelijke zorg) en het pgb is het mogelijk dit te indiceren. Uit dit onderzoek blijkt

### Aanbevelingen voor (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden

- Bekwaam je in het geven van voedingsvoorlichting, ook bij complexe zorgvraag.
- Weet verbanden te leggen tussen voedingsintake en de gevolgen voor het dagelijks leven.
- Signaleer (risico op) ondervoeding bij verminderde mobiliteit.
- Stem voedingsvoorlichting af op de zorgvrager en zijn/haar gezondheidstoestand.

Aanvullend onderzoek is nodig om een breder beeld te krijgen van de voedingsvoorlichting die (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden geven. Nader onderzoek op grotere schaal is een aanbeveling.

hetzelfde: verpleegkundigen en wijkverzorgenden geven beperkt voedingsvoorlichting en zien dit niet als hun taak. Wijkverpleegkundigen geven daarentegen wel voedingsvoorlichtingen en zien het wel als hun taak om gesignaleerde problemen op te pakken.

Naast de intake van extra eiwitten (kwark) wordt er verder geen directe voedingsvoorlichting gegeven aan de zorgvrager door (wijk)verpleegkundige en wijkverzorgenden bij wondgenezing. Niet alleen eiwitten dragen bij tot een betere wondgenezing, maar alle voedingsmiddelen uit de schijf van vijf. De (wijk)verpleegkundigen en wijkverzorgenden zijn terughoudend bij een instabiele bloedsuikerspiegel in verband met onvoldoende kennis. De wetenschap over de invloed van (langzame) koolhydraten met betrekking tot de bloedsuikerspiegel bij DM is niet benoemd (8). De zorgvrager kan weinig voedingsadviezen benoemen.

## Conclusie

Het onderzoek toont aan dat voedingsvoorlichting gegeven wordt door de wijkverpleegkundigen wanneer (risico op) ondervoeding is gesignaleerd. Verpleegkundigen en wijkverzorgenden zijn hierin terughoudend. Bij wondgenezing wordt voedingsvoorlichting beperkt tot het geven van informatie over intake van extra eiwitten. Bij DM met instabiele bloedsuikers wordt geen voorlichting gegeven. De schijf van vijf is bekend. Door implementatie van de SNAQ<sup>65+</sup> is er een start gemaakt om de voedingstoestand van de zorgvrager in kaart te brengen. Er is weinig kennis over de relatie tussen mobiliteit en (risico op) ondervoeding. De verpleegkundigen en wijkverzorgenden hebben niet het besef dat zij de aangewezen persoon zijn voor het geven van voedingsvoorlichting.

## Literatuur

1. Volksgezondheid en zorg. **Prevalentie diabetes**. Bezocht op 12 oktober 2018; <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-diabetes-naar-leeftijd-en-geslacht>
2. Spijkerman AMW, Henry RMA, Dekker JM, et al. **Prevalence of macrovascular disease amongst type 2 diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the Hoorn Screening Study**. Journal of Internal Medicine, 2004;256(5):429-6.
3. Jonkers A. **Ondervoeding. Grijp in voor het te laat is**. Nursing, 2016;22(11):28-33.
4. Medisch contact. **Uniforme en centrale wondzorg werkt beter**. 2014; [www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/uniforme-en-centrale-wondzorg-werkt-beter.htm](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/uniforme-en-centrale-wondzorg-werkt-beter.htm)
5. Stuurgroep ondervoeding. **Ondervoeding algemeen**. Bezocht op 21 oktober 2018. <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/ondervoeding-algemeen>
6. Voedingencentrum. **Achtergronden schijf van vijf**. Bezocht op 12 oktober 2018. <http://www.voedingencentrum.nl/encyclopedie/achtergronden-schijf-van-vijf.aspx>.
7. Voedingencentrum. **Eiwitten**. Bezocht op 6 oktober 2018.

- <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/eiwitten.aspx>
8. Voedingscentrum. **Schijf van vijf voor diverse eetculturen**. Bezocht op 23 oktober 2018. <http://www.voedingscentrum.nl/professionals/schijf-van-vijf/de-schijf-van-vijf-voor-diverse-eetculturen.aspx>
  9. Wijland H. **Voeding bij diabetes mellitus type 2**. Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2013;8(4):102-11.
  10. Goris AHC. **Validation of the assessment of food intake in humans**. 2001; Maastricht university. <https://cris.maastricht-university.nl/portal/files/1308575/guid-aa2f5486-f6c5-4444-ad5d-d2c2127714e7-ASSET2.o>
  11. Nijs K, de Graaf C, van Staveren WA, et al. **Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes**. Journal of the American Medical Directors Association, 2009;10(4):226-9.
  12. Voedingscentrum. **Diabetes type II**. Bezocht op 23 oktober 2018. <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/diabetes-type-2.aspx>
  13. Holtrop R. **Acute ontregeling van diabetes mellitus bij de oudere patiënt** In: De oudere patiënt met diabetes mellitus type 2, 2015;8:61-73. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
  14. Voedingscentrum. **Diabetes type 2 (suikerziekte)**. Bezocht op 23 oktober 2018 <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/diabetes-type-2.aspx>
  15. Jonkers A. **Goede voeding bij wondzorg broodnodig**. Bezocht op 22 december 2017; <http://www.aliettejokers.nl/2017/08/01/goede-voeding-bij-wondzorg-broodnodig/>
  16. Quain AM, Khardori NM. **Nutrition in Wound Care Management: A Comprehensive Overview**. Wounds, 2015;27(12):327-335.
  17. Nederlandse Diabetes Federatie. **Voedingsrichtlijn diabetes 2015**, (pp 13-14). Bezocht 23 oktober 2018 bij <https://www.dvn.nl/Portals/1/OpenContent/Files/1059/DEF-NDF-Voedingsrichtlijn-Diabetes-2015-versie-1.3.pdf>
  18. Evers AM, Schilp J, Kruijzena HM, et al. **Sneller ingrijpen bij ondervoeding; vroege herkenning en behandeling zijn cruciaal**. Tijdschrift LVW, 2010; jaargang 10 nummer 2:pp
  19. Ziylan C, Haveman-Nies A, van Dongen EJI, et al. **Dutch nutrition and care professionals' experiences with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults: a qualitative study**. BMC Nutrition, 2015;1(1):38.
  20. BeelenJ, VasseM, ZilyanC, et al. **Undernutrition: who cares? Perspectives of dietitians and older adults on undernutrition**. BMC Nutrition, 2017;3(1):24.
  21. Ziylan C. **Undernutrition management and the role of protein-enriched meals for older adults (Doctoral dissertation, Wageningen University)**. 2016.
  22. Kruijzena H, Beijer S, Huisman-de Waal G, et al. **Richtlijn ondervoeding. Herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen**. 2017;9-11.

\* Marian van der Ree, wond- en wijkverpleegkundige Buurtzorg, lid WCS Commissie Chirurgische wond en stoma  
[m.vanderree@buurtzorgnederland.com](mailto:m.vanderree@buurtzorgnederland.com)