

# Aandacht voor eten en drinken in de wijkzorg

*auteurs*

MARLIES VAN HELL-CROMWIJK,  
YTJE VAN DER VEEN, TRUUS GROENENDIJK,  
HYLKJE ALGRA  
docent-praktijkonderzoekerers lectoraat  
Zorg voor Voeding en Gezondheid  
Christelijke Hogeschool Ede

**WILLEMIEKE KROEZE**

lector Zorg voor Voeding en Gezondheid  
Christelijke Hogeschool Ede

De wijkverpleegkundige is een belangrijke speler in het bevorderen van gezond eet- en drinkgedrag. Hoe krijgt dit vorm in de dagelijkse zorgpraktijk? Met interviews is in kaart gebracht hoe hbo-wijkverpleegkundigen deze taak invullen.


## TREFWOORDEN

- Wijkverpleging
- Voeding
- Leefstijl

In de zorg moet meer aandacht komen voor preventie.<sup>1</sup> Zorgverleners in de eerstelijns hebben een grote rol bij het bevorderen van een gezonde leefstijl, waarin voeding steeds belangrijker blijkt te zijn.<sup>2</sup> Daarnaast wordt bij bepaalde ziekten en aandoeningen steeds meer aandacht gevraagd voor gezonde en passende voeding.<sup>3</sup> Het optreden van (vermijdbare) complicaties van niet-passend eet- en drinkgedrag is een toenemend probleem. Voorbeelden van dergelijke complicaties zijn ondervoeding, slechte wondgenezing en obesitas. De gevolgen zijn een verminderde kwaliteit van leven, trager herstel en een grotere kans op overlijden.<sup>4</sup>

Niet alleen de diëtist, maar juist ook de wijkverpleegkundige is als generalist van cruciaal belang in het bevorderen van gezond eet- en drinkgedrag. Kitson e.a. benoemen dat de zorg voor voeding behoort tot de basiszorg van de verpleegkundige.<sup>5</sup> Uit onderzoek blijkt dat het structureel verlenen van voedingszorg door wijkverpleegkundigen nog kan worden verbeterd. Factoren die invloed lijken te hebben, zijn onduidelijke communicatie en verantwoordelijkheden tussen zorgprofessionals,



 **CORRESPONDENTIE**  
MARLIES VAN HELL-CROMWIJK  
MCVHELL@CHE.NL

kennistekort, organisatiecultuur en het ontbreken van leiderschap en prioritering.<sup>6-7</sup>

Vanuit het lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) is onderzoek gedaan naar hoe wijkverpleegkundigen aankijken tegen hun dagelijkse praktijk rondom 'zorg voor eten en drinken'. Dit inzicht in de praktijk biedt aanknopingspunten voor vervolgstappen in het optimaliseren van zorg voor voeding.

### METHODIEK

Om een beeld te krijgen van de ervaringen en aanpak van wijkverpleegkundigen, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De data werden verzameld via semigestructureerde interviews. De werving vond plaats door flyers te versturen naar werkveldcontacten en alumni. Er was één inclusiecriteria: deelnemers waren als hbo-verpleegkundige werkzaam in de wijkverpleging. Na aanmelding ontvingen de respondenten een informatiebrief en informed consent-formulier. Deelnemers werden geïnterviewd door één van de drie onderzoekers van het lectoraat. De vragenlijst was opgebouwd uit thema's die naar voren komen in de literatuur of zijn genoemd in verkennende gesprekken. Voorbeelden van vragen: waar denk jij aan bij zorg voor voeding, hoe belangrijk vind je beroepsmatige zorg voor voeding, wat zijn je rollen en taken en welke aanpak heb jij? In dit artikel wordt ingegaan op de rollen en taken die de wijkverpleegkundigen noemen op het vlak van voedingszorg. Van elk interview zijn een geluidsopname en verbatim transcript (woordelijke transcriptie) gemaakt. De transcripten zijn gecodeerd in het softwareprogramma Atlas.ti8, waarna de codes werden gecategoriseerd in codegroepen. De resultaten zijn weergegeven aan de hand van een groepering van de fasen in het wijkverpleegkundig verpleegproces uit het Expertisegebied Wijkverpleegkundige: gegevensverzameling/anamnese, verpleegkundige diagnoses/doelen/indiceren, interventies en monitoring/evaluatie.<sup>8</sup>

### RESULTATEN

De 18 deelnemende hbo-wijkverpleegkundigen zijn vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. De respondenten werkten gemiddeld negen jaar als wijkverpleegkundige en hadden een gemiddelde aanstelling van 0,6 fte. Ze waren afkomstig uit acht thuiszorgorganisaties.

#### Gegevensverzameling/anamnese

Wijkverpleegkundigen geven veelal aan dat ze tijdens de anamnese een cliënt wegen en de BMI vaststellen om indirect gegevens te verzamelen over de voedingsstatus. Ze zijn ambivalent over het gebruik van de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)-score om risico op ondervoeding in beeld te krijgen. Een deel neemt standaard een SNAQ af bij de anamnese. Anderen zeggen hun klinische blik te gebruiken en geen noodzaak te zien voor de inzet van meetinstrumenten. Of ze nemen slechts een SNAQ af bij een directe aanleiding.

*'Ik heb eigenlijk die instrumenten helemaal niet nodig om te constateren wat er aan de hand is. Het instrument onderbouwt waarom ik dit allemaal zie, maar ik ga er geen tijd aan besteden om al die instrumenten in te vullen, want ik weet wat er uitkomt.'*

De helft van de wijkverpleegkundigen laat weten standaard in de anamnese aan de cliënt te vragen hoe het gaat met het eten en drinken.

*'Sowieso is het domein voeding en vocht een onderdeel van de profiellijst. Dus ik vraag altijd: hoe gaat het met eten en drinken?'*

Wijkverpleegkundigen achten voeding soms minder belangrijk dan bijvoorbeeld hulp bij wassen en aankleden. In de anamnese wordt alleen over voeding gesproken als de wijkverpleegkundige een directe hulpvraag of aanleiding ziet op dit vlak. Een deel geeft aan geen standaardvoedingsvragen te stellen, omdat dit een gevoelig gespreksonderwerp kan zijn voor cliënten met bijvoorbeeld overgewicht. In een kwart van de interviews komt naar voren dat de wijk-

verpleegkundige achterhaalt, of de cliënt zich bewust is van zijn voedingstoestand en hoe belangrijk eten en drinken is. Enkele respondenten zeggen dóór te vragen om na te gaan hoe het staat met de kennis over gezond eten en drinken en de motivatie van voedingskeuzes.

#### Diagnoses, doelen, indiceren

Wijkverpleegkundigen zeggen dat zij verantwoordelijk zijn voor het vaststellen van zorgplannen en indicaties. Een van hen noemt dat ze eerst kijkt naar de oorzaak van een voedingsprobleem om vervolgens vast te stellen in hoeverre dit een taak is voor de wijkverpleging. Sommige wijkverpleegkundigen hantieren na het vaststellen van een probleem rond eten en drinken bewust een beslismoment waarop ze voor zichzelf afwegen of de problemen rond voeding prioriteit hebben.

*'Als wijkverpleegkundige ben je verantwoordelijk voor indicaties en zorgplannen, dus als er echt geholpen moet worden met de maaltijd, met het eten, of als er structureel voorlichting gegeven moet worden - dienen we dat ook in een zorgplan op te nemen en er tijd voor te indiceren.'*

In ongeveer de helft van de interviews komt naar voren dat het belangrijk is de doelen rond eten en drinken op te stellen in samenspraak met de cliënt. Ook wordt het belang aangegeven van het stellen van haálbare doelen en het verkennen van de rol van het netwerk en andere hulpverleners van de cliënt.

#### Interventies

Deelnemers noemen een scala aan interventies. Alle wijkverpleegkundigen zeggen dat wegen een belangrijke interventie is. Twee respondenten noemen het bijhouden van een vochtbalans. In alle interviews komt naar voren dat de wijkverpleegkundigen hun cliënten wel eens adviseren over wat gezonde voeding is die past bij gezondheidsproblemen of aandoeningen.

Alle wijkverpleegkundigen geven aan dat ze in hun dagelijkse praktijk cliënten motiveren om gezonder te eten en drinken. Dit is mogelijk door de cliënt te



confronteren met ongezonde keuzes om de bewustwording te vergroten. Een andere optie is gedragsverandering op gang te brengen door motiverende gespreksvoering. Toch vertelt een groot aantal wijkverpleegkundigen niet bewust gebruik te maken van gespreksmethoden of modellen voor gedragsverandering; ze zeggen ‘gewoon’ te communiceren. *‘Ik denk dat dat bij mij gewoon heel onbewust gaat. Welke technieken ik allemaal gebruik, dat durf ik eigenlijk echt niet te zeggen. Ik denk dat ik eigenlijk van alles gebruik.’*

Ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen vindt het belangrijk de zelfregie te stimuleren. Dit doen ze door te wijzen op eigen motivatie en verantwoordelijkheid en door te benadrukken wat de cliënt zelf kan. Wijkverpleegkundigen zeggen regelmatig aandacht te besteden aan de regie van maaltijdzorg voor hun cliënten. Soms zetten ze hierbij ook vrijwilligers in. Maaltijdzorg kan bijvoorbeeld gaan om het klaarzetten of aanreiken van eten en drinken, het stimuleren tot eten en drinken en het regelen van een maaltijdservice. *‘Dat hele proces probeer je op gang te brengen, dat er maaltijden in huis zijn die opgewarmd kunnen worden of snel bereid kunnen worden en dat men – met onze inzet – kan eten.’*

In alle interviews komt naar voren dat wijkverpleegkundigen cliënten soms verwijzen naar een huisarts en/of diëtiste. Wijkverpleegkundigen proberen vervolgens de cliënt te ondersteunen bij het opvolgen van daaruit voortkomende adviezen. Een wijkverpleegkundige vindt het belangrijk bij het gesprek met de diëtiste aanwezig te zijn, bijvoorbeeld wanneer de cliënt een oudere met dementie is. Wijkverpleegkundigen zeggen een diëtiste in te schakelen of advies in te winnen, omdat hun eigen expertise tekortschiet. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij stomazorg, dialyse, de laatste levensfase, slikproblemen en veel afvallen. Na een verwijzing vinden ze het wel belangrijk zelf kritisch mee te blijven kijken.

*‘Voor mij en mijn collega’s geldt: de gewone adviezen rondom voeding, dat kunnen we, maar zodra het specialistisch wordt, dan schakel ik een expert in.’*

### Monitoring/evaluatie

Veel wijkverpleegkundigen zeggen de regie te houden over zorg voor eten en drinken. De taken daarbij zijn: gewichtsmonitoring, bijhouden van vochtbalans en/of bloedsuikercurve, faciliteren van maaltijdvoorziening en voortgangsrapportage. Als diagnoses, doelen, interventies en activiteiten in het zorgplan staan, is dat volgens een

aantal wijkverpleegkundigen een belangrijke prikkel om deze zorg te monitoren en evalueren in de dagelijkse praktijk binnen het team en met het netwerk van de cliënt.

*‘Ik denk dat dat ook mijn rol is als wijkverpleegkundige; om te blijven monitoren ondanks dat ik het niet zelf uitvoer. Dat je wel overzicht houdt: wat gebeurt er en wanneer?’*

Een kwart van de wijkverpleegkundigen laat weten twee keer per jaar een formele evaluatie te houden en, als het nodig is, het zorgplan bij te stellen. Sommige geïnterviewde verpleegkundigen melden dat het belangrijk is dit vaker of zelfs bij elk zorgmoment te doen, zodat de zorg ook eerder kan worden bijgesteld. Een klein deel geeft expliciet aan de uitkomsten van de evaluatie terug te koppelen aan het team.

### CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Wijkverpleegkundigen benoemen taken rondom zorg voor eten en drinken in alle fasen van het verpleegkundig proces. Opmerkelijk is dat slechts de helft zegt voeding aandacht te geven tijdens de anamnese. Bij uitstek leent de anamnese zich voor de dialoog over een onderwerp dat voor cliënten gevoelig kan zijn. Wijkverpleegkundigen maken wisselend gebruik van de SNAQ. Toch is de klinische blik vaak niet voldoende; het inzetten van meetinstrumenten draagt bij aan een juiste inschatting van de voedingsstatus.<sup>9</sup> Winst is te behalen door via een preventiegerichte analyse eerst de oorzaken voor ongezond eten en drinken helder te krijgen en daar vervolgens op aan te sluiten. Uit de interviews komt niet duidelijk naar voren dat verpleegkundigen diagnoses stellen rond voeding. Dit is in lijn met het onderzoek van Rosendal e.a. waaruit bleek dat verpleegkundige diagnoses rond voeding niet vaak gesteld worden in de wijkzorg.<sup>10</sup> Daarnaast lijken de geïnterviewde wijkverpleegkundigen nauwelijks methodieken voor gedragsverandering in te zetten. Voorbeelden van methodieken zijn: het afwegen van voor- en nadelen, *goal setting* en *action planning* bij het bevoor-

# 'De anamnese leent zich bij uitstek voor een dialoog over voeding'

ren van gezond eten en drinken. Dergelijke methodieken richten zich op het veranderen van individueel gedrag en omgevingscondities; daarmee zijn ze juist belangrijk om mensen te begeleiden op de weg van bewustwording naar motivatie, actie en volhouden.<sup>11</sup> Wijkverpleegkundigen benadrukken hun regierol bij het monitoren en evalueren van zorg. Slechts een klein deel geeft aan twee keer per jaar formeel te evalueren, terwijl juist in de evaluatiefase problemen gerelateerd aan voeding aan het licht kunnen komen. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het methodisch en preventief bevorderen van gezond eten en drinken in de wijk. Het zou ook moeten ingaan op wat wijkverpleegkundigen nodig

hebben om evidence based te handelen en welke scholing en bekostiging hierbij aansluiten.

Een mogelijke beperking van het onderzoek is selectiebias. De respondenten waren mogelijk al meer geïnteresseerd in het thema voeding dan anderen. Daarnaast bestaat bij interviews het risico op sociaal wenselijke antwoorden. Vervolgonderzoek, in de vorm van participatie en/of dossieronderzoek, zou in kaart kunnen brengen hoe de praktijk er daadwerkelijk uitziet. Wijkverpleegkundigen lijken voedingszorg in hun vizier te hebben. Toch valt er nog veel te verbeteren in de huidige praktijk. Hoe? Onder meer door scholing met casuïstiek en e-learning over bijvoorbeeld gedragsveranderingstechnieken, waarbij methodisch gezondheidsbevorderend handelen centraal staat. Maar er is meer nodig voor de beweging van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid'. Dat is het besef dat de wijkverpleegkundige een toekomstbestendige 'gezondheidsbevorderaar' zou moeten zijn en de professionele overtuiging dat goed gevoed zijn cruciaal is voor gezondheid. ◀

## REFERENTIES

- 1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** Nationaal Preventie-akkoord. Naar een gezonder Nederland. 2018.
- 2. Verest W, Groot KD & Veer AD.** Preventie bij Roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik: Activiteiten van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: Nivel. 2019.
- 3. Witkamp R, Navis G, Boer J, e.a.** Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten. Den Haag: ZonMw. 2017.
- 4. Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, e.a.** High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition*. 2012; 28.11-12: 1151-1156.
- 5. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, e.a.** Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract*. 2010; 16.4: 423-34.
- 6. Ziyhan C, Haveman-Nies A, Dongen EJJ van, e.a.** Dutch nutrition and care professionals' experiences with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults: a qualitative study. *BMC Nutrition*. 2015; 1:38.
- 7. Håkonsen SJ, Pedersen PU, Bygholm A, e.a.** Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*. 2019; 19.1: 642.
- 8. Rosendal, H.** Expertisegebied wijkverpleegkundige. Amsterdam: MullerVisual Communication. 2019.
- 9. Morton K. e.a.** The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychol Rev*. 2015; 9.2: 205-223.
- 10. Rosendal H & Sattoe J.** Verpleegkundige diagnoses in de wijk. *TVZ*. 2016; 126.1:34-37.
- 11. Steenhuis IHM & Overtoom W.** Positieve leefstijlverandering. Amsterdam: SWP Uitgeverij B.V. 2018.

## Samenvatting

- De wijkverpleegkundige is als generalist van cruciaal belang in het bevorderen van gezond eet- en drinkgedrag.
- Slechts de helft van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen zegt voeding aandacht te geven tijdens de anamnese.
- Wijkverpleegkundigen maken wisselend gebruik van de Short

- Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)-score. Toch is de klinische blik vaak niet voldoende.
- Wijkverpleegkundigen lijken nauwelijks methodieken voor gedragsverandering in te zetten.
- Belangrijk is het besef dat de wijkverpleegkundige een toekomstbestendige 'gezondheidsbevorderaar' zou moeten zijn.

