

ZorgImpuls



Ondervoeding bij ouderen in Rotterdam

Rotterdam
Januari 2018

Onderwerp: Ondervoeding bij ouderen in Rotterdam
Datum: 5 januari 2018
Team ZorgImpuls: Anne-Fleur Klandermans & Kirsten Kirschner

Inhoud

1	Aanleiding.....	3
2	Inleiding.....	4
3	Plan van aanpak.....	6
4	Resultaten.....	7
4.1	Ouderen in Rotterdam	7
4.2	Kosten ondervoeding	11
4.3	Resultaten interviews.....	12
4.4	Best practices/initiatieven.....	18
5	Conclusies en aanbevelingen	20
5.1	Conclusies.....	20
5.2	Aanbevelingen.....	21
	Bijlage 1	23

1 Aanleiding

Uit promotieonderzoek van Canan Ziylan (Universiteit van Wageningen) naar ondervoeding bij 65-plussers blijkt dat structurele aandacht voor signaleren van ondervoeding bij 65-plussers door zorgprofessionals sterk verbeterd kan worden. Landelijke cijfers tonen aan dat ondervoeding voor komt bij 25-40% van de ouderen in ziekenhuizen, 20-25% van de ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en 35% van de ouderen die thuiszorg ontvangt. Hoewel er in Nederland duidelijke richtlijnen zijn voor professionals voor het screenen en behandelen van ondervoeding bij ouderen, blijkt dat dit in de praktijk maar beperkt wordt toegepast¹.

Het bovengenoemde onderzoek en vragen vanuit de raad hebben ertoe geleid dat de gemeente Rotterdam initiatief neemt om de signalering van ondervoeding en de daaraan gekoppelde toeleiding naar dienstverleners, te verbeteren. De aanpak van ondervoeding vraagt om een domein overstijgende aanpak. Het belang van deze aanpak wordt door zowel wetenschappelijk onderzoek als de patiënten federatie bevestigd².

Ten behoeve van het in kaart brengen van de huidige situatie met betrekking tot ondervoeding bij ouderen (65+) heeft de gemeente Rotterdam ZorgImpuls gevraagd hierbij te ondersteunen.

Concreet wordt beoogd inzichtelijk te maken:

1. Hoe het proces van signalering en opvolging van ondervoeding werkt;
2. Welke partijen een rol spelen;
3. Welke belanghebbende partijen nodig zijn om dit onderwerp op de agenda te krijgen.

In dit rapport wordt de context geschetst in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 wordt het plan van aanpak toegelicht met in hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek. Naar aanleiding van de resultaten worden in hoofdstuk 5 conclusies en aanbevelingen gegeven om te komen tot een integraal gestructureerde aanpak op het gebied van ondervoeding bij ouderen.

¹ Canan Ziylan, *Undernutrition management and the role of protein-enriched meals for older adults*, Wageningen University, 2016

² <https://www.kbo-pcob.nl/wp-content/uploads/2017/10/Position-paper-KBO-PCOB-Ondervoeding.pdf>

2 Inleiding

Typ het woord 'ondervoeding' in op het internet en je krijgt direct informatie over wat ondervoeding is, wat je eraan kan doen en hoe je het herkent. Ondervoeding kan ontstaan doordat iemand te weinig eet of extra energie en voedingsstoffen verbruikt. Het probleem speelt vooral bij zieken en ouderen. Ondervoeding kan ook komen door problemen met kauwen of slikken. Aan de hand van criteria wordt het risico op ondervoeding bepaald³. In onderstaande tabel staan de risico's op ondervoeding en de criteria die gehanteerd worden bij het bepalen van ondervoeding.

Risico op ondervoeding	Onbedoeld gewichtsverlies 5 tot 10% (3 tot 6 kilo) in het afgelopen half jaar
	3 dagen (vrijwel) niet gegeten
	1 week minder dan normaal gegeten
Ondervoeding	3 kilo (5%) of meer onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand
	6 kilo (10%) of meer onbedoeld gewichtsverlies in het afgelopen half jaar
	Ondergewicht*
* Ouderen (65+) hebben ondergewicht bij een BMI van minder dan 20.	

Bron: Voedingscentrum³

De vraag is of de informatie over ondervoeding de doelgroep (voldoende) bereikt; in dit geval ouderen? Weten zij wat te doen met deze informatie en kunnen zij hiernaar handelen? En hoe gaan professionals in het werkveld om met het onderwerp ondervoeding? Het onderzoek van Canan Ziylan¹ laat zien dat structurele (extra) aandacht voor dit onderwerp ontbreekt bij professionals.

Ook op landelijk niveau wordt geconstateerd dat ondervoeding een veelvoorkomend probleem is bij ouderen en het een groot probleem blijft in de ouderenzorg, ondanks de toegenomen aandacht en verschillende initiatieven om ondervoeding tegen te gaan⁴. Er is op landelijk niveau steeds meer aandacht voor ondervoeding. Zo is in juli 2010 een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding (LESA) opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD). Met de LESA zou betere zorg in de eerste lijn bereikt moeten worden voor volwassen patiënten met (risico op) ondervoeding door een nauwere samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen en diëtisten. Daarnaast zet de landelijke Stuurgroep Ondervoeding zich al langere tijd in voor het onderwerp. De Stuurgroep Ondervoeding is het multidisciplinaire kenniscentrum op het gebied van bewustwording, preventie, signalering en behandeling van ondervoeding⁵. In oktober 2017 heeft de Kamercommissie een rondetafelgesprek gevoerd over ondervoeding bij ouderen. Ten behoeve van dit rondetafelgesprek hebben seniorenorganisatie KBO-PCOB en patiënten federatie NPCF voorstellen gedaan om ondervoeding nog beter aan te kunnen pakken. In diverse vakbladen (Nursing, V&VN, nieuws voor diëtisten etc.) wordt aandacht besteed aan het onderwerp. Omroep MAX heeft in 2017 een campagne opgezet voor thuiswonende ouderen; 'de tanden in ondervoeding'⁶.

³ <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/ondervoeding.aspx>

⁴ <https://www.medicalfacts.nl/2017/10/25/pak-ondervoeding-van-ouderen-aan/>

⁵ <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/over-de-stuurgroep-ondervoeding>

⁶ <https://www.maxvandaag.nl/ondervoeding>

De toename van ondervoede ouderen zorgt er voor dat de kosten in de gezondheidszorg stijgen. Volgens onderzoek loopt 30% van alle ouderen in het ziekenhuis een risico om ondervoed te worden, terwijl 20% al ondervoed is bij opname. Een ziekenhuisopname is één van de risico's van ondervoeding, ondervoede patiënten liggen 30% van de tijd (1,4 dag) langer in het ziekenhuis⁷. Om het onderwerp ondervoeding (nog) meer op de agenda te krijgen bij diverse partijen in het werkveld is het nodig om in te zetten op populatiemanagement. Daarmee blijven de kwaliteit van zorg, de ervaren gezondheid en de zorgkosten goed in balans. Populatiemanagement is voor de betreffende doelgroep (65+) interessant. Het is een manier om niet het aanbod van zorg als vertrekpunt te nemen, maar de populatie (gespecificeerde groep patiënten) en zijn gewenste gezondheidsverbetering, ervaren kwaliteit van zorg en kosten⁸.

In dit rapport focussen wij ons op twee onderdelen van populatiemanagement. We definiëren de populatie en brengen demografische en epidemiologische kenmerken van de gedefinieerde populatie in kaart met het bijbehorend zorggebruik, de behoeften en kosten. Daarbij bekijken we ook vooral of de keten sluitend is en hoe daarin de samenwerking tussen professionals vormgegeven wordt in de huidige situatie. In het volgende hoofdstuk wordt het plan van aanpak toegelicht.

⁷ <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2016/3/Ondervoede-patiënten-liggen-langer-in-ziekenhuis/>

⁸ www.triple-aim.nl

3 Plan van aanpak

Om te komen tot inzicht in de huidige situatie hebben we een aantal stappen doorlopen. Hieronder is per stap kort uitgewerkt wat de aanpak is geweest.

1. Uitvoeren risicostratificatie ondervoeding bij ouderen (65+)

Risicostratificatie is een statistische methode, toegepast op individueel patiëntniveau, om de patiëntengroepen die het meeste baat hebben bij een bepaalde interventie te identificeren. Individuele risico's op negatieve uitkomsten worden hierin meegenomen. Risicostratificatie is onderdeel van populatiemanagement.

De risicostratificatie binnen de doelgroep ondervoeding bij ouderen (65+) heeft ertoe geleid dat we kunnen bepalen welke populatie de hoogste gezondheidsrisico's en risico op hoge zorgkosten heeft. Er zijn diverse beschikbare databronnen geraadpleegd; waaronder de ROS-Wijkscan, GGD monitor, Vektis database, landelijke databronnen etc. Deze stratificatie leidt tot het bepalen van een gerichte doelgroep. We zijn uitgegaan van de doelgroep 65+ die thuiszorg ontvangt omdat daarvan bekend is dat 1/3 ondervoed is.

2. Procesuitwerking signalering toeleiding ondervoeding

De bepaling van de doelgroep helpt ons om de huidige situatie van de doelgroep goed in kaart te brengen. In samenwerking met de betrokken partijen hebben we inzichtelijk gemaakt hoe het proces van signalering en opvolging van ondervoeding werkt. Betrokken partijen zijn: VVT, welzijn en eerstelijns (zie ook bijlage 1).

3. Issueanalyse ondervoeding bij ouderen onder betrokkenen en belanghebbenden

Om een goed beeld te krijgen hoe het veld tegen ondervoeding en het proces van signalering en opvolging daarvan aankijkt, hebben we diverse explorerende gesprekken gevoerd.

Om aan te sluiten bij andere initiatieven van de gemeente Rotterdam is samen met de opdrachtgever besloten ons te richten op de wijken Ommoord (postcodes 3068 en 3069) en Groot-IJsselmonde (postcodes 3078 en 3079). Getracht is om voldoende professionals te spreken in beide wijken om een zo goed mogelijk beeld te krijgen. De gesprekken hebben input geboden voor een nauwkeurigere risicostratificatie.

4. Inventarisatie best practices/initiatieven rondom aanpak ondervoeding bij ouderen

Na research en uit de gevoerde gesprekken zijn de aanwezige (regionale) best practices en bestaande initiatieven beschreven. Mogelijk bieden deze best practices/initiatieven aanknopingspunten voor een vervolg in 2018.

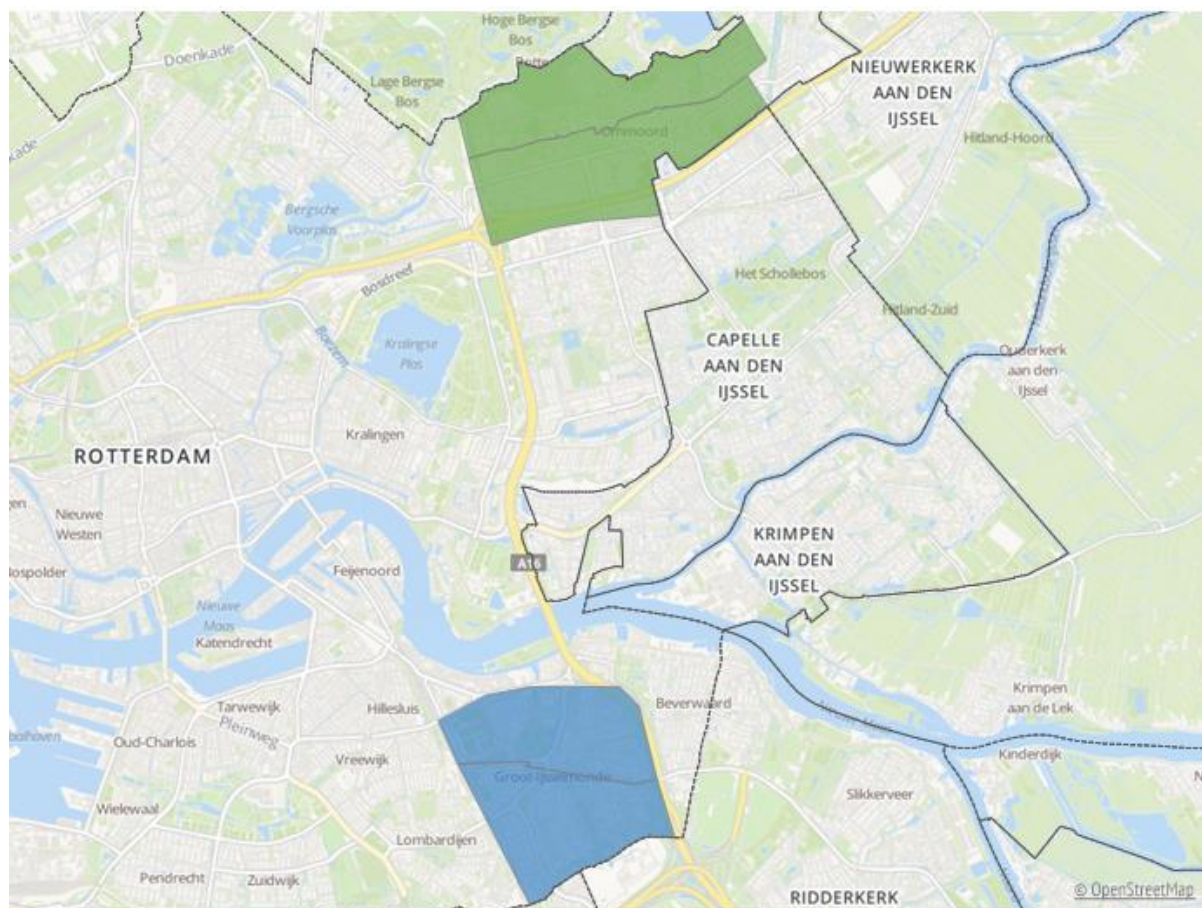
4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten toegelicht. In de eerste twee paragrafen worden de resultaten van de risicostratificatie weergegeven. Met behulp van de informatie uit diverse databronnen wordt een toelichting gegeven op de eigenschappen van de doelgroep. In de daaropvolgende paragrafen is een uitwerking van de gevoerde gesprekken terug te lezen. Hierin komen onder andere de samenwerking en het proces van signalering en opvolging aan bod. In de laatste paragraaf zijn bestaande initiatieven in de regio Rotterdam beschreven.

4.1 Ouderen in Rotterdam

Om een beeld te geven van de ouderen in Rotterdam is achtergrondinformatie verzameld over het percentage 65 plussers in Rotterdam (vergeleken met Nederland)⁹. Tevens is informatie verzameld over voeding, ondervoeding, bewegen, ervaren gezondheid, eenzaamheid en de fysieke gesteldheid van ouderen¹⁰. Dit zijn onderwerpen/indicatoren die iets kunnen zeggen over het risico op ondervoeding.

Naast het algemene beeld van Rotterdam is ingezoomd op de wijken Ommoord (groene gebied) en Groot-IJsselmonde (blauwe gebied).

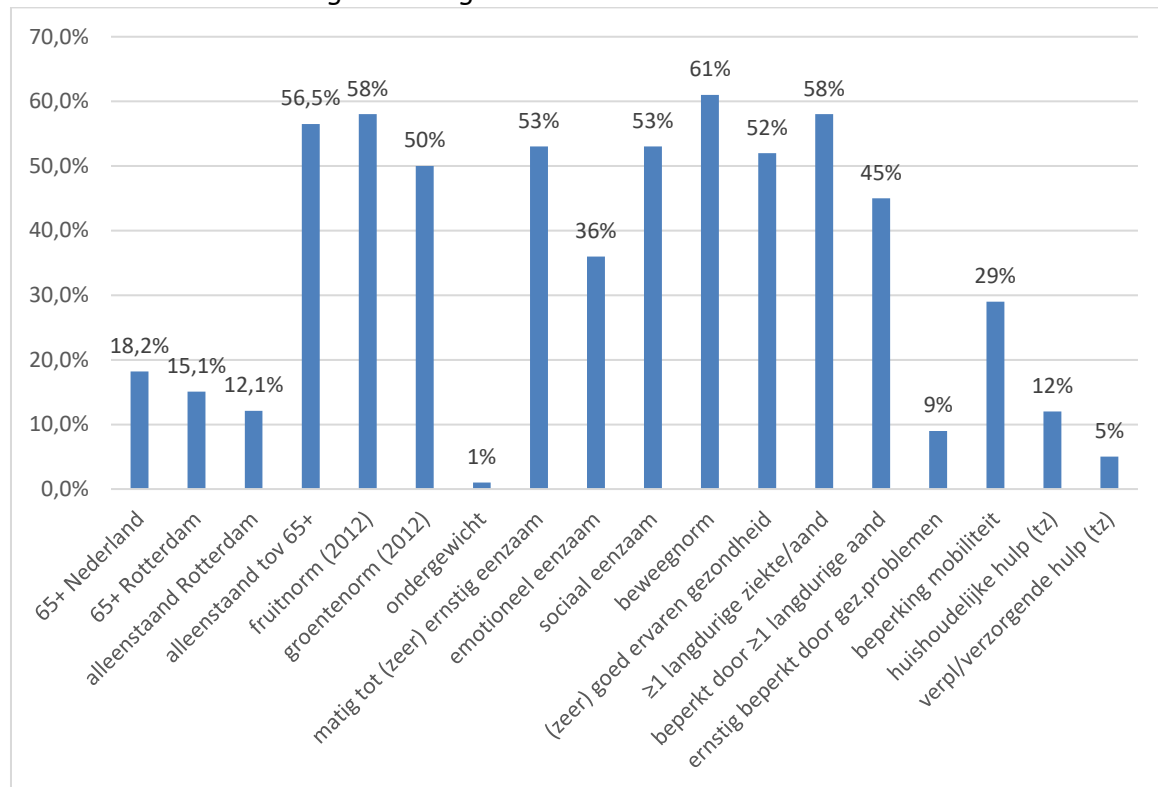


⁹ <https://www.roswijkscan.nl>

¹⁰ <https://gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl>

In onderstaande figuur is te zien dat 15,1% van de bevolking in Rotterdam 65+ is. Van de totale bevolking van Rotterdam is 12,1% alleenstaand. Van de 65 plussers is 56,5% alleenstaand. De helft van de 65 plussers voldoet aan de fruit- en groentenorm en de meerderheid voldoet aan de beweegnorm. De helft van de 65 plussers is matig tot (zeer) ernstig eenzaam. Een (zeer) goede gezondheid wordt ervaren door de helft van de 65 plussers. Meer dan de helft, 58%, van de 65 plussers heeft meer dan één ziekte of aandoening en 45% is hierdoor beperkt. Beperking in mobiliteit wordt ervaren door 29% van de 65 plussers. Huishoudelijke hulp ontvangt 12% van de 65 plussers en 5% ontvangt verpleging of verzorging thuis.

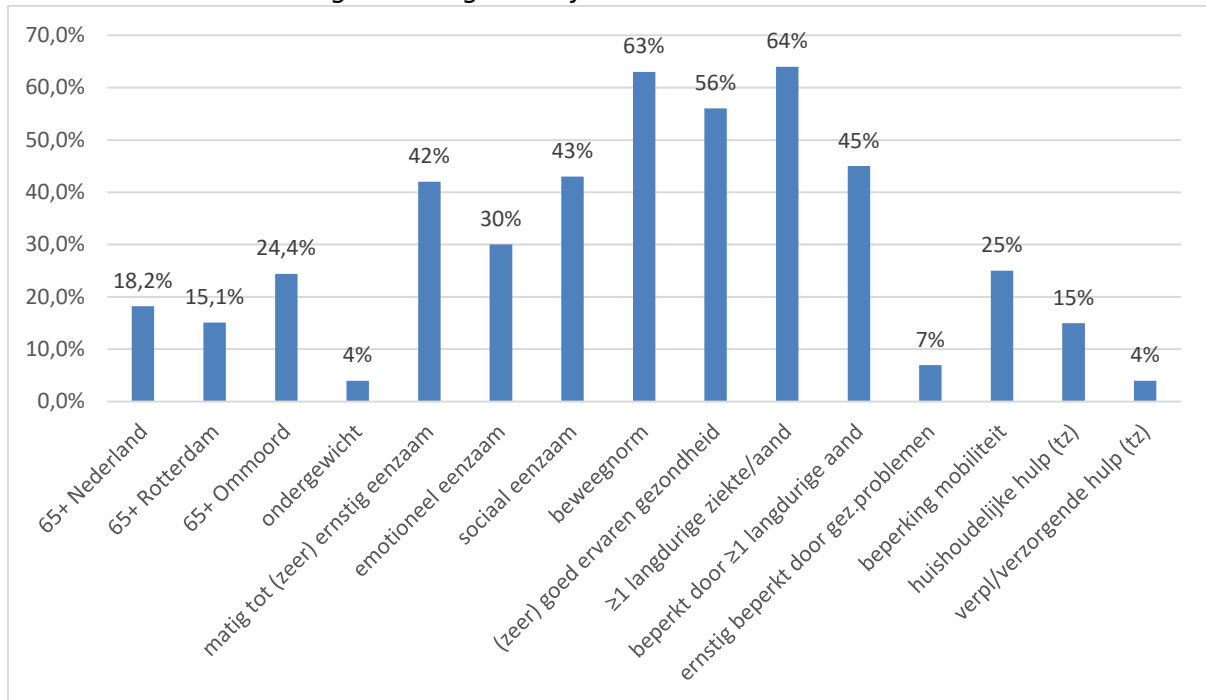
Indicatoren ondervoeding bevolking 65+ Gemeente Rotterdam



Bron: CBS, GGD Gezondheidsmonitor 2016

De wijk Ommoord ligt in het gebied Prins Alexander. In Ommoord is bijna een kwart van de inwoners 65+. Vier procent van deze inwoners heeft ondergewicht (BMI < 20). Van de 65 plussers in Ommoord heeft bijna twee derde meer dan één ziekte of aandoening. Hierdoor is 45% beperkt en 7% ernstig beperkt. Een kwart van de 65 plussers is beperkt in mobiliteit. Huishoudelijke hulp ontvangt 15% van de 65 plussers in Ommoord en 4% ontvangt verpleging of verzorging thuis.

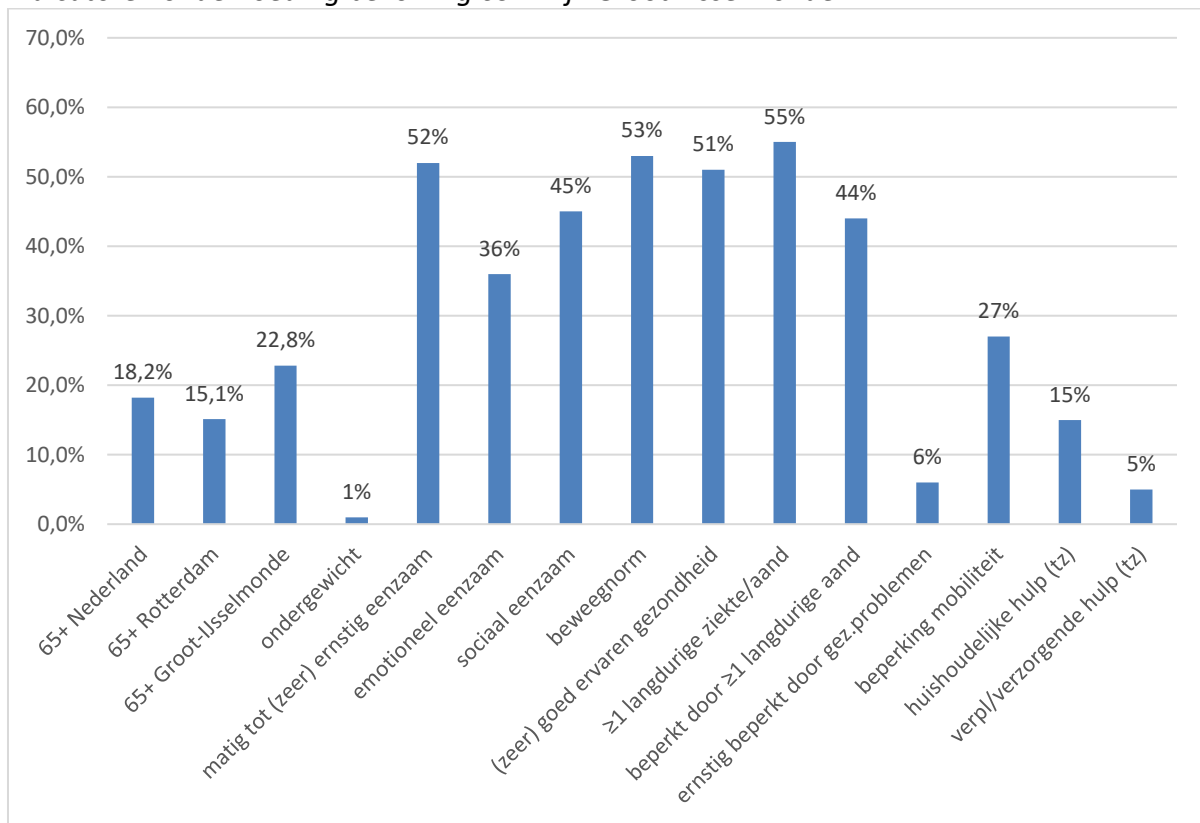
Indicatoren ondervoeding bevolking 65+ wijk Ommoord



Bron: CBS, GGD Gezondheidsmonitor 2016

De wijk Groot-IJsselmonde ligt in het gebied IJsselmonde. Van de inwoners is 22,8% ouder dan 65. Opvallend is dat 52% van de 65 plussers in Groot-IJsselmonde matig tot (zeer) ernstig eenzaam is.

Indicatoren ondervoeding bevolking 65+ wijk Groot-IJsselmonde



Bron: CBS, GGD Gezondheidsmonitor 2016

4.2 Kosten ondervoeding

De totale kosten van ondervoeding in Nederland bedroegen in 2011 € 1,8 miljard plus de niet gekwantificeerde kosten van zorg voor thuiswonende personen. Van deze kosten vertegenwoordigt ziekenhuiszorg ruim 60% en is daarmee de grootste kostenpost (€ 1,1 miljard). Gevolgd door de verzorgings- en verpleeghuiszorg met € 523 miljoen¹¹. De kosten van ondervoeding in verzorgings- en verpleeghuizen bedragen dus minder dan de helft van de kosten van ondervoeding in de ziekenhuissector. In onderstaand overzicht de conclusies van SEO (Economisch Onderzoek) na onderzoek naar de kosten van ondervoeding:



NEDERLAND

De totale kosten van ondervoeding bedroegen € 1,8 miljard in 2011. Deze kosten zijn bijvoorbeeld hoger dan kosten van obesitas



ZIEKENHUIZEN

zijn de grootste kostenpost van ondervoeding (1,1 miljard euro)



LIGDUUR

Gemiddelde ligduur van ondervoede patiënten is 28% langer dan niet-ondervoede patiënten



THUIS

De kosten van ondervoeding bij thuiswonende ouderen zijn onbekend, omdat deze groep niet voldoende in beeld is



IEDERE EURO

die wordt gestoken in de behandeling van een ondervoede patiënt levert €1,90 tot €4,20 op (SEO 2014)



STERFTE

Ondervoeding leidt in Nederland tot 400 doden per jaar

- Ziekte gerelateerde ondervoeding in Nederland leidt tot circa 400 doden per jaar.
- De gemiddelde ligduur in ziekenhuizen van ondervoede patiënten 28% langer is dan de gemiddelde ligduur van niet-ondervoede patiënten. Door ondervoeding moeten mensen vaker geopereerd worden, herstellen ze langzamer en hebben ze eerder last van doorligwonden.
- Verpleeghuizen bij het tegengaan van ziekte gerelateerde ondervoeding kosten maken van gemiddeld € 10.597 per ondervoed persoon.
- Het gebruik van medische voeding door zieke en ondervoede ouderen per persoon netto baten oplevert van € 1.433 tot € 3.105.

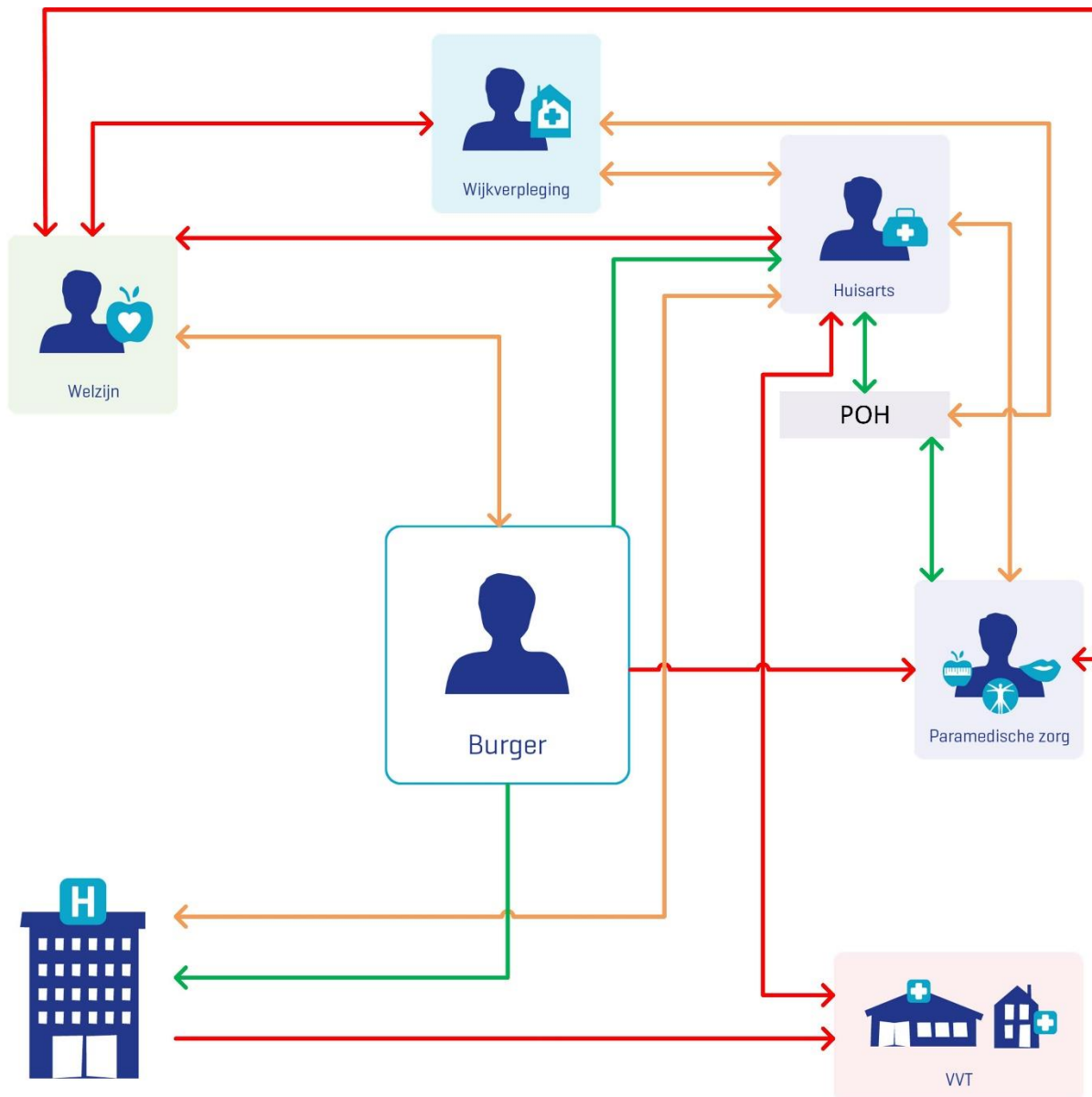
Kosten van ondervoeding in de thuiszorg zijn niet beschikbaar. De populatie thuis vormt een groot risico voor eventuele opname in het ziekenhuis of een verpleeghuis.

¹¹ http://www.seo.nl/uploads/media/2014-11_Ondervoeding_onderschat.pdf

4.3 Resultaten interviews

Aan de hand van een vragenlijst zijn gesprekken gevoerd met diverse organisaties en professionals. In totaal zijn 12 personen geïnterviewd waarvan 10 face-to-face en 2 telefonisch. Het gaat hier om wijkverpleegkundigen, huisartsen, een diëtist, management van VVT organisaties, een coördinator consultatiebureau ouderen uit de wijken Ommoord en Groot-IJsselmonde (bijlage 1). Daarnaast is gesproken met een vertegenwoordiging van het platform ouderen GENERO.

Onderstaand een visualisering van de resultaten:



Leeswijzer

- Groene pijl: vorm van samenwerking, er worden geen grote knelpunten ervaren
- Oranje pijl: alleen verwijzen of terugkoppelen, aandachtspunten/risico's zijn te benoemen
- Rode pijl: geen of weinig contact en/of informatie ontbreekt, er worden grote knelpunten ervaren

Uit de gesprekken blijkt dat de definitie van ondervoeding bij alle partijen vrijwel hetzelfde is. Er werd niet alleen gesproken over mogelijk kilo's verliezen of een lager BMI, maar ook over tekort aan vitamines en eiwitten. Dat wat juist nodig is om gezond te blijven. In deze paragraaf wordt een uitwerking gegeven van de interviews op de volgende punten:

- Doelgroep
- Ondervoeding op de agenda
- Samenwerking
- Proces: signalering en opvolging

In de uitwerking worden eventuele verbeterpunten benoemd die tijdens interviews naar voren zijn gekomen.

Doelgroep

De doelgroep ondervoede 65 plussers die thuiszorg ontvangt wordt erkend door partijen. Door een ieder wordt aan deze doelgroep toegevoegd dat juist de groep die nog geen formele zorg ontvangt mogelijk belangrijker is om in het vizier te krijgen.

Partijen noemen het kleine sociaal netwerk, het niet of nauwelijks de deur uit gaan, mijden van zorg of een migratieachtergrond als een belangrijk kenmerk van de doelgroep. Ouderen met een migratieachtergrond houden er meestal andere ideeën over eten op na. Bij hen werken mogelijk bepaalde interventies beter of juist niet.

Specifiek wordt aandacht gevraagd voor de doelgroep (psycho)geriatrie, mensen met CVA en COPD patiënten. Patiënten met COPD zijn al in beeld bij de praktijkondersteuners van de huisarts (POH's). Bij deze doelgroep liggen al duidelijke risico's op ondervoeding.

Ondervoeding op de agenda

Uit de gesprekken met VVT organisaties komt naar voren dat ondervoeding als op zichzelf staand onderwerp geen aandacht en/of prioriteit heeft binnen de extramurale zorg. *"Binnen de zorg wordt vooral gekeken OF mensen eten en niet WAT mensen eten. Focus ligt dus vooral op DAT er gegeten wordt"*- benoemd een VVT organisaties. Het onderwerp staat ook regionaal niet op de agenda. Binnen de VVT organisaties is wel veel aandacht voor risicosignalering. Wijkverpleegkundigen weten hierin de juiste richtlijnen te volgen.

Ondervoeding wordt onder andere door huisartsen en wijkverpleegkundigen als bijzaak of secundair probleem gezien (andere ziektebeelden zijn prominenter in beeld) en staat daarmee niet direct op de agenda. Volgens een wijkverpleegkundige kunnen primaire problemen als financiële problemen, geen groot of beperkt netwerk en bijvoorbeeld een visuele beperking oorzaken zijn voor ondervoeding. Daarmee is het probleem volgens partijen niet op zichzelf staand maar hangt het altijd samen met andere problematiek. Het verschilt per professional en organisatie in hoeverre er aandacht wordt besteed aan ondervoeding.

Samenwerking

De samenwerking tussen partijen is op casusniveau in orde. Er is tussen de wijken Ommoord en Groot-IJsselmonde een verschil te zien in samenwerking. Eveneens geldt dit voor de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkverpleegkundigen. Met de ene praktijk gaat samenwerking soepeler dan met de andere praktijk.

Het beeld van de samenwerking in Ommoord is dat deze vooral gericht is op het doorverwijzen van en naar elkaar als professionals. Professionals weten elkaar te vinden. Het gaat dan om de fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, huisarts, diëtist, praktijkondersteuner en casemanager dementie.

Het beeld van de samenwerking in Groot-IJsselmonde is dat partijen samen bezig zijn ouderen in beeld te brengen en te houden. Professionals weten elkaar te vinden. Het gaat dan om de huisarts, verpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde (indien aanwezig), praktijkondersteuner, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en diëtist. De samenwerking gaat in deze wijk verder dan het doorverwijzen naar elkaar. Zo vindt er met regelmaat bij 1 huisartsenpraktijk een MDO plaats met ergotherapeut, fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, praktijkondersteuner, huisarts, diëtist, casemanager dementie en wijkverpleegkundig. Wijkverpleegkundigen schuiven tevens wekelijks aan bij een bijeenkomst (zgn. 'vlechtwerk') met diverse professionals uit verschillende domeinen (gemeente, VVT, welzijn, GGZ). Daarin wordt nieuwe casuïstiek ingebracht. Ondervoeding kan hier een onderdeel van zijn.

Verbeterpunten:

- Kijkend naar de doelgroep is preventie een belangrijk aandachtspunt. Een betere samenwerking met vrijwilligers, mantelzorgers en hulp bij het huishouden kan hierbij helpen. Dit verbeterpunt is aangedragen vanuit de wijk Ommoord.
- In de wijk Ommoord is een betere samenwerking tussen praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige gewenst.
- In de wijk Ommoord is een betere samenwerking tussen zorgprofessionals en consultatiebureau voor ouderen gewenst. Samenwerking kan ervoor zorgen dat mogelijk de blinde vlekken opgespoord worden.
- Vanuit wijkverpleegkundige wordt als aandachtspunt een betere samenwerking benoemd op bestuurlijk niveau tussen VVT organisaties, deze samenwerking heeft ook invloed op de werkvloer (samenwerking wijkverpleegkundigen tussen organisaties).
- Wijkplan van de wijkverpleegkundige verbreden met professionals uit de wijk (o.a. diëtisten, praktijkondersteuners).

Proces: signalering

De wijze van signaleren is bij wijkverpleegkundigen duidelijk. Welzijn is hier echter niet mee bekend. Wijkverpleegkundigen volgen de richtlijnen van de organisatie, er wordt een SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) lijst ingevuld. De SNAQ lijst is een vragenlijst waarmee een verpleegkundige vast kan stellen of een patiënt ondervoed is. De uitkomsten van de vragenlijst worden halfjaarlijks gemonitord.

Indien er een signaal is van ondervoeding in de wijk Ommoord wordt door de wijkverpleegkundige doorverwezen naar de huisarts. De wijkverpleegkundige heeft in de meeste gevallen niet direct contact met de diëtist. Wanneer zij doorverwijst naar de huisarts, schakelt deze of een diëtist in of de praktijkondersteuner (die mogelijk op een later moment de diëtist inschakelt). Hiermee kan het voor komen dat de diëtist te laat ingeschakeld wordt, aldus diëtist en VVT organisatie.

In Groot-IJsselmonde gaat het signaal niet altijd direct naar de huisarts (zowel door huisarts als wijkverpleegkundige benoemd). In de 2 praktijken vindt screening plaats in samenwerking met praktijkondersteuner en diëtist, onder andere op volwaardig voedingspatroon of ondergewicht. De wijkverpleegkundige in Groot-IJsselmonde bespreekt meestal eerst het signaal in de vlechtwerk bijeenkomsten. Dan kan ook bekeken worden of en welke interventies al wel of niet ingezet worden.

Bij het platform ouderen van GENERO en welzijn is het niet duidelijk wat en hoe te signaleren en wat met het signaal te doen. Over signalering in de informele zorg of in het sociaal domein zijn volgens het platform ouderen geen onderlinge afspraken met zorgprofessionals gemaakt.

De meeste partijen zijn van mening dat de wijkverpleegkundige regie moet hebben indien de cliënt al in zorg is. Huisarts en wijkverpleegkundige geven aan dat de wijkverpleegkundige (en haar team)

meer bij de mensen thuis komt dan bijvoorbeeld een huisarts. Zij zijn van mening dat de wijkverpleegkundige naast het signaleren ook goed kan monitoren of de opvolging leidt tot verbetering. Monitoring kan in samenwerking met de praktijkondersteuner. Eén wijkverpleegkundige geeft aan dat mogelijk de contactverzorgende of eerstverantwoordelijk verzorgende ook de regierol op zich kan nemen indien het een bestaande cliënt betreft. Waarbij de wijkverpleegkundige monitort op afstand (via dossiers) en middels een MDO de zorg afstemt.

Er is ook gesproken over de regierol wanneer mensen nog niet in zorg zijn. Een wijkverpleegkundige ziet dit als een rol voor de huisarts/praktijkondersteuner. Specifiek bij dementerenden ligt hier mogelijk een rol voor de casemanager dementie. Eén huisarts geeft aan dat signalering een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid is, voor alle professionals en het netwerk van de cliënt. Belangrijk is daarbij zicht te hebben op de wijk en meer bewustwording bij alle zorgverleners die met ouderen werken als het over ondervoeding gaat.

Door een enkele VVT organisatie wordt aangegeven dat welzijnsorganisaties meer regie moeten nemen in dit vraagstuk omdat het deels om preventie gaat en daar volgens hen juist de aandacht moet liggen. Dan komen ouderen, die nog geen zorg hebben of alleen Wmo hulp hebben, eerder in beeld. Tevens hebben vrijwilligers meer contact met ouderen en kunnen vanuit die hoedanigheid goed signaleren. Belangrijk is dat de burger eigen regie houdt en voldoende informatie tot zijn beschikking heeft.

Met name bij VVT organisaties, wijkverpleegkundigen, platform ouderen en coördinator consultatiebureau voor ouderen kwam naar voren dat het wenselijk is dat professionals vanuit meerdere invalshoeken betrokken moeten worden bij de problematiek. Deze professionals worden nu niet of nauwelijks betrokken.

Benoemd werd:

- hulp bij het huishouden
- sociale wijkteams
- welzijnsorganisaties
- lokale ondernemers (kaasboer, supermarkt, voedselbank)
- vrijwilligers
- mantelzorgers
- eerstverantwoordelijk verzorgers/helpende belangrijke schakel; zij zien meer en kunnen goed beoordelen of er bijvoorbeeld gemak diensten nodig zijn/behoefte aan is.

Partijen zijn van mening dat het dan vooral gaat om kennis over het onderwerp en weten welke informatievoorziening er is voor ouderen. Daarnaast gaat het er om dat men weet hoe te signaleren en wat te doen met het signaal. Professionals uit welzijn worden gezien als een goed voorportaal in de signalering van ondervoeding. *“Dan kom je ook bij mensen die (nog) niet in zorg zijn maar mogelijk wel al kwetsbaarder zijn geworden”* – wijkverpleegkundige Ommoord.

Verbeterpunten:

- In het intakegesprek van wijkverpleegkundigen of bij welzijn al aandacht hebben voor de voeding die mensen tot zich nemen.
- Een helpende, contactverzorgende of eerstverantwoordelijk verzorgende moet beter kunnen signaleren volgens wijkverpleegkundigen en VVT organisaties. Gesteld werd in één van de gesprekken: *“Het signaal wordt doorgegeven, maar dan? Hoe monitor je, volg je het? Kijk je wat er gebeurt? Wacht je af? Pak je het zelf op? En, zie je terug in het dossier wat er is gebeurd?”*. Ook voor deze professionals is het doorvragen belangrijk.
- Welzijnsprofessional moet weten wat ondervoeding is en hierop kunnen signaleren.
- Taken en rollen duidelijk maken en afspreken wie de regie heeft en wie wat doet in een wijk.
- Sneller indiceren van Wmo indicaties. Dit duurt nu te lang (6-8 weken) waardoor wijkverpleegkundige zelf interventies in moet zetten.

Proces: opvolging

Na een melding is het bij VVT organisaties en wijkverpleegkundigen in Ommoord niet duidelijk wat er aan opvolging gebeurt. Vragen die voortkomen uit de gesprekken: *“Wat zet de huisarts in? Welke interventies worden gedaan? Wat kan ik als wijkverpleegkundige vervolgens doen?”*

In Groot-IJsselmonde is de opvolging geborgd in het MDO of vlechtwerk bijeenkomsten waar meerdere professionals aanschuiven. Echter, niet alle huisartsenpraktijken zijn hierbij aangesloten. De informatie over signalering en opvolging blijft meestal tussen 2 partijen.

Eén wijkverpleegkundige ziet de regierol voor opvolging liggen bij de wijkverpleegkundige, eerstverantwoordelijke of contactverzorgende. Benoemd wordt dat de huisarts te weinig tijd zal hebben om te monitoren hoe het gaat en als iemand al in zorg zit dan wordt de cliënt het meeste gezien door deze professionals. De zorg kan dus prima monitoren in de opvolging. Eventueel kan de regie ook bij de casemanager liggen, maar dat is volgens de wijkverpleegkundige afhankelijk van de casuïstiek.

Verbeterpunten:

- Taken en rollen duidelijk maken en afspreken wie de regie heeft en wie wat doet in een wijk.
- Afspraken maken over terugkoppeling en monitoring van de interventies

Preventie

Preventie wordt door een wijkverpleegkundige in Ommoord als lastig ervaren. Er worden geen preventieve maatregelen genomen om ondervoeding te voorkomen, *“Mensen wonen zelfstandig en moeten het toch zelf doen, wij hebben daar niet altijd zicht op”*- aldus een wijkverpleegkundige. In Groot-IJsselmonde wordt door de vlechtwerk bijeenkomsten en een MDO ingezet op preventie. De huisarts zet daar in op informatieverstrekking over voeding, mogelijkheden van een maaltijdservice en screening. Of hierdoor minder mensen ondervoed zijn, is niet bekend. Wel is duidelijk dat betrokken partijen het als een winstpunt ervaren dat ouderen beter in beeld zijn.

Het beeld over preventie kan verschillen per praktijk, VVT organisatie en wijkverpleegkundige. Dit hangt ook samen met de samenwerking tussen organisatie – praktijk – professional.

Verbeterpunten:

- Informatieverstrekking over (onder)voeding onder doelgroep kan beter; is nu minimaal.
- Meer verbinding maken met welzijn/welbevinden van de burger en kijken hoe je als gemeente burgers kan blijven verleiden gezond te blijven.
- Organisatie en mogelijk informatievoorziening vanuit ‘Huis van de Wijk’ (Ommoord); deze voorziening is laagdrempelig, is een ontmoetingsplek en een mogelijkheid de doelgroep te bereiken.

Communicatie

Er is geen eenduidige lijn vast te stellen in de communicatie tussen professionals. Meestal is de communicatie per telefoon of per mail, al dan niet beveiligd. Informatie wordt in het eigen dossier vermeld, in de meeste gevallen kunnen professionals niet in elkaars dossiers. Dit maakt overdracht tussen professionals nog belangrijker als bron van informatie.

Verbeterpunten:

- Communicatie middels MDO zorgt mogelijk voor meer betrokkenheid huisartsen en wijkverpleegkundigen (wijkgericht werken).
- Verbetering in overdracht tussen ziekenhuis en wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen noemen als belangrijk aandachtspunt de overdracht door transferverpleegkundige en diëtist van het ziekenhuis omdat er meestal informatie ontbreekt. Volgens de wijkverpleegkundige kan dat aan 2 dingen liggen:
 - a. De transferverpleegkundige heeft slechte informatie;
 - b. De wijkverpleegkundige vraagt bij een intake slecht door.Aan cliënten wordt een beperkte toelichting of advies gegeven. Een vaak gehoord argument van de transferverpleegkundige is dat er weinig tijd is.

4.4 Best practices/initiatieven

In de regio Rotterdam zijn diverse initiatieven waarbij aansluiting gevonden kan worden in de aanpak voor ondervoeding bij ouderen. Geïnterviewden geven terug dat vooral de samenhang tussen diverse initiatieven belangrijk is en dat deze (nog) niet altijd te vinden of voelbaar is.

Wat	Wijk	Toelichting	Betrokkenen	Status
Multidisciplinair overleg 'Voeding' 2017	Groot-IJsselmonde	I.s.m. Nutricia MDO onderwerp voeding. Doelstelling: Verbeteren transmurale zorg om preventiever te kunnen behandelen om kwetsbare ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Afspraken gemaakt om preventief aan de slag te gaan (uitgebreide screening bij de huisartsenpraktijk).	Fysiotherapeuten, verpleegkundig specialist ouderen, huisartsen, wijkverpleegkundigen en diëtisten.	Vervolg 2018
Bijeenkomst 'ondergewicht bij ouderen' 2015	Bloemhof/ Hillesluis/ Vreewijk	Doelstelling bijeenkomst: bij elkaar brengen van eerstelijns professionals ihkv ondergewicht bij ouderen als opmaat naar netwerkoverleg	Diëtist, praktijkondersteuner, tandarts, wijkverpleegkundige (S1)	Afgerond
Beweeg- en voedingsproject 2017	Overschie	Cliënten worden gescreend door wijkverpleegkundige voor onderzoek. Training met fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen, 2 periodes van 20 weken met een groep van 10 ouderen in het buurthuis. M.b.v. subsidie gemeente door VVT organisatie vormgegeven.	Diëtist, fysiotherapeut wijkverpleegkundigen, studenten bewegen en voeding (HRO)	Mogelijk vervolg 2018
Project 'Sociaal Isolement Ouderen'	Beverwaard	Initiatief om ouderen bij elkaar te brengen. Maaltijden op locatie, samen eten in de Reigers (Humanitas). Zorgmijders komen hierdoor in beweging, werken aan hun eigen netwerk en worden gekoppeld aan anderen.	VVT organisatie	Loopt

Wat	Wijk	Toelichting	Betrokkenen	Status
Signalering in de zorgwinkel	Lage Land	Vorm van signalering bij lokale partijen; in de zorgwinkel die maaltijden levert aan senioren. Vrijwilligers van deze winkel komen achter de voordeur bij mensen.	VVT organisatie, lokale ondernemers, vrijwilligers.	Loopt
65+ huisbezoek	Diverse wijken	Vanuit programma Eenzaamheid gemeente Rotterdam. Uitvoering door welzijnspartijen		Loopt

Overige lopende initiatieven e/o projecten:

- Programma Langer Thuis
- Programma Eenzaamheid
- Programmatische aanpak samenwerking kwetsbare ouderen 010
- Transmurale zorgbrug in o.a. IJsselland Ziekenhuis
- Ouderenmaatschappelijk werkers SOL Netwerk in wijkteam
- Vanuit inkoopprestatie samenwerking kwetsbare ouderen (huisartsenpraktijk): multidisciplinair overleg met specialist ouderen geneeskunde in de thuiszorg

5 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van beschikbare informatie/data over ondervoeding bij ouderen en de informatie uit de gesprekken die gevoerd zijn, worden hieronder de conclusies en aanbevelingen gegeven. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een klein aantal professionals betrokken is om zicht te krijgen op de situatie. Deze rapportage is een eerste aanzet om te komen tot een integraal gestructureerde aanpak op het gebied van ondervoeding bij ouderen.

5.1 Conclusies

De wijken Ommoord en Groot-IJsselmonde zijn de juiste wijken om te starten met een gestructureerde aanpak. Uit de cijfers blijkt dat in beide wijken een kwart van de bevolking ouder is dan 65. In beide wijken zijn de risico's op ondervoeding aanwezig, zoals eenzaamheid en fysieke beperkingen. De kosten van ondervoeding zijn het hoogst in de ziekenhuiszorg. Preventie in de wijk kan een bijdrage leveren aan het verlagen van de kans op opname en de kosten. Geconcludeerd kan worden dat de doelgroep '65 plussers die thuiszorg ontvangen' een goede basis is om te beginnen om het proces van signaleren en opvolgen goed in kaart te brengen. Duidelijk is geworden dat aandacht voor ondervoeding een bredere doelgroep betreft maar dat specifieke aandacht moet zijn voor zorgmijders, ouderen met dementie, ouderen met COPD en ouderen met een migratieachtergrond.

Het onderwerp ondervoeding is niet direct een aandachtspunt binnen organisaties en in de regio. Het belang van ondervoeding wordt wel erkend door partijen, met de nadruk om het onderwerp vanuit een breder perspectief te benaderen. De problematiek van ondervoeding vraagt om een aanpak in samenhang met andere aandachtsgebieden zoals bewegen, eenzaamheid en sociale participatie van ouderen. Dit sluit ook aan bij de conclusies van de Stuurgroep Ondervoeding. Het voorkomen en behandelen van ondervoeding vraagt om een goede balans tussen voeding, beweging en andere factoren¹². Een integrale aanpak betekent ook dat er meerdere partijen een rol spelen bij het vraagstuk van ondervoeding, zowel in het sociale domein als zorgdomein.

Goede balans tussen voeding, beweging en sociale participatie vraagt om goede samenwerking tussen partijen. De resultaten laten zien dat samenwerking niet vanzelfsprekend is en dat de samenwerking per wijk, per huisartsenpraktijk en tussen professionals verschilt. In de wijken Ommoord en Groot-IJsselmonde verdient de samenwerking met welzijnsorganisaties meer aandacht. Met name omdat de problematiek rondom ondervoeding niet alleen een zorg gerelateerd probleem is maar ook een sociaal probleem waarin juist welzijnsorganisaties en professionals een belangrijke rol spelen. Vanuit deze context bezien valt hierin nog winst te behalen. Kijkend naar de samenwerking tussen zorgprofessionals, dan is er in de wijk Groot-IJsselmonde meer structuur in samenwerking te vinden dan in de wijk Ommoord. Waar in de wijk Ommoord men elkaar weet te vinden, wordt in de wijk Groot-IJsselmonde met elkaar gewerkt aan het in beeld krijgen en houden van de doelgroep kwetsbare ouderen. Noot: dit geldt niet voor alle huisartsenpraktijken in Groot-IJsselmonde, daarvoor is verdergaand onderzoek nodig.

De onderlinge samenwerking hangt ook af van betrokkenheid van professionals en de betrokkenheid van professionals bij resultaten van interventies en monitoring van het verloop. Het 'op de hoogte zijn van' raakt de thema's onderlinge communicatie en beschikbaarheid van informatie. De mate van samenwerking hangt dan ook af van het inzicht in het proces van signalering en opvolging en daarover gemaakte afspraken. Momenteel is dit voor de meeste partijen nog niet goed ingeregeld.

¹² <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/beleidsdocument-stuurgroep-ondervoeding>

Geconcludeerd kan worden dat het in beeld hebben van de thuiswonende ouderen voordat ze in zorg komen, zowel binnen het sociaal domein als zorgdomein, een groot winstpunt kan zijn in de preventie en tijdige signalering van ondervoeding. Tevens is een winstpunt te behalen in de informatievoorziening over ondervoeding en inzicht in het proces van signaleren en opvolgen bij partijen in het informele circuit en bij ouderen zelf. Mogelijk kan dit samengaan met de inzet van alternatieve interventies, alvorens ouderen in het zorgcircuit belanden. Indien ouderen om welke reden dan ook in het ziekenhuis terecht komen, dan ligt daar een belangrijke rol voor transferverpleegkundigen en diëtisten in screening en informatievoorziening naar wijkverpleegkundigen en huisartsen.

Geconcludeerd kan worden dat partijen verschillend denken over de invulling van de regierol op signaleren van ondervoeding indien cliënten niet in zorg zijn. Wanneer cliënten wel in zorg zijn ziet iedereen hierin een rol weggelegd voor de wijkverpleegkundige of een combinatie van de wijkverpleegkundige met de praktijkondersteuner. Dat vraagt een verdergaande samenwerking tussen praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige, onder andere op het gebied van informatie delen.

5.2 Aanbevelingen

Informatievoorziening

- Verbeteren van informatievoorziening over voeding en risico's voor ouderen. Vanuit gemeente, welzijnsorganisaties, huisartsen, ouderenbonden. Passend bij de doelgroep, spreek de juiste taal en ook beschikbaar voor de ouderen met een migratieachtergrond.
Doel: bewustwording over (onder)voeding en risico's bij cliënten/netwerk.
- Verbeteren van informatievoorziening over ondervoeding en risico's voor professionals. Professionals die niet of meer 'op de zijlijn' betrokken zijn; helpende, eerstverantwoordelijk verzorgende, praktijkondersteuner, welzijnsorganisaties, wijkteam en hulp bij het huishouden.
Doel: sneller en beter signaleren door meer professionals.
- Verbeteren van informatievoorziening over ondervoeding en risico's voor vrijwilligers en lokale partijen zoals restaurants met een buurtfunctie.
Doel: bewustwording en meer kennis over (onder)voeding en risico's.

Leren signaleren

- Professionals in de eerstelijns (o.a. medewerkers thuiszorg, paramedische disciplines) inzicht geven in opvolging van signalen en monitoring.
- Professionals uit sociale domein (welzijnsorganisaties, medewerkers Wmo/Hulp bij huishouden) bekend maken met toegevoegde waarde van het signaleren en de manier van signaleren bij ouderen.
- Netwerk van de cliënt (vrijwilligers en mantelzorg) bekend maken met het 'niet pluis gevoel', een manier van signaleren.

Samenwerking

- Proces samen met relevante partijen in de wijk (en daar waar mogelijk regionaal) uitwerken en daaraan gekoppeld afspraken maken over communicatie, regie en vervolgstappen. Belangrijk aandachtspunt: hoe kunnen we de burger sterk(er) in de schoenen zetten en hierdoor zoveel mogelijk op het informele circuit inzetten?
- Met relevante partijen in de wijk mogelijkheden onderzoeken welke bestaande interventies passen in de huidige praktijk ter verbetering van bestaande situatie.
- Verbinden van bestaande interventies.
- Afspraken maken ten behoeve van communicatie en structuur.

Interventies dicht bij cliënt organiseren

- Mogelijkheden om interventies vanuit het huis van de wijk in te zetten, participatie van lokale partijen en organisaties. Bijvoorbeeld gezamenlijk eten.
- Delen en gebruiken van goede voorbeelden, van elkaar leren. Er zijn kleine initiatieven die werken waar andere partijen/wijken in Rotterdam van kunnen leren. Het delen van deze initiatieven kan al een winstpunt zijn; leren van elkaar en niet opnieuw het wiel uitvinden. Het kan een interessante kruisbestuiving zijn en daarmee winst opleveren voor alle partijen in het veld.

Randvoorwaarden voor vervolg

- Draagvlak (creëren) bij relevante partijen.
- De problematiek van ondervoeding vraagt om een aanpak in samenhang met andere aandachtsgebieden zoals bewegen, eenzaamheid en sociale participatie van ouderen.

Bijlage 1

Organisatie	Functie	Wijk
VVT- organisatie - Lelie Zorggroep	Locatiemanager	Regio breed/Lage Land
VVT- organisatie - Aafje	Senior beleidsadviseur/diëtist	Regio breed/Ommoord
VVT- organisatie - Laurens	Beleidsadviseur wijkverpleging	Regio breed
VVT- organisatie - Humanitas	Gebiedsdirecteur/ manager EMZ	Regio breed/ Charlois-Feijenoord
Wijkverpleegkundige - Humanitas	Wijkverpleegkundige (S1+S2)	Ommoord
Wijkverpleegkundige - Aafje	Wijkverpleegkundige (S1+S2)	Oosterflank/Lage Land
Wijkverpleegkundige - Humanitas	Wijkverpleegkundige (S1+S2)	Groot-IJsselmonde
Diëtisten – praktijk Verhoeven	Diëtist Lid Rijnmondse Eerstelijns Diëtisten	Groot-IJsselmonde
Huisartsenpraktijk - Ham/Korving	Huisarts	Ommoord
Huisartsenpraktijk – Odekerken/Levin/Stuip	Huisarts	Groot-IJsselmonde
Welzijn - Buurtwerk	Coördinator consultatiebureau voor ouderen	Ommoord
GENERO - Platform ouderen	Leden platform	Regio breed

**ZORGIMPULS VERBINDT,
VERBETERT EN VERSTERKT
DE EERSTE LIJN**

www.zorgimpuls.nl