

Aanbeveling

In ziekenhuizen, wonen-zorg-welzijn organisaties en de thuiszorg moet in de praktijk nog meer nadruk gelegd worden op het verrichten van een goede voedingscreening van cliënten met gevalideerde instrumenten zoals MUST en SNAQ.

Als er sprake is van een risico op ondervoeding moet een assessment plaatsvinden om de voedingstoestand en de mogelijke behandeling te bepalen. Diëtisten moeten hierbij vaker worden geconsulteerd. Om ondervoeding tijdig te herkennen moet ook het monitoren van het gewicht en van de voedingsinname toenemen, aangezien dit nog te weinig plaats vindt. Naast deze betere herkenning moet ook een adequate behandeling worden gegeven. De komende jaren zal ook hier extra aandacht aan besteed moeten worden.

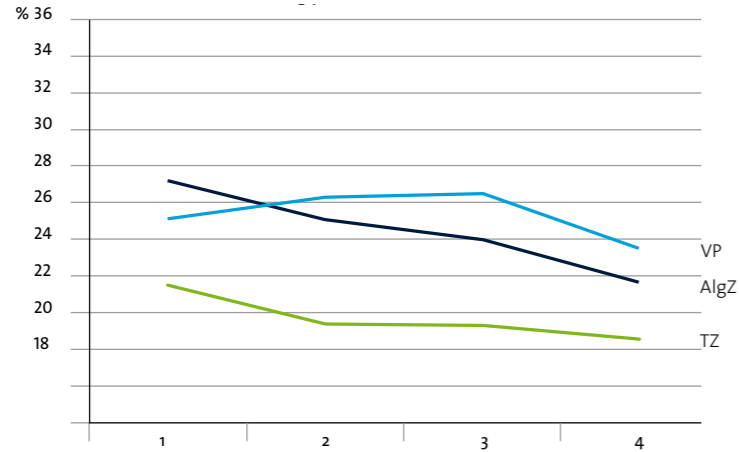
Hoewel er al veel verbeterd is, zal er in instellingen een structureler en uniformer beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding moeten komen. Met name zal aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van up-to-date richtlijnen, het weeg- en screeningsbeleid bij en na opname, registratie van de voedingsinname en van het gewicht tijdens en na opname en de maaltijdambiance.

Ondervoeding uit zich in een te laag lichaamsgewicht in verhouding tot de lengte (een Body Mass Index onder de 18,5 of bij 65-plussers onder de 20), al dan niet in combinatie met minder eten dan normaal en/of onbedoeld gewichtsverlies. Volgens deze criteria is één vijfde van de cliënten in de Nederlandse zorginstellingen ondervoed. Niet minder dan de helft van alle cliënten loopt, gezien hun gewicht, gewichtsverlies en/of eetpatroon, het risico ondervoed te raken.

Ondervoeding beïnvloedt de conditie, het mogelijk ontwikkelen van complicaties zoals infecties en decubitus en het vermogen tot herstel. Ondervoede cliënten hebben daarom vaak een langere opnameduur. In het ergste geval kan ondervoeding zelfs de oorzaak zijn van vroegtijdig overlijden. Daarom is het herkennen en behandelen ervan erg belangrijk.

Sinds 2004, toen de landelijke metingen begonnen, lijken zowel het risico op ondervoeding als het aantal cliënten dat ondervoed is, licht te dalen.

Prevalentie ondervoeding per aantal malen deelname LPZ (in %)



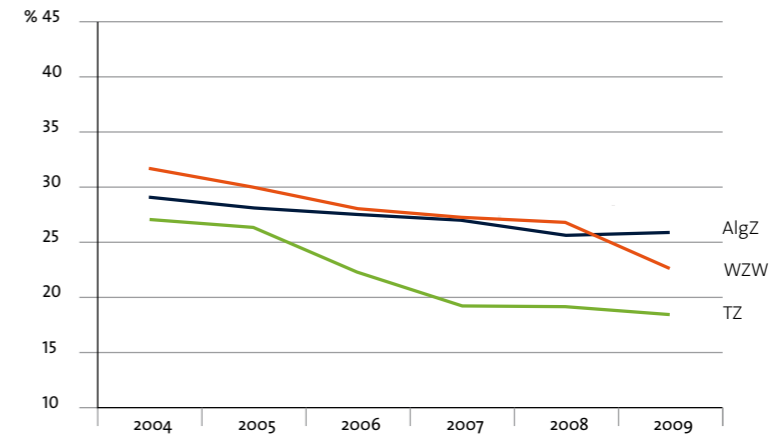
Aandacht

De toegenomen aandacht voor ondervoeding in de afgelopen jaren laat al enkele jaren een daling van het aantal cliënten met ondervoeding zien. Een aparte analyse van de cijfers over ondervoeding van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen van 2004 tot en met 2007 bevestigt dit vermoeden. Bij instellingen die vaker aan de meting hebben meegedaan, komt minder ondervoeding voor (zie figuur blz. 16). Ook deelname aan gerichte verbeterprogramma's op dit punt, zoals Zorg voor Beter (in de chronische zorg) en Sneller Beter (voor de ziekenhuizen) blijkt effect te hebben. Aandacht heeft dus aantoonbaar zin, het vormt op zijn minst het begin van het terugdringen van het probleem. Ook dit jaar heeft de daling zich voortgezet.

Screening en preventie

Om te kunnen vaststellen of de voedingstoestand van de cliënt achteruit gaat, is het van belang te weten hoeveel hij weegt als hij in de instelling opgenomen wordt en of zijn gewicht in de loop der tijd toe- of afneemt. Hoe vanzelfsprekend dit ook klinkt, lang niet alle cliënten worden bij opname gewogen en bij nog minder wordt het gewicht daarna nog gecontroleerd. Over het algemeen wordt minder dan de helft van alle cliënten gescreend op ondervoeding. De algemene ziekenhuizen vormen wat dit betreft een uitzondering. Daar is de

Prevalentie ondervoeding (tussen 2004 en 2009 in %)



gewichtsmonitoring er de laatste jaren steeds structureler bij gaan horen; wegen bij opname gebeurt bij 75% van de cliënten, en bij de meesten wordt het gewicht ook tijdens de opname in de gaten gehouden. Dit hangt hoogstwaarschijnlijk samen met de landelijke aandacht en de lopende verbeteractiviteiten in deze sector.

Verder is in de sector wonen-zorg-welzijn één activiteit de afgelopen jaren enorm toegenomen: het verhogen van de sfeer en de gezelligheid rondom de maaltijden, waardoor mensen in het algemeen met meer plezier eten. Ruim 90 procent van de verpleeghuizen zegt nu zorg te dragen voor een optimale ambiance tijdens het eten.

Opvallend genoeg worden in onze gezondheidszorg, wanneer cliënten een risico op ondervoeding lopen (en dit moet dus wel eerst gescreend zijn) maar in beperkte mate maatregelen ondernomen. In het algemene ziekenhuis is de kans op maatregelen nog het grootst; daar wordt bij cliënten met een risico op ondervoeding het vaakst een diëtist ingeschakeld. In wonen-zorg-welzijn organisaties en in de thuiszorg is het consulteren van de diëtist bij risicocliënten nog steeds een uitzondering: slechts één op de drie wordt door een

diëtist gezien. Behandeling van ondervoeding gebeurt meestal in de vorm van een energie- en eiwitverrijkt dieet.

Hoewel de aandacht voor ondervoeding in de gezondheidszorg lijkt toe te nemen, zal nog veel meer werk gemaakt moeten worden van een structureel beleid ter preventie en behandeling van ondervoeding in de instellingen. Met name zal nog meer aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van up-to-date richtlijnen, het weeg- en screeningsbeleid bij opname en verblijf, de registratie van de voedingsinname en van het gewicht tijdens opname en de maaltijdambiance.