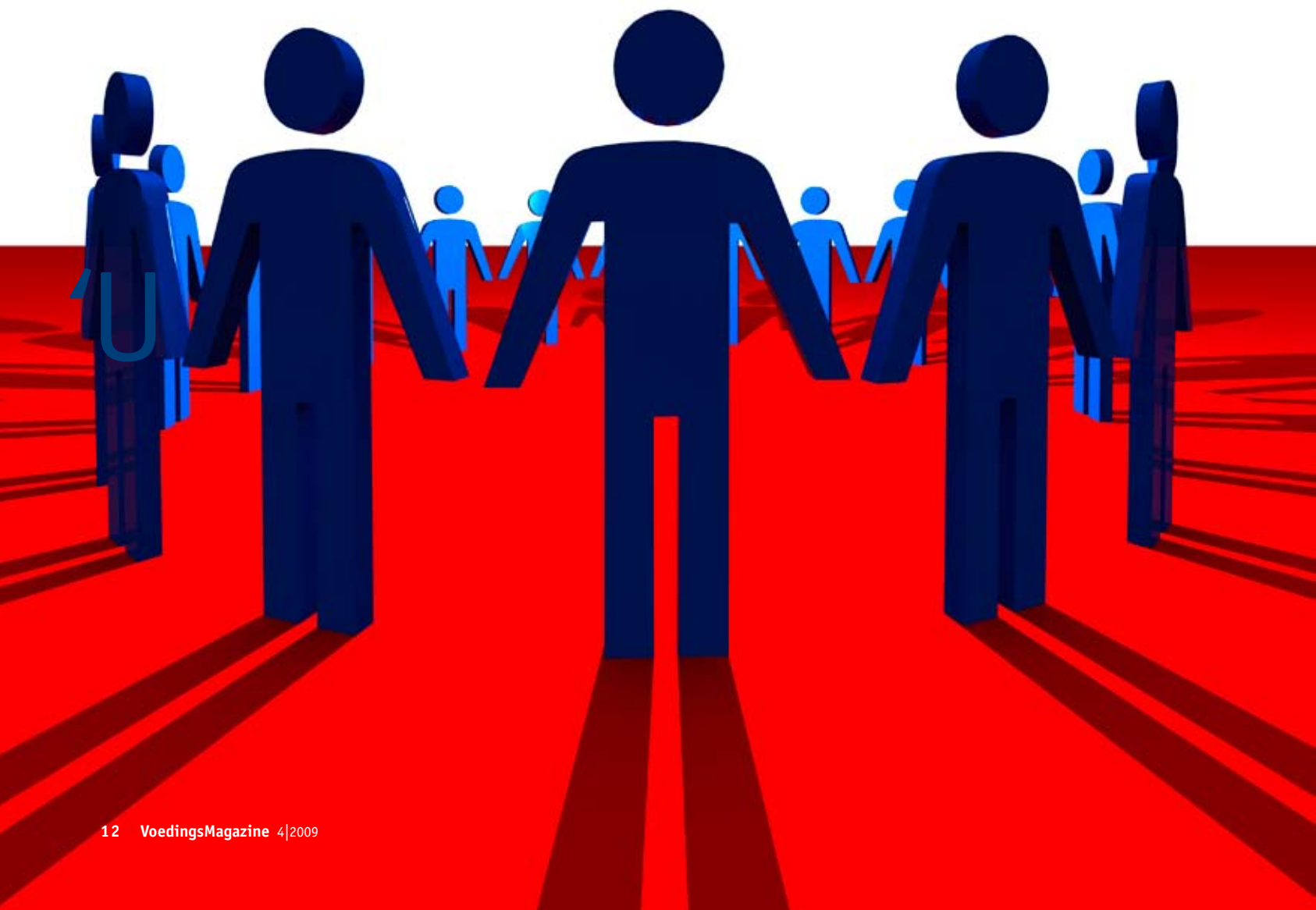
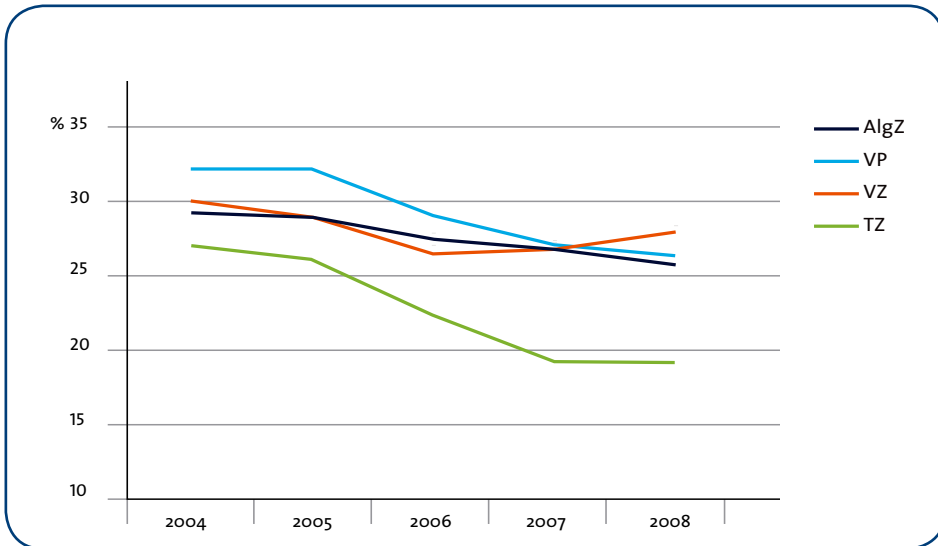


## CONGRES ONDERVOEDING, NIET TE MISSEN!

De Stuurgroep Ondervoeding vraagt sinds haar oprichting in 2004 aandacht voor het probleem ondervoeding in Nederland. Van de patiënten in Nederlandse zorginstellingen blijkt een kwart ondervoed te zijn. Het werk van de stuurgroep lijkt langzaam vrucht af te werpen: de prevalentie van ondervoeding daalt sinds 2004 licht. Er dienen echter nog veel inspanningen te worden verricht om het probleem verder terug te dringen, zo bleek tijdens een congres in Ede.

# Een kwart van de Nederlandse patiënten is ondervoed





**Figuur 1.**  
Verloop van prevalentie van ondervoeding in Nederlandse zorginstellingen. AlgZ: algemene ziekenhuizen, VP: verpleeghuizen, VZ: verzorgingshuizen, TZ: thuiszorg.

**D**e terecht aandacht voor het probleem overgewicht in Nederland mag niet resulteren in een tekort aan aandacht voor de andere kant van de medaille: ondervoeding. Dat zei drs. Paul Huijts, sinds 1 maart jl. directeur-generaal volksgezondheid bij het ministerie van VWS, tijdens het congres *Ondervoeding, niet te missen!* Het congres, georganiseerd door de Stuurgroep Ondervoeding (zie kader), werd in juni jl. gehouden in Ede. 'Het zal bij niet-kenners vooral verbazing wekken dat ondervoeding in Nederland voorkomt', aldus Huijts. 'Met name de gegevens over de prevalentie lijken op het eerste gezicht ongeloofwaardig. De eerste reactie is vaak: Staat de komma niet verkeerd?' De getallen waar Huijts op doelt zijn afkomstig uit de Rapportage Resultaten 2008 van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van het onderzoeksinstituut Caphri van de Universiteit Maastricht. De LPZ-gegevens over 2008 hebben betrekking op 142 instellingen, met in totaal 19.719 cliënten. Het gaat om instelling voor acute zorg, chronische zorg en thuiszorg. In dit onderzoek is 'risico van ondervoeding' gedefinieerd als een BMI tussen 18,5 en 20 (of tussen 20 en 23 bij mensen van 65 jaar en ouder), of drie dagen niet of nauwelijks eten, of meer dan een week minder eten dan gebruikelijk. Van werkelijke ondervoeding wordt gesproken bij een BMI lager dan 18,5 (of lager dan 20 bij 65-plussers), bij een BMI tussen 18,5 en 20 (21 en 23 bij 65-plussers) in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks eten of met een week minder eten dan gebruikelijk, of onbedoeld gewichtsverlies van meer dan

6 kg in de afgelopen 6 maanden of meer dan 3 kg of in de afgelopen 3 maanden. Aan de hand van deze criteria komen de Maastrichtse onderzoekers tot de conclusie dat een kwart van de patiënten in de Nederlandse zorginstellingen ondervoed is. Aan de criteria van het risico van ondervoeding voldoet de helft van alle patiënten. Wel merken de onderzoekers op dat sinds het begin van de landelijke metingen in 2004 zowel het risico van ondervoeding als het aantal patiënten dat feitelijk ondervoed is licht lijken te dalen (figuur 1). Het ziet er dus naar uit dat de toegenomen aandacht voor ondervoeding langzaamaan vruchten begint af te werpen. Alleen in verzorgingshuizen is deze tendens nog niet te zien. In verzorgingshuizen komt ondervoeding iets meer voor dan in verpleeghuizen, maar het verschil is klein: respectievelijk 27,8 en 26,1 procent van hun cliënten is ondervoed.

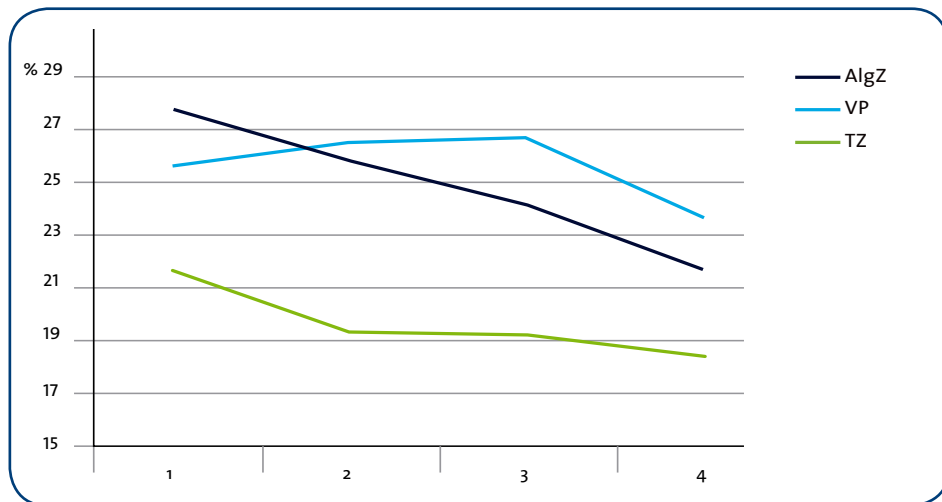
### Ondervoeding opgenomen in basisset Prestatie-indicatoren

Minister Klink is van mening dat het tegengaan van ondervoeding onderdeel uitmaakt van het streven naar goede kwaliteit van de zorg, aldus Huijts: 'Ondervoeding in ziekenhuizen leidt tot langere opnameduur, hetzij omdat het herstel meer tijd vergt, of omdat het niet verantwoord is direct te beginnen met een ingreep. In het ergste geval kan ondervoeding zelfs leiden tot vroegtijdig overlijden. VWS heeft bijgedragen aan bewustwording van het probleem door steun aan het actieprogramma *Sneller Beter* en het project *Vroege Herkenning en Behandeling van Ondervoeding in Ziekenhuizen*. Ook hebben we de invoering van screeningsin-

strumenten voor ondervoeding en best practices gestimuleerd. We hebben ondervoeding opgenomen in de basisset Prestatie-indicatoren die de Inspectie voor de Volksgezondheid hanteert.' Aan preventie van ondervoeding in zorginstellingen heeft VWS onder meer bijgedragen met het project *Zorg voor Beter*, dat vooral gericht was op het introduceren van best practices. Uit de LPZ-gegevens blijkt dat het vragen van aandacht voor het probleem ertoe kan leiden dat de prevalentie van ondervoeding in zorginstellingen sterk daalt. Figuur 2 laat zien dat deze daling rechtstreeks verband houdt met het aantal malen dat een zorginstelling sinds 2004 heeft deelgenomen aan de LPZ-inventarisatie. Ondervoeding is ook opgenomen in de Normen Verantwoorde Zorg die door de Inspectie in overleg met het veld zijn opgesteld. Ondervoeding heeft in verreweg de meeste gevallen zijn wortels in de thuissituatie van de patiënt. Met name de huisartsen en de thuiszorg kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de preventie. VWS vindt het belangrijk de bekendheid met meetinstrumenten voor ondervoeding bij de huisartsen en de thuiszorg te vergroten. Met ingang van 2009 zijn ook de indicatiecriteria voor dieetpreparaten verruimd. Daarnaast wil het ministerie bijdragen aan vergroting van de transparantie in de sector. Instellingen moeten zich laten toetsen, aldus Huijts: 'Niet vanwege de dreiging met de zweep van de Inspectie, maar omdat professioneel werkende instellingen zullen willen weten waar het goed gaat, en waar het nog beter kan.' De aanpak van ondervoeding bij chronische ziekte zal volgens Huijts gunstig worden beïnvloed door de invoering van ketendiagnosebehandelcombinaties. Daarbij neemt één behandelaar de regie van de complete behandeling van een patiënt op zich. Dit zal leiden tot betere samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de keten, zoals de huisarts, de diëtist, en de verschillende specialisten. De samenwerking zal onder meer resulteren in verbetering van de informatieoverdracht binnen de keten.



## >> EEN KWART VAN DE NEDERLANDSE PATIENTEN IS ONDERVOED



Figuur 2.

Verband tussen aantal malen deelname aan de LPZ en de prevalentie van ondervoeding in een instelling.

AlgZ: algemene ziekenhuizen, VP: Verpleeghuizen, TZ: thuiszorg.

### Amendementen Europees Parlement

Ondervoeding is niet alleen een probleem in zorginstellingen in Nederland, maar ook in andere Europese landen. Dit bleek uit de lezing in Ede van prof. Jens Kondrup, hoogleraar Humane Voeding aan de universiteit van Kopenhagen. Kondrup is ook een van de auteurs van de richtlijnen voor ondervoedingsscreening van ESPEN, de *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*. Uit een overzicht van Kondrup, dat binnenkort zal worden gepubliceerd, blijkt dat de prevalentie van ondervoeding bij patiënten van Europese ziekenhuizen 35% bedraagt. Voor een gemengd medisch-chirurgische populatie die Kondrup heeft bestudeerd bedroeg de verblijftijd in het ziekenhuis gemiddeld 8 dagen. De patiënten uit de ondervoede deelpopulatie verbleven gemiddeld 15 dagen in het ziekenhuis. Ondervoeding is ook geassocieerd met de klinische uitkomst van het verblijf in het ziekenhuis. Kondrup en medewerkers hebben een studie uitgevoerd bij 26 ziekenhuisafdelingen (chirurgie, interne geneeskunde, oncologie, intensieve zorg, gastroënterologie en geriatrie) in 12 landen. Van *at random* gekozen patiënten werd bij opname de voedingstoestand onderzocht. De 32,6% van de patiënten die in deze studie voldeden aan de criteria voor ondervoeding hadden meer complicaties, een hogere sterfte, en een langer verblijf in het ziekenhuis. De verschillen tussen de ondervoede en niet-ondervoede groep bleven significant na correctie voor versturende va-

riabelen, waaronder het type aandoening, de diagnose, en comorbiditeiten. Kondrup berekent dat ongeveer 4% van de kosten van de ziekenhuiszorg bespaard kan worden door de patiënten te screenen op ondervoeding en de ondervoeding te behandelen. Lobbyactiviteiten van de ondervoedingsgroep van ESPEN hebben ertoe geleid dat het Europees Parlement in september vorig jaar de Europese Commissie heeft opgedragen aanpak van ondervoeding tot belangrijke prioriteit te maken binnen het beleid op het gebied van voeding en gezondheid. De Commissie dient de lidstaten te bewegen om de kwantiteit en kwaliteit van het voedsel in ziekenhuizen en bejaardeninstellingen te verbeteren, aldus het Europees Parlement.

### Aanbevelingen Stuurgroep

Volgens de Stuurgroep Ondervoeding dient dan ook van alle patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen de voedingstoestand gescreend te worden, binnen 24 uur na de opname. Tot de geschikte screeningsinstrumenten behoren de SNAQ en de MUST. De *Short Nutritional Assessment Questionnaire* vraagt naar gewichtsverlies, verminderde eetlust, en het gebruik van drink- of sondevoeding gedurende de afgelopen maanden. De *Malnutrition Universal Screening Tool* onderzoekt het gewichtsverlies in relatie tot de BMI. Onafhankelijk van de uitkomst van de screening dient bij alle patiënten gedurende de gehele opnameperiode de voedselinname

### Screening voedingstoestand binnen 24 uur na opname

Longziekten 78%

Gynaecologie 74%

Vaatchirurgie 74%

Maag-, darm-, leverziekten 63%

Cardiologie 60%

### Behandeldoelstellingen gerealistischer op vierde opnamedag

Cardiologie 42%

Maag-, darm-, leverziekten 40%

Neurologie 40%

Oncologie 28%

Urologie 20%

Tabel 1.

Aanpak ondervoeding in 36 Nederlandse ziekenhuizen: verschillende afdelingen

dagelijks gevolgd te worden, en moeten alle patiënten een- of tweemaal per week worden. De verpleegkundigen dienen de voedingstoestand mee te nemen als vast onderdeel bij visite, multidisciplinair overleg, en overdracht. De Stuurgroep beveelt aan te letten op optimale toepassing van misselijkheid- en pijnmedicatie. De voedingsassistenten dienen de patiënten te stimuleren voldoende te eten. Ook dient de voedingsassistent te zorgen voor voldoende tijd voor de maaltijd, een goede sfeer tijdens de maaltijd, en het voorraadbeheer van het assortiment verstrekkingen. Als uit de screening blijkt dat de patiënt matig of ernstig ondervoed is, dient de verpleegkundige de voedingsassistent te informeren over de maaltijden en de tussentijdse verstrekkingen, aldus de Stuurgroep. De patiënt dient energie- en eiwitverrijkte maaltijden te krijgen, plus drie tussentijdse verstrekkingen per dag. Daarbij zou gestreefd moeten worden naar 200 kcal en 5-10 gram eiwit per tussentijdse verstrekking. De arts dient de voedingstoestand te betrekken in de medische geschiedenis, de anamnese en de behandeling. De diëtist dient binnen 48 uur na opname een behandelplan in te zetten, en dit op de vijfde dag na opname te evalueren en zo nodig bij te stellen. Daarbij moet ook uitgebreide diagnostiek aan de orde komen, waaronder het bepalen van de lichaamssamenstelling en functionele parameters zoals knijpkracht en kwaliteit van leven.

Patiënten met misselijkheid	3%
Patiënten met hoge BMI	5%
Operatiepatiënten	9%
Patiënten met slechte eetlust	15%
Oncologiepatiënten	21%

**Tabel 2.**  
Percentage van verschillende groepen patiënten in Nederlandse ziekenhuizen dat de voedingsbehoefte haalt

Als de patiënt bij opname ernstig ondervoed blijkt te zijn, dan dient de verpleegkundige of de arts binnen 24 uur de diëtist in te schakelen. Deze maakt een voedingsbehandelplan op basis van de gemeten of berekende ruststofwisseling plus 30%, en 1,5 tot 1,7 g eiwit per kg lichaamsgewicht per dag. Voor patiënten op de afdeling intensieve zorg wordt een eiwitinname van 1,2 per kg per dag aanbevolen. Bij de poliklinische patiënten dient bij een hoog ondervoedingrisico de voedingstoestand gescreend te worden. Matig ondervoede patiënten krijgen voorlichting en het advies energie- en eiwitverrijkte maaltijden te gebruiken, tussentijdse verstrekkingen te gebruiken, en zich regelmatig te wegen. Als uit de screening blijkt dat de patiënt ernstig ondervoed is, dan dient binnen één werkdag een consult met de

diëtist te worden gearrangeerd. Binnen drie werkdagen moet een behandelplan worden ingezet, en binnen vijf werkdagen moet de behandeling beginnen. Momenteel wordt hard gewerkt aan de opstelling van een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) om ondervoeding ook in de thuissituatie effectief aan te kunnen pakken.

### Implementatie richtlijnen onderzocht

Mr. Anja Evers en dr. Hinke Kruijenga, projectleiders van de Stuurgroep presenterden tijdens het congres in Ede de resultaten van een evaluatie van de implementatie van de richtlijnen in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2007-2009. Aan de evaluatie werkten 36 ziekenhuizen mee. Van ruim 65% van de patiënten bleek bij opname de voedingstoestand gescreend te worden, bij ruim 64% van de matig of ernstig ondervoede patiënten werd de diëtist binnen 24 uur geconsulteerd, bij 60% werd binnen 48 uur de behandeling gestart, en bij bijna 30% werden op dag 4 de eiwit- en energiedoelstellingen bereikt. Tabel 1 toont resultaten van de evaluatie per specialisme. Om te achterhalen welke factoren van invloed zijn op de implementatie hebben de Stuurgroepprojectleiders meer in de-

tail de stand van zaken onderzocht in het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal en in het VUmc in Amsterdam. Tot de succesfactoren behoorden opname van screening in het elektronisch verpleegkundig dossier, protocollaire verwijzing, duidelijke multidisciplinaire taakverdeling, regelmatige kennisoverdracht, goedopgeleide voedingsassistenten, en optimale kwaliteit van de maaltijden en tussentijdse verstrekkingen. Faalfactoren waren (naast afwezigheid van de genoemde succesfactoren) het niet tijdig doorgeven van de screeningsuitslag, het ontbreken van de voedingsevaluatie op de vierde opnamedag, en te laat starten met sondevoeding. Tabel 2 toont de patiënten die volgens het onderzoek van de Stuurgroep extra aandacht behoeven. Directeur-generaal Huijts van VWS concludeert uit de gegevens die tijdens het congres werden gepresenteerd dat het wel degelijk mogelijk is om de ondervoeding bij cliënten van Nederlandse zorginstellingen terug te dringen: 'De resultaten bij de bestpresterende instellingen zijn hoopgevend. De uitdaging waar we nu voor staan is het doorgeven van de verworvenheden bij deze instellingen naar de gehele sector.'

■ JAN BLOM

## ZonMw parel voor Stuurgroep Ondervoeding

De Stuurgroep Ondervoeding is door de Nederlandse organisatie voor gezondheidszorgonderzoek en zorginnovatie ZonMw onderscheiden met de ZonMw-Parel. De Stuurgroep wordt gevormd door deskundigen op het gebied van (klinische) voeding en ondervoeding als gevolg van een ziekte. In deze multidisciplinaire stuurgroep zijn verschillende (para)medische disciplines en/of beroepsorganisaties vertegenwoordigd. De doelstelling van de Stuurgroep is het bevorderen van de aandacht voor ondervoeding en voor optimale zorg om ondervoeding als gevolg van ziekte op te sporen, te voorkomen en te behandelen. Het gaat hierbij met name om de risicogroepen kwetsbare ouderen, chronisch zieken en mensen, die een grote ingreep zullen

of hebben ondergaan. De Stuurgroep wil een breed draagvlak creëren bij vertegenwoordigers van beroepen en organisaties om hiermee de objectiviteit van de boodschap te verbreden. De samenstelling van de Stuurgroep is te vinden op [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl). Tijdens het congres in Ede kreeg stuurgroepvoorzitter prof. Chris Mulder de parel uitgereikt door directeur Henk Smid van ZonMw. Smid loofde in zijn toespraak bij de uitreiking de daadkrachtige aanpak door de Stuurgroep van de ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen sinds 2005. Door implementatie van een effectief screeningsplan wordt ondervoeding vroeg gesignaleerd. Door de screening direct te koppelen aan een behandelplan wordt een belangrijke verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg bereikt. Dit kan leiden tot preventie van ontwikkeling van ernstige gezondheids-

problemen en tot een sneller herstel na een ziekenhuisopname, aldus Smid.



Mr. Anja Evers, prof. dr. Chris Mulder, dr. ir. Hinke Kruijenga, Hen Smid.