

### Trefwoorden

- Ondervoeding
- Ouderenzorg
- Richtlijn

### Samenvatting

Bijna een kwart van de cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is ondervoed. Om hun voedingstoestand te verbeteren is op basis van de Richtlijn Ondervoeding de SNAQ<sup>RC</sup> ontwikkeld, een instrument voor screening en behandeling van ondervoeding dat richting geeft aan de multidisciplinaire aanpak van ondervoeding bij de cliënten.

### Auteurs

**Drs. Aart Eliens** is senior beleidsadviseur bij V&VN.

**Mr. Anja Evers** en **dr.ir. Hinke Kruijzenga** zijn lid van de Stuurgroep Ondervoeding en betrokken bij het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in eerstelijnszorg & thuiszorg'.

**Jolanda Horman** is diëtist, lid van de Stuurgroep Ondervoeding en verantwoordelijk voor de vertaling van 'de SNAQ' van de ziekenhuizen naar een meetinstrument voor V&V.

**Prof.dr. Jos Schols** is lid van de Stuurgroep Ondervoeding en hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde bij de Universiteit Maastricht.

### Correspondentieadres:

V&VN, Churchilllaan 11  
3527 GV Utrecht  
t.a.v. Aart Eliens

**Om de voedingstoestand van verpleeghuisbewoners te verbeteren, is de SNAQ<sup>RC</sup> ontwikkeld. Met het stoplichtsysteem voor screening is eenvoudig vast te stellen of er sprake is van ondervoeding en hoe die vervolgens behandeld kan worden.**

## Aanpak ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen

Eten en drinken is voor mensen belangrijk. Het is essentieel voor het behoud van de gezondheid en heeft daarnaast ook een belangrijke sociale en genotsfunctie. Voor verpleegkundigen en verzorgenden vormt de zorg rondom het eten en drinken een belangrijk deel van hun werk. Ze ondersteunen cliënten bij het bereiken of behouden van een adequaat voedingspatroon en hebben een rol bij het voorkómen van ondervoeding. Wanneer mensen niet goed in staat zijn om zelf te eten of te drinken, krijgen zij hulp van de verpleegkundige en/of verzorgende. Soms bestaat die hulp uit ondersteuning bij het eten en drinken, maar het kan ook gaan om het toedienen van voeding via een sonde of om advisering over het handhaven van een adequate voedings- en vochtinname.

### Ondervoeding bij cliënten

Ondanks het grote belang van een goede voedingstoestand krijgt het eten en drinken in de zorg niet altijd de aandacht die het verdient. Bijna een kwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen is ondervoed. Bij ondervoeding is de inname van voedingsstoffen onvoldoende om in de metabole behoeften te voorzien. We spreken bij ouderen van een slechte voedingstoestand wanneer de BMI (verhouding lichaamsgewicht tot de lengte) kleiner of gelijk is aan 20 en/of wanneer er in de laatste 6 maanden een onbedoeld gewichtsverlies is geweest van meer dan 10 procent en/of in de laatste maand meer dan 5 procent onbedoeld gewichtsverlies is opgetreden (Richtlijn Ondervoeding, 2009). Bij een BMI van 20–22 en/of een gewichtsverlies van

5 tot 10 procent in de laatste 6 maanden is er sprake van een matige voedingstoestand. Uit diverse onderzoeken blijkt dat ondervoeding in verpleeghuizen veel voorkomt (Morley, 1986; Beck e.a., 2002; Kruijzenga e.a., 2003; Meijers e.a., 2009; Beck, 2002). De uitkomsten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ, 2009) laten zien dat ondervoeding in het verpleeghuis voorkomt bij circa 25 procent van de cliënten en in het verzorgingshuis bij circa 26 procent. Uit het LPZ-onderzoek blijkt ook dat de ondervoeding in verpleeghuizen de laatste jaren ongeveer op hetzelfde niveau blijft (Meijers, 2009).

### Oorzaken van ondervoeding

Er zijn verschillende oorzaken voor ondervoeding. Ouderen kunnen ondervoed raken door het niet voldoende opnemen van voeding, doordat er geen voeding beschikbaar is of door somatische problemen zoals verlies van eetlust en slikproblemen als gevolg van ziekte. Ook kan de voedselopname door psychische oorzaken onvoldoende zijn. Bijvoorbeeld wanneer mensen lijden aan een depressie of wanneer mensen met dementie vergeten te eten.

Het kan ook zijn dat wel voldoende voedsel wordt ingenomen maar dat dit niet goed door het lichaam wordt opgenomen. Of dat er een toestandsbeeld is waarbij de inname van voedingsstoffen niet tegemoetkomt aan een verhoogde behoefte. Stoornissen in het maag-darmkanaal, bijvoorbeeld chronische diarree, kunnen leiden tot abnormaal verlies van voedingsstoffen (Stegeman, 2008). Ondervoeding heeft ingrijpende gevolgen en

beïnvloedt de conditie en het herstelvermogen (zie tabel 1). Voor verpleegkundigen en verzorgenden is er dan ook alle reden om de voedingstoestand van patiënten in het algemeen, maar zeker ook van cliënten van het verpleeg- en verzorgingshuis goed in de gaten te houden. Ook dienen zij alert te zijn op klachten die verwijzen naar problemen met de voeding. Stegeman (2008) geeft hiervan een overzicht. Dit is, door ons enigszins aangepast, opgenomen in tabel 2.

### Bewaken van de voedings-toestand

Tijdige diagnostiek en behandeling van ondervoeding leiden tot verbetering van de voedsel- en vochtinname, herstel en handhaving van het gewicht, verbetering van de voedingstoestand, verbetering van parameters zoals, onder meer, spierkracht, vermindering van complicaties en een hogere kwaliteit van leven (Richtlijn Ondervoeding, 2009). Het signaleren van ondervoeding kan op verschillende manieren gebeuren.

#### Anamnese

Bij de opname van ouderen in het verpleeg- of verzorgingshuis dient bij het verzamelen van achtergrondinformatie altijd ook de voedingstoestand in kaart gebracht te worden. Daarbij gaat het om gegevens over het oorspronkelijke voedingspatroon en om de voedingsgewoontes. Monitoren van het lichaamsgewicht is alleen mogelijk wanneer dit bij opname en daarna met regelmatige tussenpozen gemeten wordt. Latere metingen van het gewicht kunnen dan met een uitgangswaarde worden vergeleken.

#### Screening

Ondervoeding kan vroegtijdig onderkend worden door screening. Dat gebeurt in verpleeghuizen al bij circa zeven op de tien cliënten. In verzorgingshuizen vindt screening plaats bij drie op de tien bewoners (LPZ, 2008). Omdat het risico op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen groot is zou meer gescreend moeten worden. Screeningsinstrumenten zijn bijvoorbeeld de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) en de MNA (Mini Nutritional Assessment). Zij hebben het nadeel dat het toepassen ervan veel tijd kost en dat voor het gebruiken ervan training nodig is. Dit maakt dat ze vaak niet gebruikt worden (Kruizenga e.a., 2009).

In ziekenhuizen is de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) een veel gebruikt instrument. Dit is een vragenlijst die uit drie vragen bestaat en binnen vijf minuten afgenomen kan worden. Het doel van de SNAQ is tweeledig: zowel vroege herkenning van ondervoeding als meteen starten van protocollaire behandeling van ondervoeding. Afhankelijk van de score worden patiënten ingedeeld in drie categorieën: niet ondervoed, matige voedingstoestand, slechte voedingstoestand. De behandeling bestaat uit verschillende benaderingen: geen actie, 2-3 keer per dag een tussenmaaltijd en verrijkte hoofdmaaltijden, 2-3 keer per dag een tussenmaaltijd en verrijkte hoofdmaaltijden inclusief behandeling door de diëtist. De SNAQ blijkt in het ziekenhuis een effectief instrument te zijn (Kruizinga e.a., 2005). Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen is er behoefte aan een praktisch en weinig ar-

### GEVOLGEN VAN ONDERVOEDING

- Afname van gewicht en spiermassa
- Hogere behandelingskosten
- Meer kans op complicaties
- Een langere opnameduur
- Verminderde darmwerking en verlaagde weerstand
- Hogere sterfte
- Slechtere wondgenezing
- Toename van de kans op decubitus
- Afname van de kwaliteit van leven
- Verhoogde mortaliteit

Tabel 1

beidsintensief instrument voor de screening en behandeling van cliënten met kans op ondervoeding. Daarom hebben V&VN en de Stuurgroep Ondervoeding met subsidie van het programma Zorg voor Beter van ZonMw het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse Verpleeg- en Verzorgingshuizen' uitgevoerd.

De doelen van het project waren:

- de ontwikkeling van een snel en eenvoudig screeningsinstrument voor routinematige screening van verpleeg- en verzorgingshuisbewoners en de kruisvalidatie van dat instrument;
- de ontwikkeling van een screenings- en behandelplan voor ondervoeding;
- de ontwikkeling en het uittesten van een toolkit met benodigdheden voor toepassing in de praktijk.

#### De SNAQ<sup>RC</sup>

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen is in het project de SNAQ<sup>RC</sup> (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care) ontwikkeld. Met de SNAQ<sup>RC</sup> kan op eenvoudige wijze gescreend worden op ondervoeding. Het instrument is ontwikkeld door bij een grote groep van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen na te gaan welke vragen het meest voorspellend zijn voor ondervoeding. De combinatie van drie vragen met de BMI bleek daarvoor te vol- doen (zie figuur 1 op p. 44).

#### KLACHTEN

#### WAAR TE NEMEN GEDRAG VAN DE BEWONER

1 Last van vol gevoel	Eten wordt niet opgegeten
2 Last van misselijkheid	Braken, aangeven van misselijkheid
3 Geen trek hebben	Eten wordt niet opgegeten, aangeven geen trek te hebben
4 Geen interesse in eten	Eten wordt niet of nauwelijks opgegeten
5 Veranderde smaak	Bewoner geeft aan dat het eten niet smaakt, voedselresten op bord
6 Benauwdheid bij eten	Bewoner haalt moeizaam adem of verslikt zich
7 Vermoeidheid	Eten lukt niet goed, zegt geen energie te hebben om te eten
8 Pijn bij eten	Trekt pijnlijk gezicht tijdens het eten
9 Weet niet hoe te eten	Gebruikt mes en vork niet of verkeerd Houdt eten in de mond of kauwt niet Speelt en rommelt met het eten

Tabel 2 Observatielijst van klachten die verwijzen naar problemen met de voeding

## Het SNAQ<sup>RC</sup> behandelplan

De verpleegkundige of verzorgende weegt de cliënt bij opname en voor elk MDO (multidisciplinair overleg). De lichaamslengte wordt bij opname gemeten door de onderbeenlengte te meten en de lichaamslengte te berekenen volgens de aanwijzingen in de toolkit op [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl). Bij opname en voor ieder MDO wordt de SNAQ<sup>RC</sup> bij de cliënt afgenomen, de BMI bepaald met de draaischijf en de stoplichtscore – rood, oranje of groen – vastgesteld. De SNAQ<sup>RC</sup> screening en behandeling is weergegeven in figuur 2. De stoplichtscore wordt opgenomen in het zorgplan van de bewoner en wordt besproken in het MDO.

Vervolgens wordt het behandelplan gevolgd zoals beschreven op de achterzijde van de SNAQ<sup>RC</sup>. (Zie figuur 2)

## Multidisciplinaire taakverdeling

De verpleegkundige of verzorgende screent elke (nieuwe) cliënt bij opname en voor elk MDO op ondervoeding. Bij een oranje score zorgt zij ervoor dat de cliënt dagelijks 2-3 extra verstrekkingen krijgt, naast de 3 hoofdmaaltijden. Een rode score wordt direct doorgegeven aan de arts, zodat deze kan bepalen of de inzet van diëtetiek en/of andere professionele deskundigheid binnen het afgesproken behandelbeleid nodig is.

De verpleegkundige of verzorgende stimuleert en motiveert de bewoners met een oranje of rode score en monitort globaal de voedingsinname via de methode ‘Meet en Weet wat de cliënt eet’ (in de toolkit op [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)). Ze monitort het gewicht van de cliënt door hem eenmaal per maand te wegen.

De verpleegkundige of verzorgende rapporteert in het zorgdossier als de inname van vocht en voeding verandert.

De arts schakelt de diëtist en/of zo nodig andere professionals, bijvoorbeeld ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut, in bij de diagnostiek en behandeling van bewoners die rood scoren.

Als daar aanleiding toe is wordt de diëtist binnen 3 dagen in consult geroepen. Zij zet binnen 8 dagen het behandelplan in.

De diëtist objecteert (het verloop van) de voedingstoestand (diagnose ondervoeding) en adviseert de bewoner en diens verzorgers over het optimaliseren van de inname van vocht en voeding.

De diëtist berekent de voedingsbehoefte en gaat na in hoeverre de voedingsinname hiermee in overeenstemming is.

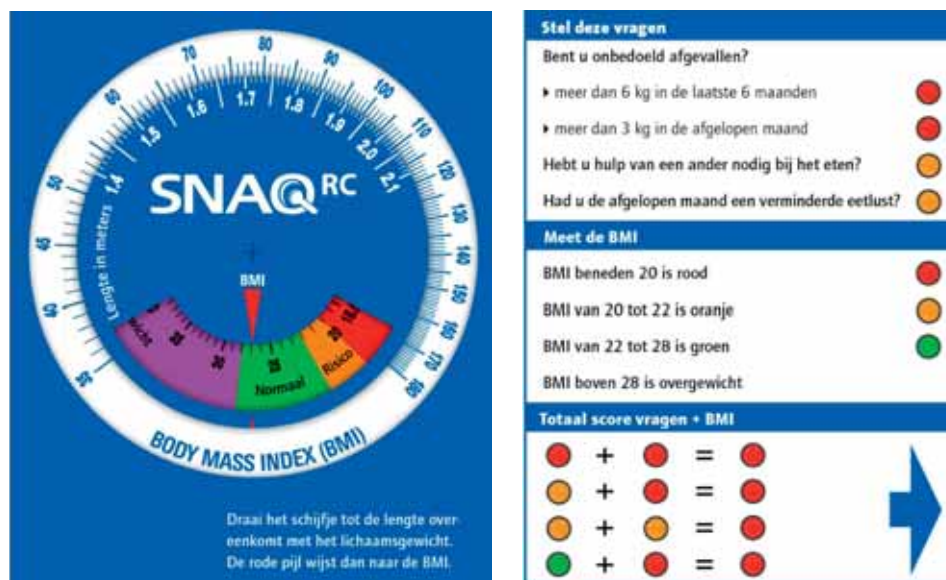
Binnen 5 dagen na de start van het behandelplan is het eerste evaluatiemoment. Daarna verloopt de evaluatie volgens het schema in figuur 3.

## Invoering van de SNAQ<sup>RC</sup>

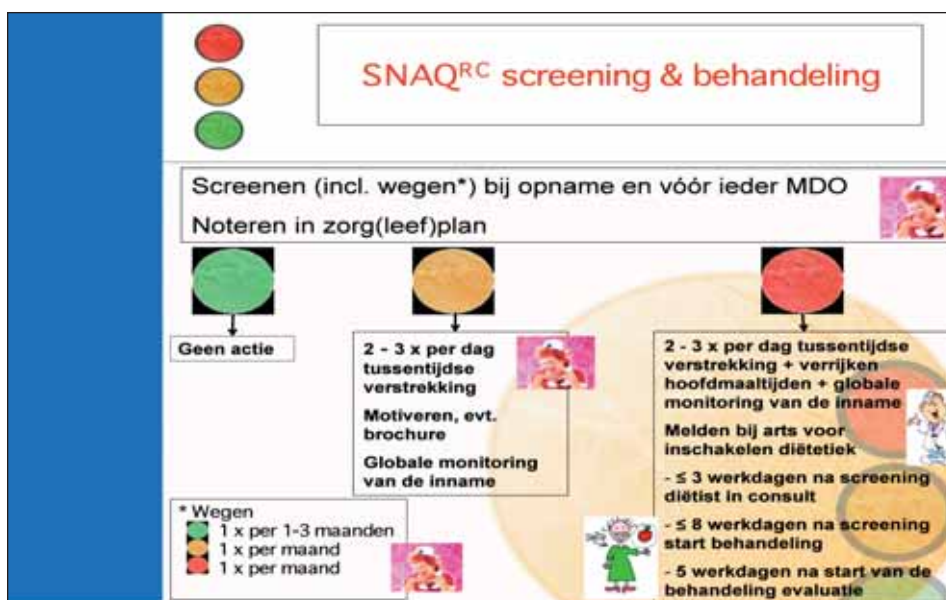
Het doel van de invoering van SNAQ<sup>RC</sup> is een brede implementatie van screening en behandeling van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hiervoor kan het beste een brede projectgroep samengesteld worden met daarin

de verpleegkundig manager of zorgmanager, in ieder geval iemand met invloed namens het management, de specialist ouderengeneeskunde, het hoofd Facilitaire Dienst of hoofd keuken, de kok, de kwaliteitsfunctionaris, de praktijkverpleegkundige of nurse practitioner, een verzorgende of EVV-er, een voedingsassistent, de diëtist.

De taak van deze instellingsbrede projectgroep is: 1) het agenderen van aandacht voor ondervoeding in de locaties, 2) het informeren en zo nodig mobiliseren van de achterban, 3) het faciliteren van de implementatie en waar nodig belemmeringen wegnemen, 4) het



Figuur 1



Figuur 2

**Behandelplan ondervoede cliënten  
(onder behandeling van diëtist)**

Inname versus behoefte	Advies	Vervolg (incl termijnen)
100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekkingen en evt. drinkvoeding)	Globale monitoring inname door voedingsassistent / verzorging
75-100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekkingen en evt. drinkvoeding)	≤ 10 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of aanvullen met drinkvoeding
50 - 75% van de behoefte	Drinkvoeding of sondevoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 5 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of overgaan op sondevoeding
< 50% van de behoefte	Volledige of aanvullende sondevoeding, indien mogelijk drinkvoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 2 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of orale voeding (drinkvoeding) indien mogelijk

Figuur 3

bewaken van de voortgang met terugkoppeling naar de Raad van Bestuur.

De projectgroep kan ook werkgroepen op de afdelingen in het leven roepen. Elke deelnemende afdeling stelt dan zelf een werkgroep samen die fungeert als verbetersteam. De leden van dit team kennen de collega's goed en kunnen aansluiten bij de werkwijze en de doelgroep van de afdeling. De werkgroepen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het verbeterproject op de eigen afdeling.

De afdelingswerkgroep bestaat idealiter uit de manager of het hoofd van de afdeling, twee verzorgenden, de voedingsassistenten, de specialist ouderengeneeskunde, de diëtist.

### Website en toolkit

De voor de uitvoering van de screening en behandeling benodigde toolkit staat op de website [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl). Daar is ook voor de verpleeg- en verzorgingshuizen relevante informatie te vinden zoals het wetenschappelijke artikel over de ontwikkeling en de validatie van de SNAQ<sup>RC</sup> en de richtlijn voor screening & behandeling van ondervoeding (Richtlijn Ondervoeding, 2009). Hierin staat beschreven hoe in alle sectoren van de gezondheidszorg op ondervoeding gescreend kan worden.

### Ten slotte

De SNAQ<sup>RC</sup> lijkt een deugdelijk en praktisch hulpmiddel om de voedingstoestand van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen te verbeteren. Dit is van groot belang gezien de ernstige gevolgen van ondervoeding. Het gebruik van de SNAQ<sup>RC</sup> draagt aanzienlijk bij aan verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten in deze instellingen. ■



Zie [www.tvzdirect.nl/TvZ](http://www.tvzdirect.nl/TvZ) voor een complete weergave van de SNAQ<sup>RC</sup>.

### Literatuur

- Beck, A.M. & Ovesen, L. (2002). Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home resident and home-care clients. *Scan J Caring Sci* 16, 86-90.
- Kruizenga, H.M., Wierdsma, N.J., Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E. van, Hollander, H.J., Jonkers-Schuitema, C.F., Heijden, E. van der, Melis, G.C. & Staveren, W.A. van (2003). Screening of nutritional status in the Netherlands. *Clin Nutr* 22 (2), 147-152.
- Kruizenga, H.M., Seidell, J.C., Vet, H.C.W. de, Wierdsma, N.J. & Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E. van (2005). Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: The Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). *Clinical Nutrition* 24, 75-82.

Kruizenga, H.M., Vet, H.C.W. de, Marissing, C.M.E., Stassen, E.E.P.M., Strijk, J.E., Bokhorst de van der Schueren, M.A.E. van, Horman, J.C.H., Schols, J.M.G.A., Binsbergen, J.J. van, Eliens, A., Knol, D.L. & Visser, M. (2009). The SNAQ<sup>RC</sup>, an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, DOI 10.1007/s12603-009-0147-1.

*Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2008*

(2008). Maastricht: Universiteit Maastricht.

Meijers, J.M., Halfens, R.J., Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E. van, Dassen, T. & Schols, J.M. (2009). Malnutrition in Dutch health care: Prevalence, prevention, treatment and quality indicators. *Nutr* 25 (5), 512-519.

Meijers, J.M.M. (2009). *Awareness of malnutrition in healthcare. The Dutch perspective*. Proefschrift.

Morley, J.E. (1986). Nutritional status of the elderly. *Am J Med* 81, 679-695.

Stuurgroep Ondervoeding (2009). *Richtlijn Ondervoeding*. Amsterdam: Stuurgroep Ondervoeding.

Stegeman, N.E. (2008). *Ondervoeding*. In: Effectief Verplegen. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.