



Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden

**Arcares
AVVV
Koksgilde
LOC
Nieuwe Unie 91
NVD
NVE
NVLf
NVVA
VHVG**

Utrecht, december 2001

Arcares : brancheorganisatie verpleging & verzorging

Uitgave Arcares : Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht : postbus 8258, 3515 GA Utrecht
telefoon 030 273 93 93 : fax 030 273 97 87 : info@arcales.nl : www.arcales.nl

Bestelling Schriftelijk of per fax: Arcares
postbus 8258, 3515 GA Utrecht : fax 030 273 97 87

Prijs leden Arcares: f 20,= of € 9,08 (inclusief BTW en verzendkosten) : niet-leden Arcares: f 40,= of € 18,16 (exclusief
BTW, inclusief verzendkosten)

Bij bestelling publicatienummer 01.014 en het gewenste aantal vermelden.

Inhoudsopgave

Samenstelling projectgroep 5

Samenstelling begeleidingscommissie 6

Voorwoord 7

1 : Inleiding 9

- 1.1 Achtergrond van de richtlijn 9
- 1.2 Motivatie en doel van de richtlijn 10
- 1.3 Uitgangspunten voor de richtlijn 11
- 1.4 Opbouw richtlijn 11
- 1.5 Afbakening 12
- 1.6 Bedrijfsmatige overwegingen 13
- 1.7 Relatie met kwaliteitssystemen en benchmark 13
- 1.8 Verantwoording 13
- 1.9 Referenties 14

2 : Zorglijn 1: basis voedingszorg 17

- 2.1 Inleiding 17
- 2.2 Vastleggen in beleid 17
- 2.3 Microniveau: de wensen en behoeften van de cliënt 18
 - 2.3.1 Observatie vóór opname 18
 - 2.3.2 Screening voedingstoestand en voedingsdiagnose 18
 - 2.3.3 Weegbeleid 19
 - 2.3.4 Communicatie 19
 - 2.3.5 Observatie 19
 - 2.3.6 Observatiekaart 20
- 2.4 Mesoniveau: aanbod vocht en voedsel 21
 - 2.4.1 Kwaliteit 21
 - 2.4.2 Technische kwaliteit 21
 - 2.4.3 Proceskwaliteit 24
 - 2.4.4 Relationele kwaliteit 24
 - 2.4.5 Zorgbeleid per cliëntengroep 25
- 2.5 Macroniveau: faciliteren en kwaliteit bewaken 26
 - 2.5.1 Verankering in organisatie en beleid 26
 - 2.5.2 Verantwoord beleid 26
 - 2.5.3 Evalueren en bijsturen 27
- 2.6 Referenties 27

3 : Zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen 31

- 3.1 Voedingsproblemen bij opname 31
- 3.2 Voedingsscreening 31
 - 3.2.1 Oorspronkelijke eet- en drinkgewoonten achterhalen 31
 - 3.2.2 Screeningslijst voor inzicht in actuele voedingstoestand 31
- 3.3 Voedingsonderzoek 32

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4 | Gewichtsverlies | 32 |
| 3.5 | Vochttoestand | 33 |
| 3.6 | Integrale diagnostiek | 33 |
| 3.6.1 | Observatie door verzorgende/verpleegkundige | 33 |
| 3.6.2 | Diagnostiek door verpleeghuisarts | 34 |
| 3.6.3 | Onderzoek door andere disciplines | 36 |
| 3.6.4 | Evaluatie integraal onderzoek en integrale diagnostiek | 37 |
| 3.7 | Integrale bepaling behandelbeleid | 38 |
| 3.7.1 | Enkele ethische overwegingen | 38 |
| 3.7.2 | Interventies | 40 |
| 3.7.3 | Rol disciplines bij behandeling | 41 |
| 3.8 | Volgen voedingstoestand cliënt | 44 |
| 3.9 | Referenties | 45 |
| 4 | • Aanbevelingen voor implementatie | 49 |
| 5 | • Samenvatting | 51 |
| | Nawoord | 53 |

Bijlagen

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bijlage 1. | Wettelijk kader gebruikt als referentiekader bij het opstellen van de richtlijn | 55 |
| Bijlage 2. | Voorbeeld Zorgplan | 58 |
| Bijlage 3. | Trefwoorden literatuursearch | 59 |
| Bijlage 4. | Begrippenlijst | 61 |
| Bijlage 5. | Het voedingsbeleidsteam | 66 |
| Bijlage 6. | Screeningslijst voedingstoestand | 69 |
| Bijlage 7. | Oorzaken van inadequaat eten bij ouderen | 71 |
| Bijlage 8. | Frequent gebruikte medicatie door ouderen, met mogelijk negatieve invloed op de voedingstoestand | 73 |
| Bijlage 9. | Plaatsbepaling van de richtlijn binnen het Model Intern Kwaliteits-systeem Verpleeghuizen en het HKZ-schema verzorgingshuizen | 74 |

Samenstelling projectgroep

De projectgroep 'multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening verpleeghuizen' was samengesteld uit de volgende leden:

1. mevrouw prof. dr. W.A. van Staveren, bijzonder hoogleraar voeding van de oudere mens, Wageningen Universiteit en tevens UMCU (*voorzitter*);
2. mevrouw drs. C.M.F. Jessen, beleidsmedewerker team Zorg en Kwaliteit Arcares (*projectleider*);
3. de heer A. E. van der Zeeuw, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (*secretaris*);
4. de heer R.J. van Essen, verpleeghuis Regina Pacis, Arnhem (Arcares);
5. de heer dr. J.M.G.A. Schols, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA);
6. mevrouw drs. W.J.F.M. van der Linden, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA);
7. mevrouw M. de Clercq, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD);
8. mevrouw drs. K. van Scheijen, Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC);
9. mevrouw C.H.A. Woldman, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF);
10. mevrouw N. Roodenburg - de Kluijver; Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV);
11. de heer F.A. Friedheim, Vereniging hoofden Voeding in de Gezondheidszorg (VHVG);
12. de heer T. Pieper, Koksgilde Nederland;
13. mevrouw G.M. van Brummelen, Nieuwe Unie '91, beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging;
14. mevrouw A.M. Wardenaar, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE).

De heer B. Wassenaar, projectmanager van het Voedingscentrum heeft vanuit een achterwachtfunctie de vergaderstukken steeds ontvangen en indien van toepassing zijn reactie doorgespeeld naar de projectgroep.

Samenstelling begeleidingscommissie

De volgende leden hebben deel uitgemaakt van de begeleidingscommissie verantwoorde vocht- en voedselvoorziening:

1. de heer G.M. Lamm, (Arcares);
2. de heer drs. J.C. Visser, (ministerie van VWS); tot mei 2001. Opvolging door mevrouw mr. M. Hof;
3. mevrouw drs. J.A.H. van Veen, (IGZ);
4. mevrouw T.L. Timár-Chrispijn, (LOC);
5. mevrouw H.M. van Oosten, (Voedingscentrum);
6. mevrouw drs. W.E. Weeder, (NVVA);
7. mevrouw E.J. Bakker, (NVD);
8. mevrouw D. van Iwaarden, (AVVV; fractie verzorging);
9. mevrouw J. Roelofsen, (Nieuwe Unie '91, beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging);
10. de heer H.C.A. Bogaardt, (NVLF);
11. mevrouw I. Makkinga, (Koksgilde Nederland);
12. mevrouw prof. dr. W.A. van Staveren, voorzitter van de projectgroep;
13. de heer A.E. van der Zeeuw, secretaris;
14. mevrouw drs. C.M.F. Jessen, projectleider, (Arcares).

De begeleidingscommissie is driemaal bijeengekomen en heeft zich beziggehouden met de volgende taken:

- er op toezien dat het project wordt uitgevoerd conform het projectvoorstel;
- het gevraagd en ongevraagd adviseren van de projectgroep over te nemen beslissingen over eventuele overschrijding van de tijdsplanning en inhoudelijke afwijkingen van het projectvoorstel;
- fungeren als klankbord voor de projectgroep.

Voorwoord

Een goede vocht- en voedselvoorziening in zorginstellingen lijkt een vanzelfsprekende zaak in een welvarend land als Nederland. De praktijk wijst echter uit dat hier nog het een ander aan schort. Lang niet altijd is het eten en drinken in zorginstellingen 'zorg op maat'. Dit leidt ertoe dat de voedingstoestand van cliënten in verpleeghuizen niet altijd optimaal is. Het veld heeft zich dit ook gerealiseerd en aangetrokken, vandaar dat een richtlijn is ontwikkeld voor een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening.

Verpleeghuisgeïndiceerde cliënten zijn per definitie afhankelijk van zorg. Dit betekent dat professionals veel taken op het gebied van eten en drinken moeten overnemen. Overname van taken wil niet zeggen dat de wensen en behoeften (autonomie) van de cliënt niet centraal behoren te staan. Voor veel cliënten betekent dit eten en drinken zoals het (vroeger) thuis was.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in een aantal rapporten gewezen op knelpunten in de vocht- en voedselvoorziening. In februari 2000 overhandigde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport over het beleid rond de vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen aan staatssecretaris Margo Vliegthart. De Inspectie rapporteerde dat de vocht- en voedselvoorziening in de dagelijkse praktijk redelijk verloopt, maar dat borging daarvan in het beleid van verpleeghuizen te wensen overlaat. De belangrijkste aanbeveling van de inspectie was het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn voor een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening.

Arcares gaf tijdens de presentatie van het rapport aan dat zij de handschoen wilde oppakken en is met veel vaart aan de slag gegaan. Tezamen met vertegenwoordigers van de cliënten, van het instellingsmanagement en van acht verschillende beroepsgroepen, is de richtlijn vervaardigd. Er is een projectgroep ingesteld waarin alle betrokken partijen hun deskundigheid hebben ingebracht en die met veel enthousiasme en deskundigheid is voorgezeten door mevrouw prof.dr. W.A. van Staveren, bijzonder hoogleraar voeding van de oudere mens aan de universiteit van Wageningen. De richtlijn is, daar waar mogelijk, gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

De voor u liggende richtlijn beoogt u handvatten te bieden voor het tot stand brengen van een beleid voor een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening en dit beleid te integreren in uw eigen kwaliteitsbeleid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is dan ook zeer verheugd dat deze richtlijn tot stand is gebracht. Hierdoor zal de kans op ondervoeding van verpleeghuisgeïndiceerde cliënten verder dalen en zullen cliënten met plezier en smaak hun dagelijkse maaltijden gebruiken.

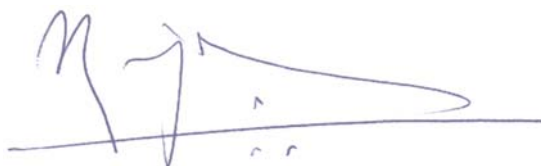
Maar met alleen het maken van een richtlijn zijn we er niet. Een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening staat of valt met het gebruik en de borging ervan. Deze richtlijn is daar

slechts een hulpmiddel bij. Veel zal gevraagd worden van de leiding van de zorginstellingen en de medewerkers om de richtlijn in de dagelijkse praktijk vorm te geven.

Namens de inspectie dank ik alle personen en instellingen die zich voor dit project hebben ingezet en die hopelijk ook in de toekomst nog een bijdrage willen leveren aan de implementatie en evaluatie ervan. Een speciaal woord van dank aan Arcares voor het nemen van het voortouw van dit project en het CBO voor de bewaking van de wetenschappelijke kwaliteit.

Ik wens betrokken instellingen en beroepsgroepen veel succes met de implementatie en wij komen graag na een aantal jaren onderzoeken hoe het staat met het beleid rond de vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen.

De Inspecteur Generaal, prof.dr. J.H. Kingma

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J.H. Kingma', written over a horizontal line.

1 : Inleiding

Een adequate vocht- en voedselvoorziening is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse zorg voor verpleeghuiscliënten. Deze zorg is complex en vraagt een goede communicatie van de medewerkers met de cliënten en een goede organisatie van de voedingsdienst in het verpleeghuis.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg deed in 1997 en in 1999 onderzoek^{1,2} naar vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen. Daaruit bleek dat wat de verpleeghuizen doen op het gebied van vocht en voedsel in de praktijk redelijk verloopt, maar dat borging ervan in het beleid van de verpleeghuizen te wensen overlaat. Daarnaast waren de uitgangspunten voor de minimale dagelijkse vochtvoorziening en voor de kwaliteit van de voeding en de controle daarop niet overal vastgelegd. Tenslotte bleek dat het weegbeleid en het cliënttevredenheidsonderzoek in een aantal verpleeghuizen meer aandacht zouden moeten krijgen. Overigens bleek uit het onderzoek van de Inspectie dat de situatie in 1999 verbeterd was ten opzichte van die in 1997. Inmiddels hebben verpleeghuizen diverse initiatieven en protocollen ontwikkeld op het gebied van vocht en voedsel. In 2003/2004 zal de Inspectie opnieuw onderzoeken hoe het staat met de vocht- en voedselvoorziening aan verpleeghuisgeïndiceerde ouderen.

Om verpleeghuizen te ondersteunen bij het vastleggen van de vocht- en voedselvoorziening in hun zorgbeleid, hebben Arcares, de vertegenwoordigers van acht betrokken beroepsgroepen en de cliënten deze multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld. De richtlijn richt zich op de oudere mens met een verpleeghuisindicatie; dus zowel op de ouderen in verpleeghuizen, als op verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in verzorgingshuizen, ziekenhuizen en thuis. De indicatie kan zowel somatisch als psychogeriatrisch van aard zijn. Voorts wordt nagegaan of aanpassingen van deze richtlijn wenselijk zijn voor het verzorgingshuis. De verpleeghuisgeïndiceerden worden in de verdere rapportage 'cliënten' genoemd.

Met behulp van deze richtlijn kunnen verpleeghuizen hun beleid rond de vocht- en voedselvoorziening formuleren, evalueren of - indien wenselijk - bijstellen en aanscherpen. Dit zal voordelen hebben voor de cliënten, de medewerkers en voor de sfeer. Een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening kan ook leiden tot een daling van het risico op ondervoeding bij verpleeghuisgeïndiceerden en tot een toename van het aantal cliënten dat met plezier en smaak de dagelijkse maaltijden gebruikt.

1.1 Achtergrond van de richtlijn

Nederlanders ouder dan 65 jaar zijn, na de groep allochtonen, de snelst groeiende sociaal demografische groep met een gezondheidsachterstand. Deze voorspelling wordt gedaan voor de periode 1995-2015 in het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997³. Ouderen verdienen dan ook op allerlei gebied specifieke aandacht in de zorg en de preventie. Een belangrijk aandachtsgebied hierbij is de voeding van verpleeghuisbewoners en verpleeghuisgeïndiceerden die in een verzorgingshuis of elders verblijven. Vooral ook omdat

blijkt dat zeker 30% van de mensen die worden opgenomen in een verpleeghuis, ondervoed is^{4,5,6}.

In dit rapport wordt onder ondervoeding verstaan een lichamelijke toestand voortkomend uit een tekort aan energie en voedingsstoffen, waarbij sprake is van gewichtsverlies en verminderde biologische functie (voor de uitgebreidere definitie zie bijlage 4).

Een adequate vocht- en voedselvoorziening is voor iedereen van groot belang, maar vooral ook voor oudere mensen die zorg nodig hebben. Adequate voeding verkleint de kans op ondervoeding. Ondervoeding kan leiden tot vermindering van lichaamsgewicht, spierkracht (functieverlies) en weerstand. Het kan ook leiden tot verergering van onderliggende ziekte(n), co-morbiditeit en mortaliteit en tot vertraging van wondgenezing. Ook kan ondervoeding als gevolg hebben dat het algeheel welzijn (moeheid en depressie) en de kwaliteit van leven verminderen en dat door secundair complicerende problematiek een langere en meer intensieve verpleegduur nodig is.

Hoe belangrijk een adequate vocht- en voedselvoorziening is, wordt ook duidelijk uit een aantal interventiestudies die aantonen dat niet alleen voldoende adequate voedingsstoffen, maar ook een op de cliënt afgestemde smaak en ambiance een verbetering van de voedings-toestand te zien geven^{7,8}. De meeste studies duurden te kort om ook een statistisch significante verbetering in functionele parameters aan te tonen, zoals uithoudingsvermogen, spierkracht en coördinatie. Voor een aantal van deze parameters was echter een positieve trend waarneembaar. Deze onderzoeken bevestigen resultaten uit epidemiologische studies, waarin een positieve relatie wordt gevonden tussen een aanbevolen voeding en gezondheid^{7,8}.

Eten heeft niet alleen een fysiologische functie, maar ook een psychosociale. De maaltijd kan een belangrijke communicatiefunctie hebben en het maaltijdenpatroon geeft voor veel ouderen structuur aan de dag⁹. Verbetering van de maaltijd- en drankvoorziening in een verzorgingshuis leidde in een onderzoek van Mathey et al⁷ tot betere scores op een kwaliteit van leven-index.

1.2 Motivatie en doel van de richtlijn

Bovengenoemde waarnemingen - de groeiende gezondheidsachterstand van ouderen, de ondervoeding bij ouderen bij opname in een verpleeghuis, de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg geconstateerde knelpunten in het vocht- en voedselbeleid en de resultaten van onderzoek naar de relatie tussen voeding, gezondheid en welzijn - zijn aanleiding geweest tot het opstellen van de voorliggende multidisciplinaire richtlijn voor een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening aan verpleeghuisgeïndiceerden. Het doel van deze richtlijn is handvatten te geven op grond waarvan instellingen hun beleid kunnen formuleren, evalueren of -indien wenselijk - bijstellen en aanscherpen. Het advies is om, bij de implementatie van deze multidisciplinaire richtlijn, aan te sluiten bij hetgeen reeds binnen de eigen instelling aanwezig en ontwikkeld is. Datzelfde geldt voor de reeds door de ver-

schillende beroepsgroepen ontwikkelde instrumenten (bijvoorbeeld screeningslijsten, overzicht adequate voeding etc.).

De voordelen van het gebruik van de richtlijn zijn:

- Doelgerichtheid, zowel vanuit de gedachte van ‘voedingszorg op maat’ voor iedere cliënt, als vanuit het benutten van de aanwezige expertise door het zo optimaal mogelijk inzetten van het beschikbare personeel en de middelen;
- Gerichte cliëntenparticipatie en directe feedback op de kwaliteit van het proces en het product;
- Preventieve werking op mogelijk persoonlijk leed en extra zorg- en behandelkosten;
- Doelmatigheid in de zin van het voorkomen van faalkosten, zoals minder verspilling en minder storingen in het voedingsproces;
- Duidelijkheid over het verstrekkingenpakket en eventuele extra's;
- Helderheid over taken en verantwoordelijkheden en het werkproces;
- Concrete aandachtspunten in verband met kwaliteitsontwikkeling en -borging.

1.3 Uitgangspunten voor de richtlijn

Om in de wensen en behoeften van de cliënt te voorzien, is het wenselijk structureel aandacht te besteden aan vocht en voedsel, bijvoorbeeld door deze standaard op te nemen in het zorgplan van iedere cliënt. Uitgangspunten voor een zorgplan zijn de autonomie van de cliënt en zijn wens ten aanzien van eten en drinken, in termen van soort, smaak, hoeveelheid, omgeving en tijd. Randvoorwaarden daarvoor worden in hoofdstuk 2 en 3 nader geformuleerd. Deze randvoorwaarden betreffen niet alleen kwaliteitseisen, wettelijke kaders en beschikbare middelen, maar ook de visie die een instelling heeft op de voedingszorg. Preventie is van groot belang. Om die reden wordt uitgebreid aandacht besteed aan de normale vocht- en voedselsituatie ter voorkoming van problemen.

1.4 Opbouw richtlijn

De organisatie rondom de vocht- en voedselvoorziening is op diverse niveaus verankerd: rondom de individuele cliënt (microniveau), rondom de afdelingen (mesoniveau) en rondom het management van de instelling (macroniveau). Via een beslisboomstructuur wordt in hoofdstuk 2 (zorglijn 1: de basis voedingszorg) aangegeven hoe de voedingszorg tot stand zou moeten komen en waar de verantwoordelijkheden liggen voor de diverse stappen. Dit stappenplan geldt voor alle cliënten en is voldoende voor cliënten die geen voedingsprobleem hebben. Het plan start reeds bij het intakegesprek thuis of elders om de oorspronkelijke voedingsgewoonten, waaronder het gebruik van hulpmiddelen bij het eten en de ambiance, in kaart te brengen. Een voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger op schrift gestelde visie op zorg zou reeds bij een intakegesprek toegelicht kunnen worden. In deze visie zouden ook ethische aspecten rondom vocht- en voedseltoediening en vocht- en voedselweigeren betrokken kunnen worden.

Wanneer bij opname in het verpleeghuis geconstateerd wordt dat een cliënt een voedingsprobleem heeft, wordt de basis voedingszorglijn uitgebreid met Zorglijn 2 (hoofdstuk 3,

zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen). De projectgroep is van mening dat in het SAMPC-model dat veelal gebruikt wordt voor het opstellen en evalueren van het zorgplan, het onderwerp voeding meer transparant opgenomen zou moeten worden. Het SAMPC-model zou daartoe aangepast moeten worden. Een voorbeeld van een specifiek aangepast model is opgenomen in bijlage 2. In hoofdstuk 3 wordt het belang hiervan weergegeven. De zorglijn voor cliënten met voedingsproblemen is vooral gericht op ondervoeding, omdat overvoeding minder vaak voorkomt en de gezondheidsrisico's voor ouderen met overgewicht minder duidelijk zijn¹⁰.

De complexiteit van voedingsproblemen vraagt om een integrale, multidisciplinaire aanpak door de betrokken disciplines. Hoofdstuk 3 licht de verantwoordelijkheden toe die de diverse disciplines hebben in de aangegeven stappen van zorglijn 2. Ook hier staan de behoeften en wensen van de cliënt centraal. Maar ook wordt duidelijk gemaakt dat de cliënt een eigen verantwoordelijkheid heeft.

De zorglijnen 1 en 2 (respectievelijk hoofdstuk 2 en 3) verlopen beide cyclisch. Plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen zijn daarbij belangrijke aspecten.

Het is aan te bevelen een multidisciplinair voedingsbeleidsteam samen te stellen, met bevoegdheden tot advies, ontwikkeling, onderzoek en kwaliteitsbewaking. Een dergelijk team kan het vocht- en voedselbeleid voor de eigen instelling verder ontwikkelen en toetsen (zie bijlage 5);

Hoofdstuk 4 geeft aanbevelingen voor de implementatie van de richtlijn. Uitgangspunt hierbij is dat het een multidisciplinaire richtlijn is, opgesteld door een projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante beroepsgroepen, de cliëntenorganisatie en Arcare. Gezamenlijk dient men nu ook zorg te dragen voor een integrale toepassing van de richtlijn. Tenslotte wordt de richtlijn samengevat in hoofdstuk 5.

1.5 Afbakening

Deze richtlijn geeft handvatten waarmee verpleeghuizen intern beleid kunnen formuleren dat aansluit bij hun eigen zorgvisie en eigen intern kwaliteitssysteem. De diverse stappen of beslispunten binnen de twee zorglijnen kunnen verwijzen naar bestaande richtlijnen. Zo is in de richtlijn geen afzonderlijke richtlijn voor goede voeding voor de oudere mens opgenomen, omdat de Voedingsraad en de Gezondheidsraad^{11,12} deze reeds geformuleerd hebben. In hoofdstuk 2 wordt wel een vertaalslag gegeven van deze aanbevelingen van de Voedingsraad en de Gezondheidsraad; een vertaalslag van voedingsstoffen naar een aanbevolen voedselpakket voor verpleeghuisgeïndiceerden. Eveneens worden geen richtlijnen voor specifieke voedingen of diëten en voor problemen bij slikken of andere functiestoornissen gegeven. Hiervoor wordt verwezen naar bestaande richtlijnen en handboeken.

Voedingsbehoeften worden onder andere bepaald door lichaamsbeweging en sociale activiteiten. In deze richtlijn wordt weliswaar gewezen op het grote belang van dit soort activiteiten, maar professionele aanbevelingen hiervoor vallen buiten het kader van deze richtlijn.

De ethiek omtrent de vocht- en voedselvoorziening komt in deze richtlijn op enkele plaatsen aan de orde. Tot nu toe is daar weinig onderzoek naar gedaan¹³. Aanbevolen wordt om in de zorgvisie van de instelling normen en waarden op te nemen ten aanzien van vocht- en voedselvoorziening. Denk hierbij aan bijvoorbeeld de mensvisie van het verpleeghuis, de identiteit van het verpleeghuis, de visie op palliatieve en terminale zorg, de visie op voeding en dwang en de visie op het weigeren van voeding.

1.6 Bedrijfsmatige overwegingen

Arcares is, evenals de andere bij deze richtlijn betrokken organisaties, van mening dat het werken aan de hand van deze multidisciplinaire richtlijn niet per definitie extra geld hoeft te kosten. Het gaat namelijk voor een belangrijk deel om het optimaliseren van het huidige (zorg)proces en het anders gebruiken van de reeds beschikbare mogelijkheden, immaterieel, materieel en voor wat betreft de aanwezige deskundigheden. Wel zal bij de implementatie van deze richtlijn extra aandacht en tijd moeten worden geïnvesteerd. De hoeveelheid tijd hangt onder meer af van het bestaande beleid in een instelling.

1.7 Relatie met kwaliteitssystemen en benchmark

De richtlijn sluit aan bij diverse kwaliteitssystemen die in de sector worden gebruikt. Zo sluit de richtlijn aan bij het MIK-V, het door Arcares ontwikkelde kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Ook sluit de richtlijn aan bij het HKZ-schema voor verzorgingshuizen (zie bijlage 9).

Tevens zullen de betrokken beroepsgroepen de richtlijn opnemen in het kwaliteitssysteem van de beroepsgroepen.

Ook maakt de vocht- en voedselvoorziening deel uit van de benchmark die in de sector van de verpleeg- en verzorgingshuizen zal worden gehouden. Onderdeel van dat benchmarkinstrument is de cliëntenraadpleging, ontwikkeld door de stichting Cliënt & Kwaliteit. In deze cliëntenraadpleging komen zaken over de maaltijdvoorziening aan de orde, zoals 'ik krijg hier voldoende tijd om te eten', 'het eten is hier uitstekend' en 'het eten komt wel eens te koud op tafel'.

1.8 Verantwoording

Zoals eerder vermeld is deze multidisciplinaire richtlijn opgesteld door een projectgroep waarin Arcares en alle relevante beroepsgroepen, het instellingmanagement en de cliënten vertegenwoordigd waren. Daarnaast was het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO betrokken bij het project. Een begeleidingscommissie zag toe op de uitvoering van het project. In de begeleidingscommissie waren vertegenwoordigd zowel de hiervoor vermelde partijen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS en het Voedingscentrum.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Waar dit onvoldoende of afwezig was, zijn aanbevelingen gebaseerd op de ervaring of mening van deskundigen in de projectgroep. Relevante literatuur werd gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Literatuur vanaf 1980 kwam voor beoordeling

in aanmerking. Het betrof hier met name literatuur uit Europa, de Verenigde Staten en Canada. De zoekactie is beperkt tot Nederlandstalige, Engelstalige en Franstalige literatuur. In bijlage 3 treft u de toegepaste trefwoorden voor de literatuurresearch aan.

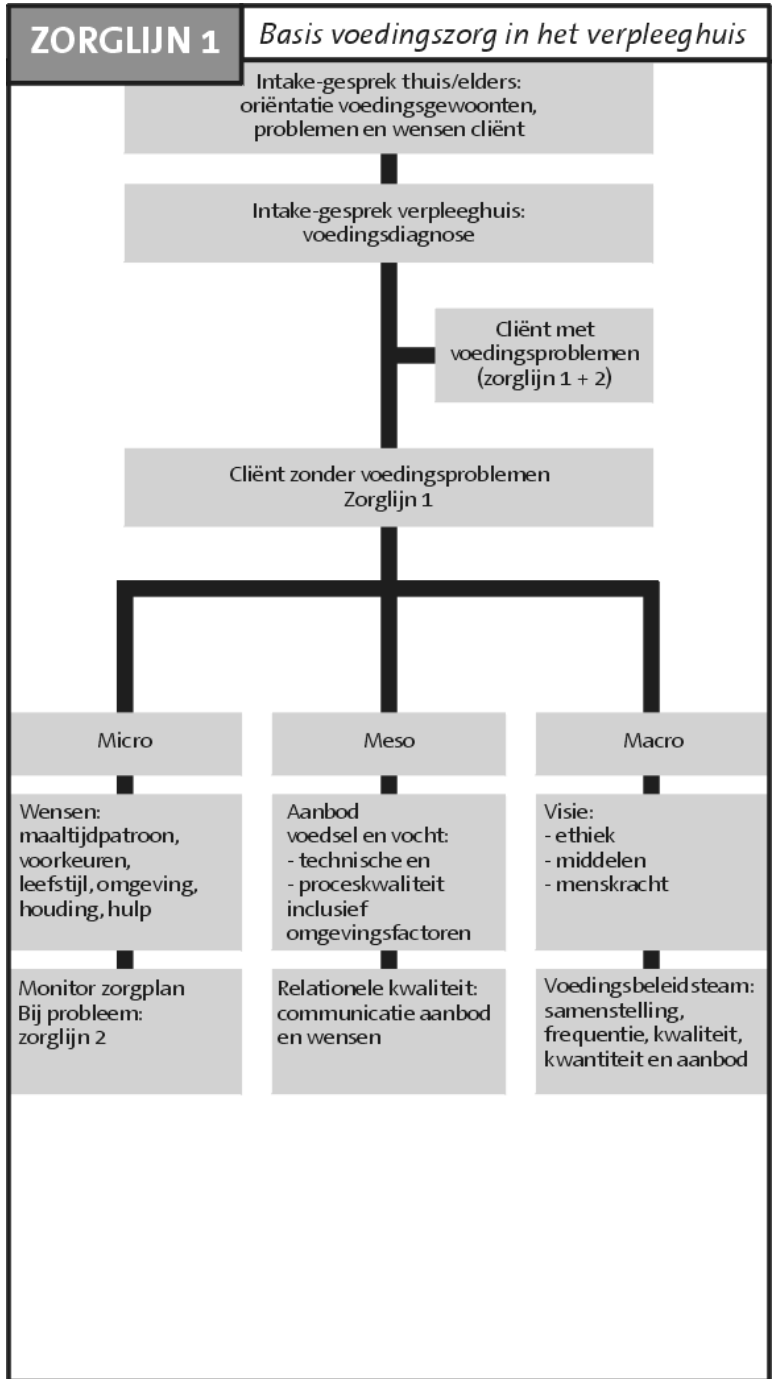
Er werd gezocht in Cinahl- en Cochranedatabases. Dit leverde een aantal referentielijsten op met totaal 163 artikelen. Er werden 60 artikelen geëxtraheerd uit de referentielijsten. Daarnaast werden persoonlijke archieven gebruikt. De na de selectie overgebleven artikelen staan vermeld in de literatuurlijst achter ieder hoofdstuk.

Gezien de reikwijdte van het begrip verantwoorde vocht- en voedselvoorziening en de daarmee samenhangende grootte van de projectgroep, werden drie subgroepen gevormd, die elk een bepaald aspect van het zorgproces behandelden: het micro-, meso- en macroniveau. Tijdens een hoorzitting met afgevaardigden van alle relevante beroepsgroepen, Arcares en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden is de conceptrichtlijn bediscussieerd, zowel op inhoud als op volledigheid en toepasbaarheid. Vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, het Voedingscentrum en de Beraadsgroep Voeding van de Gezondheidsraad waren als toehoorder aanwezig. De commentaren van de hoorzitting zijn meegenomen in deze richtlijn.

1.9 Referenties

1. Zorg voor vocht, voeding en incontinentiebeleid in verpleeghuizen, 1997, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rijswijk.
2. Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen: beleid en praktijk, 1999, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
3. Ruwaard D, Kramers PGN (redactie) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. RIVM Elsevier/ de Tijdsstroom, Maarssen 1997.
4. Berkhout AMM, Houten P van, Voedingsproblemen bij verpleeghuisbewoners door beperkingen in het functioneren. Ned. Tijdschr Geneesk 1995;209:213.
5. Berkhout AMM, Houwelingen JC van, Cools HJM. Verpleeghuispatiënten met een lager gewicht, grotere kans op overlijden. Ned. Tijdschr Geneesk 1997;141:2184-2188.
6. Verheul MA, Bokhorst MAE van, van der Schueren, Nieboer ME, Ondervoeding een onderschat probleem, Ned Tijdschr Diet 2000;55:6: 126- 130.
7. Mathey MFAM. Aging & Appetite. Social and physiological approaches in the elderly. Thesis 6 September 2000 Wageningen University.
8. Vanneste VCG, Het effect van sociaal-affectieve context van maaltijdvoorziening op de voedingstoestand en welbevinden van bewoners van een verpleeghuis. Tijdschr Verpleeghuisgeneesk 1999; (23)18-21.
9. Cools HJM. Voedingsmanagement door de verpleeghuisarts. Tijdschr voor Verpleeghuisgeneesk 1999;23:27-31.
10. Seidell JC, Visscher TLS. Body weight and weight change and their health implications for the elderly. Eur J Clin Nutr 2000;54,suppl 3:S33-S39.
11. Nederlandse Voedingsnormen 1989, Voedingsraad, Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag 1989.

12. Gezondheidsraad: Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, pantotheenzuur en biotine. Den Haag: Gezondheidsraad 2000; publicatie 2000/12.
13. Kruit A, Ribbe MW, Wal G van der. Afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht bij verpleeghuispatiënten in de laatste levensfase. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143(27):1401-1403.



2 : Zorglijn 1: basis voedingszorg

2.1 Inleiding

De multidisciplinaire richtlijn voor vocht- en voedselvoorziening bevat twee zorglijnen: *Zorglijn 1: basis voedingszorg* en *Zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen*. In dit hoofdstuk wordt ‘Zorglijn 1: basis voedingszorg’ toegelicht. Het gaat hierbij om basiszorg. Deze zorg is uitgangspunt voor alle cliënten, ook voor cliënten met voedingsproblemen. Voor mensen met voedingsproblemen is echter aanvullende zorg nodig. Daarvoor is ‘Zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen’ ontwikkeld. Hoofdstuk 3 gaat op deze tweede zorglijn in.

2.2 Vastleggen in beleid

‘Zorglijn 1: basis voedingszorg’ is bestemd voor oudere mensen met een verpleeghuisindicatie die géén voedingsproblemen hebben, maar dient ook als basiszorg voor mensen die wel voedingsproblemen hebben. Zorglijn 1 dient te passen in de zorgvisie van een instelling. Hiervoor dienen uitgangspunten geformuleerd te worden. In deze uitgangspunten wordt, in overleg met de cliëntenraad, het cliëntenperspectief expliciet geformuleerd. Zoals ook in hoofdstuk 1 is aangegeven, vormt de wens van de cliënt met betrekking tot de behoefte aan vocht en voedsel in soort, smaak, hoeveelheid, omgeving en tijd, het uitgangspunt voor het aanbod van de instelling. De autonomie van de cliënt dient daarbij ten volle gerespecteerd te worden. Randvoorwaarde is, dat de cliënt een voeding kan samenstellen en nuttigen die voldoet aan:

- De Richtlijnen Goede Voeding^{1,2,3} en de eisen die gesteld worden aan het te volgen dieet;
- De wettelijke eisen op het gebied van hygiëne, milieu en arbeidsomstandigheden (zie bijlage 1);
- De beschikbare middelen (outillage, personeel, budget).

Een verantwoord vocht- en voedselbeleid in de organisatie is faciliterend voor het welbevinden van de cliënt, voor het voorkomen van problemen en voor het implementeren en naleven van protocollen en richtlijnen⁴⁻⁶.

Wanneer een instelling een uitgesproken visie heeft op de ethiek rond de vocht- en voedselvoorziening, is het wenselijk deze bij het intakegesprek aan de cliënt en/of vertegenwoordiger duidelijk te maken.

Het beleid voor de vocht- en voedselvoorziening dient op verschillende niveaus in de organisatie verankerd te worden: op micro-, meso- en macroniveau. Beleid op microniveau is voor de individuele cliënt, beleid op mesoniveau gaat over de zorg- en dienstverlening op de verschillende afdelingen of onderdelen van de instelling en beleid op macroniveau betreft de voorwaarden en faciliteiten in de gehele instelling.

Het vocht- en voedselbeleid is een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de instelling. Het kwaliteitsbeleid van de instelling dient volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen cliëntgericht te zijn en afgestemd te worden op de reële behoefte van de cliënt. Het is belangrijk dat de instelling een definitie en praktische vertaling van deze begrippen opneemt in haar zorgvisie.

Als de verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis wordt gegeven, in een andere zorgsetting, dan zal het beleid ten aanzien van vocht- en voedselvoorziening voor de cliënten bepaald worden door die betreffende instelling. Het verpleeghuis kan daarbij advies en ondersteuning geven. Bij verpleeghuiszorg in de thuissituatie blijft de rol van het verpleeghuis ten aanzien van vocht en voedsel beperkt tot advies⁷⁻⁹. Het onderwerp vocht en voedsel zal echter ook in de thuissituatie een vaste plek moeten krijgen binnen het zorgplan.

De beslisboomstructuur aan het begin van dit hoofdstuk toont de aandachtspunten voor de zorglijn ‘basis voedingszorg’, op micro-, meso- en macroniveau. De aandachtspunten in de basiszorg op micro-, meso- en macroniveau worden in dit hoofdstuk besproken volgens deze zorglijn.

2.3 Microniveau: de wensen en behoeften van de cliënt

Het vocht- en voedselbeleid op microniveau gaat over de individuele cliënt. De aandachtspunten in de basiszorg op microniveau hebben dan ook betrekking op de wensen en behoeften van de cliënt.

2.3.1 Observatie vóór opname

De wensen en behoeften van de cliënt kunnen al tijdens het intakegesprek (bij de cliënt thuis of elders) worden geïnventariseerd. Tijdens dit eerste observatiemoment kan bijvoorbeeld de maatschappelijk werkende vragen stellen over o.a. eetlust, maaltijdpatroon, speciale wensen, gewoonten en maaltijdgeving (ambiance). Voorbeelden van vragen die gesteld zouden kunnen worden, zijn: ‘wie verzorgt tot nu toe de maaltijden’, ‘hoeveel maaltijden eet u en wat eet u in de regel per maaltijd’, ‘op welke tijden bent u gewend te eten’ en ‘waar eet u meestal en met wie?’

2.3.2 Screening voedingstoestand en voedingsdiagnose

De gegevens die het intakegesprek oplevert, worden opgenomen in het dossier van de cliënt en zijn daardoor bekend op het moment van opname in het verpleeghuis. Deze gegevens worden bij het screenen van de voedingstoestand verder uitgewerkt. Voor deze screening kunnen gevalideerde instrumenten gebruikt worden die ontwikkeld zijn voor het stellen van de voedingsdiagnose door de verpleeghuisarts en/of diëtist¹⁰⁻¹³. Een van deze instrumenten is de screeningslijst (zie bijlage 6). Deze screening van de voedingstoestand kan ook thuis of elders plaatsvinden, indien de verpleeghuisgeïndiceerde niet in het verpleeghuis is opgenomen.

Items die van belang zijn voor de individuele voedingszorg zijn onder andere:

- Zoeken naar mogelijkheden om de maaltijdvoorziening van het verpleeghuis aan te passen aan de wensen van de cliënt;
- Andere voedingsgewoonten, waarbij gedacht wordt aan de ambiance (wel of niet op bed eten), gebruik van bestek, gebruik van specifieke tussendoortjes, dieet, vegetarische voeding of gebruik van ecologisch geproduceerd voedsel;

- Voedingwensen, die al dan niet aangepast worden aan richtlijnen voor een adequate voeding;
- Wensen voor hulpmiddelen bij het eten;
- Gewichtshistorie en monitoren van het gewicht (zie hoofdstuk 3);
- Slechte eetlust: het is belangrijk voor een verzorgende of verpleegkundige om te weten of een slechte eetlust is ontstaan voor of na opname in het verpleeghuis. Bij deze twee situaties zal de oorzaak van een slechte eetlust veelal verschillen met als gevolg dat een adequate aanpak ook anders zal zijn¹⁴.
- Stimuleren van lichaamsbeweging en sociale activiteiten.

2.3.3 Weegbeleid

De voedingsdiagnose maakt duidelijk of er op medische of sociale gronden sprake is van een voedingsprobleem. Van essentieel belang is hierbij de meting van het lichaamsgewicht zoals is vastgelegd in het weegbeleid van de instelling. Wetenschappelijke gegevens over de frequentie van de gewichtsmeting ontbreken. Een reële frequentie lijkt eenmaal per drie maanden te zijn. Op indicatie kan dit vaker geschieden¹⁵. Daarvoor moet in de instelling een duidelijk weegbeleid zijn vastgesteld. Voor slecht of niet mobiele cliënten zijn adequate en aangepaste weeginstrumenten beschikbaar (weegstoelen, rolstoelweegschalen etc.).

Naast het verzamelen van informatie over het gewichtsverloop voor opname, moet de cliënt standaard bij opname gewogen worden. Vervolgens dient dit wegen met regelmaat herhaald te worden.

2.3.4 Communicatie

Wanneer er geen probleem met de voedingstoestand van de cliënt is, worden de wensen en gewoonten door de daarvoor verantwoordelijke verzorgende c.q. verpleegkundige met de cliënt besproken en vastgelegd. Indien nodig gebeurt dit samen met de familie of de vertegenwoordiger van de cliënt. Ook bij het normale vocht- en voedselgebruik is een directe en goede communicatie met de voedingsdienst van groot belang. Het gaat hier immers veelal om een langdurig verblijf van een uit voedingsoogpunt kwetsbare groep cliënten. Uit een recent verschenen proefschrift komen duidelijke aanwijzingen dat aanpassingen van dagritme, smaak en ambiance aan de behoefte van de cliënt een positief effect hebben op de voedingstoestand van cliënten met een verpleeghuisindicatie¹⁴. Hierbij dient opgemerkt te worden dat in dit hele zorgproces de cliënt een eigen verantwoordelijkheid heeft tot actieve participatie. Voor de cliënt, en in het bijzonder de wilsonbekwame cliënt, is het belangrijk de familie en of de vertegenwoordiger te betrekken bij dit zorgproces. Ook daar waar het gaat om dranken en voedingsmiddelen die meegebracht worden.

2.3.5 Observatie

Om zoveel mogelijk aan de wensen en behoeften van een cliënt tegemoet te komen, dient rekening gehouden te worden met uitgesproken en onuitgesproken wensen. Bovendien kan bij een uitgesproken wens of klacht een achterliggend probleem aanwezig zijn, dat niet direct aan de voeding gerelateerd is¹⁶.

Om achter de werkelijke voedingswensen en behoeften te komen, zal gerichte observatie een belangrijk aspect zijn van de totale voedingszorg. Vanuit de verantwoordelijkheid voor het bewaken en ondersteunen van de voedings situatie van de individuele cliënt gedurende de dag en de nacht, speelt de directe verzorgende of verpleegkundige van de cliënt een zeer belangrijke rol. Goede handvatten zoals een observatiekaart, scholing en een duidelijke zorglijn, zijn voor een dergelijke observatie belangrijke voorwaarden om tot een goede voedingszorg te komen¹⁷.

2.3.6 Observatiekaart

Het is aan te bevelen om een ‘observatiekaart vocht en voedsel’ te gebruiken, bestemd voor de direct verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige. In deze paragraaf staat een voorbeeld van een dergelijke observatiekaart. De kaart bevat enkele korte vragen die een verzorgende/verpleegkundige wijzen op een voedingsprobleem en waar de mogelijke oorzaak kan liggen¹⁰.

Voorbeeld observatiekaart vocht en voedsel

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Is er sprake van gewichtsverandering? ¹⁶ |
| Is er sprake van minder/geen zin in eten? ¹⁷ |
| Meer dan 10 dagen gebruik van vloeibare voeding? ^{9,10} |
| Zijn er praktische problemen waardoor eten niet of onvoldoende lukt (zit/lighouding, gebitproblemen)? ^{9,11} |
| Wordt minder dan 8 x per dag een kop of beker vocht gebruikt? ¹³ |
| Is er sprake van heimwee/verdriet of andere sociale deprivatie of problemen? |
| Is het ontlastingspatroon veranderd (diarree/obstipatie)? |
| Is er sprake van een bijkomende ziekte? |
| Zijn er problemen met de mondhygiëne? |

Actie verzorgende/verpleegkundige

Bij een vermoeden van een probleem in de vocht- en voedselvoorziening/-consumptie spreekt de verzorgende/verpleegkundige met zijn/haar collega's af om:

- *Gedurende 5 dagen te rapporteren in het zorgdossier aan de hand van de items genoemd op de observatiekaart.*
 - *Tevens 2 dagen bij te houden wat cliënt eet en drinkt.*
 - *Na 5 dagen te evalueren en een plan te bepalen in overleg met arts en/of diëtist.*
 - *Proberen oorzaak te achterhalen, in kaart te brengen en op te lossen (eventueel met familie, collega's, diëtist en arts).*
 - *Wanneer een plan is gemaakt en uitgevoerd: afspraak maken op welke termijn de observatie wordt herhaald om te evalueren en eventueel weer actie te ondernemen.*
-

2.4 Mesoniveau: aanbod vocht en voedsel

Het vocht- en voedselbeleid op mesoniveau gaat over de zorg- en dienstverlening op de verschillende afdelingen of op onderdelen van de instelling. De aandachtspunten in de basiszorg op mesoniveau hebben betrekking op het aanbod van vocht en voedsel. Het hoofd voedingsdienst of de facilitair manager is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het vocht en voedsel. Deze voorziening moet uiteraard gerealiseerd worden binnen de grenzen van wat voedingskundig verantwoord, maatschappelijk aanvaardbaar en financieel haalbaar is.

2.4.1 Kwaliteit

Kwaliteit is een ruim begrip. Bij vocht en voedsel denkt men dikwijls aan de voedingswaarde en de organoleptische eigenschappen van voedsel en drank, zoals temperatuur, smaak, geur, kleur en consistentie. Maar onder het begrip kwaliteit vallen ook technische, proces- en relationele kwaliteit. Deze begrippen worden hieronder verder uitgewerkt.

2.4.2 Technische kwaliteit

Technische kwaliteit is de kwaliteit van het eindproduct, de maaltijd in dit geval. Voorbeelden hiervan zijn de samenstelling, de portiegrootte, de consistentie van de gerechten, de herkenbaarheid van gerechten en de veiligheid. Dit alles onder invloed van een juiste receptuur, een goed menuplan met als basis de Richtlijnen Goede Voeding¹ en geënt op de individuele behoefte van de cliënt. Concreet betekent dit drie aandachtspunten: samenstelling van de voeding, voedselveiligheid en sensorische kwaliteit.

Samenstelling van de voeding

Uitgangspunt is het menuplan. De eisen aan een goed menuplan worden omschreven in de menuleer, de voedingsleer en de dieetleer^{1-3,18}. Cliënten met een verpleeghuisindicatie hebben dikwijls een lage energetische behoefte. In deze paragraaf wordt een voorbeeld gegeven van het soort en de hoeveelheid voedingsmiddelen die in een laag energetische voeding (<1500 Kcal of 6.3 MJ) een adequate inneming van essentiële voedingsstoffen garanderen^{19,20}. Hieruit blijkt dat er dan weinig ruimte is voor 'sociale' voedingsmiddelen, zoals cake en dergelijke.

Om het menuplan klantgericht te maken, is het belangrijk eisen te stellen aan het aantal maaltijden (minimaal 3) en het soort maaltijden (hoofd en tussenmaaltijden), duur van de maaltijden (minimaal 20 tot 30 minuten)²¹, beschikbaarheid van dranken gedurende de dag, verstrekkingseenheden en portiegrootte, maar ook aan recepturen.

Wanneer er ook nog rekening gehouden wordt met bijvoorbeeld suiker en melk in de koffie, koekjes en andere tussendoortjes, komt daar nog ongeveer 1,3 MJ bij. Hiermee wordt de aanbevolen energie van de Gezondheidsraad niet gehaald. Echter de verpleeghuisgeïndiceerden hebben een veel lagere energiebesteding dan de doorsnee gezonde populatie, waar de Gezondheidsraad van uit gaat.

Adequate voeding voor ouderen

Onderstaand schema geeft een overzicht van hoe een volwaardige voeding er voor een oudere (>70jaar) uit zou kunnen zien om in alle voedingsstoffen te voorzien.

Adequate voeding voor ouderen

Dagelijks

| | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Brood | 4 snee (140g) |
| Margarine | op iedere boterham (5g per snee) |
| Beleg | 2x hartig (1 snee kaas = 20g en 1 plak vleeswaren = 15 g) en 2x zoetbeleg |
| Fruit | 2 stuks of 250 ml vruchtensap |
| Melkproducten | 3 glazen à 150 ml |
| Aardappelen | 2 stuks (100g) of 1 opscheplepel rijst/pasta (50g) * |
| Groente | 2-3 opscheplepels (100-150g)* |
| Vlees | 1 stukje vlees, vis of kip (75g)*, vleesvervanging (100g tempé en tahoe) of 2 eieren of 75g bonen* of 70 g kaas |
| Jus | 1 juslepel (15 ml)* |
| Toetje | 1 schaalpje (125 ml) |
| Vocht | 10 kopjes koffie/thee/water/limonade/frisdrank e.d. (10x 125ml) |
| Vitamine D | supplement van 5 tot 10 mcg |

** bereide producten*

In het volgende overzicht is bovenstaand voedingspatroon omgerekend in nutriënten met behulp van NEVO-tabel 1996.

| | Adequate voeding (brood) | Adequate voeding (pap) | Aanbevelingen |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Energie | 1450 kcal (6,1MJ) | 1400 kcal (5,8 MJ) | Vrouwen; 7,8/8,2 MJ; |
| Bij vleesvervangng | 1500 kcal (6,3 MJ) | 1450 kca (6,1 MJ) | Mannen: 8,8/10,1 MJ ** |
| Eiwit | 75g eiwit (20en%) | 75 g eiwit (21 en%) | 52-56g ** |
| Bij vleesvervangng | 65g eiwit (17 en%) | 65 g eiwit (20en%) | |
| Vet | 55g vet (34en%) | 45g vet (29 en%) | 30-35 en% ** |
| Bij vleesvervangng | 65g vet (39en%) | 55g vet (34en%) | |
| Koolhydraten | 165g Kh (46 en%) | 180g Kh (50en%) | 55 en% ** |
| Bij vleesvervangng | 170g Kh (44 en%) | 185g Kh (46 en%) | |
| Calcium | 1290 mg | 1500 mg | 1,2 * |
| Bij vleesvervangng | 1340 mg | 1550 mg | |
| IJzer | 9,8 mg | 6,7 mg | Vrouwen : 8 mg, |
| Bij vleesvervangng | 10,8 mg | 7,7 mg | Mannen: 9 mg ** |
| Vit B1 | 1,1 mg | 1,2 mg | 1,1 mg * |
| Bij vleesvervangng | 0,9 mg | 1,0 mg | |
| Vit. B2 | 1,6 mg | 2,3 mg | Vrouwen : 1,1 mg * |
| Bij vleesvervangng | 1,8 mg | 2,5 mg | Mannen: 1,5 mg * |
| Vit. C | 80 mg | 90 mg | 70 mg ** |
| Vit. D (excl.supplementen) | 2,5 mcg | Ca. 2,5 mcg | 10-15 mcg * |

Bronnen: * Voedingsnormen:calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, pathoteenzuur en biotine. Gezondheidsraad, Den Haag 2000.

** Voeding voor de oudere mens 1995; 'Voedingsraad; advies voeding van de oudere mens', Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag 1995.

Vocht

Uit literatuuronderzoek blijkt dat gezonde ouderen gemiddeld ongeveer 2100 ml vocht per dag gebruiken. Dit is in principe niet minder dan de vochtinname van jonge volwassenen²². Een en ander neemt echter niet weg dat een aanzienlijk aantal gezonde ouderen de aanbevoelen hoeveelheid van 1700 ml/dag niet haalt²³. In het algemeen geldt dat de vochtbehoefte op 1 ml/ kcal energie gesteld mag worden. In sommige toestanden van stress is de energiebehoefte groter en daarmee ook de behoefte aan vocht.

Verpleeghuisgeïndiceerde cliënten blijken in de praktijk beduidend minder drinken^{24,25}. Beschreven is een gemiddelde inname van 1100 ml, met een spreiding van 500 ml tot 1300 ml²⁵.

Verpleeghuiscliënten met een verminderde cognitie, met ADL-beperkingen of met urine-incontinentie blijken duidelijk minder vocht tot zich te nemen dan cliënten zonder deze problemen²⁵. Er is echter vooralsnog geen aanleiding om te veronderstellen dat een verpleeghuiscliënt op voorhand minder vocht nodig heeft. Op basis van de 1ml/kcal-regel mag uitgegaan worden van een normale dagelijkse vochtbehoefte van 1500 tot 2000ml.

Voedselveiligheid

Maatregelen voor veilige maaltijden, verstrekkingen en dranken dient de instelling vast te leggen en te borgen in een hygiëneplan. Dit plan moet operationeel zijn op de werkvloer.

Sensorische kwaliteit

De sensorische kwaliteit omvat alle met de zintuigen waar te nemen aspecten. De sensorische kwaliteit dient regelmatig geëvalueerd te worden. Er zijn meetinstrumenten van zowel objectieve als subjectieve aard. Een objectief meetinstrument is bijvoorbeeld de temperatuur of de consistentie.

Onder subjectieve kwaliteit wordt verstaan smaak, geur, textuur en andere sensorische aspecten^{26,27}.

2.4.3 Proceskwaliteit

Proceskwaliteit gaat over de kwaliteit van het totale proces: van de aankoop van de voedingsmiddelen tot aan het serveren van de maaltijd. De proceskwaliteit begint bij de behoeftebepaling van de cliënt. Op basis hiervan worden de deelprocessen georganiseerd, zoals inkoop/bestellen en bereiding. De kwaliteit van het gehele voedingsverzorgingsproces wordt bepaald door de kwaliteitsmaatregelen in de verschillende deelprocessen.

In de praktijk betekent dit dat het totale proces kan worden bekeken door het analyseren van de volgende deelprocessen:

1. Behoeftebepaling van de cliënt.
2. De verschillende deelprocessen in kaart brengen, zoals het inkopen van de goederen en/of maaltijden, het tijdelijk bewaren - gekoeld of ongekoeld - van de afgeleverde goederen, het bereiden van gerechten, het transporteren van de maaltijden naar de consumptieplaatsen.
3. Per deelproces de belangrijke risicovolle en kritische beheerspunten aangeven, zoals de temperatuur van koude en warme gerechten.
4. Tenslotte wordt afgesproken hoe deze kritische punten in elk deelproces worden beheerst.

Periodiek worden deze deelprocessen geëvalueerd, bijvoorbeeld eens per half jaar. Hiermee worden de processen op de lange termijn geborgd.

Het is aan te bevelen om protocollen op te stellen en deze te gebruiken bij het ontwikkelen en faciliteren van bovenstaande punten. Dit maakt de procesanalyse transparant.

2.4.4 Relationale kwaliteit

Relationele kwaliteit heeft betrekking op de dienstverlening. Vele instellingen benoemen deze relationele kwaliteit in termen als 'zorg op maat' of 'zorg zoals u wenst'²⁸. Zorg op maat kan per individu verschillen. Het is dus nodig om in samenspraak met cliënt en verzorging én tijdens het multidisciplinair overleg vast te stellen wat de benodigde en gewenste voedingszorg is. Op mesoniveau kan door middel van huiskamergesprekken met de cliënten gesproken worden over de wensen en ervaringen met de vocht- en voedselvoorziening

en de ambiance. Daarbij is het zorgmanagement verantwoordelijk voor het inpassen van de vocht- en voedselvoorziening (de maaltijden) in de totale 24-uurszorg. Men moet niet à priori uitgaan van de onmogelijkheden, maar juist van de mogelijkheden. Daarbij moeten de grenzen van de maximale zorg door het mesoniveau aangegeven worden. Hierbij kan snel een spanningsveld ontstaan, waarbij een goede communicatiestructuur veel problemen kan voorkomen.

Bij zorg op maat kan men flexibel zijn door:

- Wensen ten aanzien van zelf kopen en bereiden zoveel mogelijk in acht te nemen;
- Keuzes in de locatie van consumptie te bieden (restaurant, eetkamer, eigen kamer);
- De grootte van de porties en verhoudingen tussen de maaltijdcomponenten te laten variëren (indien wenselijk);
- In te spelen op de wensen ten aanzien van het gebruik van vocht bij maaltijden (bijvoorbeeld een glas wijn);
- Maaltijden op wisselende en voldoende tijdstippen aan te bieden met mogelijkheid tot keuze van tijd van eten;
- Zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren bij verschillende aspecten van het eten;
- Bij menuplanning rekening te houden met diverse culturen;
- Eetlustbevorderende maatregelen te nemen en in rust toe te werken naar de maaltijd;
- Budgettaire afspraken te maken over extra voorzieningen.

Voorts zijn ambiance en presentatie van maaltijden belangrijke punten in de voedingszorg. Hotelmatig kan een aantal maatregelen worden getroffen, zoals bijvoorbeeld^{21,26-28}:

- Serviesgoed en bestek geënt op de doelgroep (bijvoorbeeld tafel dekken met deksets op schalen);
- Keuze in de tafelenoten (eten met ‘gelijkgestemden’);
- Aankleding van de eetgelegenheid;
- Wisselend aanbod van toevoegingen aan de maaltijd (bijvoorbeeld nootmuskaat of andere kruiden, speciale sausen (onder andere soja) of geraspte kaas);
- Gezellig opdienen van voedsel en drank;
- Sfeer zoals rust, de plaats van de eettafel in de ruimte en de plaats waar de cliënt aan tafel zit (mede-eters).

Het management dient voor cliënten en personeel flexibele mogelijkheden te bieden om boven beschreven zorg op maat te kunnen realiseren.

2.4.5 Zorgbeleid per cliëntengroep

Om de gevraagde diensten zo efficiënt mogelijk te kunnen leveren, kan een verpleeghuis zorgbeleid ontwikkelen voor diverse cliëntengroepen.

Hierbij kan gedacht worden aan²⁹:

- Cliënten voor wie boodschappen doen en koken een meerwaarde hebben bij het instandhouden van een normaal dagritme. Zij worden daarom zoveel mogelijk ingeschakeld bij deze diensten.

- Cliënten die in een multifunctionele ruimte dikwijls gezamenlijk de maaltijd gebruiken.
- Cultuurgebonden bewonersgroepen, die op grond van diversiteit in dagritme, voedselkeuze en andere aspecten van de voedingscultuur speciale aandacht vragen.
- Bedlegerige cliënten, die veelal specifieke zorg nodig hebben.

2.5 Macroniveau: faciliteren en kwaliteit bewaken

Het vocht- en voedselbeleid op macroniveau betreft de voorwaarden en faciliteiten van de gehele instelling. Aandachtspunt daarbij is, dat het management voorwaarden schept voor een verantwoord vocht- en voedselbeleid en de kwaliteit hiervan bewaakt. Het is van belang om daarbij aan te sluiten bij datgene wat reeds in dit kader is ontwikkeld, zoals het MIK-V, HKZ-schema verzorgingshuizen en de HACCP.

2.5.1 Verankering in organisatie en beleid

Het invoeren van een richtlijn voor een verantwoord vocht- en voedselbeleid kan pas succesvol zijn wanneer deze wordt ingebed in de cultuur en structuur van de organisatie en een plaats krijgt in het (kwaliteits)beleid.

Het integraal benaderen van de vocht- en voedselvoorziening kan worden bevorderd door het inhoudelijk en organisatorisch afstemmen van alle facetten van de vocht- en voedselvoorziening op het totale beleid van zorg, activiteiten en dienstverlening.

2.5.2 Verantwoord beleid

Om tot een verantwoord vocht- en voedselbeleid te komen, dient het management de daarvoor noodzakelijke middelen vrij te maken. Daarnaast spelen zowel wettelijke aandachtspunten als onderstaande aanbevelingen een rol bij het tot stand brengen van een verantwoord vocht- en voedselbeleid.

Wettelijke aandachtspunten (zie bijlage 1):

- De cliëntenraad heeft op basis van de WMCZ verwaard adviesrecht op het gebied van voedingsaangelegenheden. Daarom is het bij de implementatie van de richtlijn van belang om de cliëntenraad vanaf het begin bij het proces te betrekken. Bijvoorbeeld door deelname aan de groep die zorgt voor de implementatie van de richtlijn (bijvoorbeeld een stuurgroep implementatie richtlijn of een voedingsbeleidsteam, zie ook hoofdstuk 4) of door regelmatig terugkerend overleg tussen cliëntenraad en bijvoorbeeld menucommissie, voedingsbeleidsteam en klachtencommissie te laten plaatsvinden;
- Helderheid over de standaard- en extra verstrekkingen die door de instelling geboden worden, ook over een eventuele eigen bijdrage (WMCZ);
- Heldere informatie aan cliënten, familie of de vertegenwoordiger over alle relevante facetten van het beleid (WGBO);
- Voldoende expertise in de instelling met betrekking tot de zorg, de dienstverlening en de voeding (wet BIG en Kwaliteitswet);

- Voldoende bekendheid met en naleving van de HACCP-richtlijnen (HACCP);
- Het hebben van een klachtenregeling (WKCZ).

Aanbevelingen voor het management³⁰⁻³²:

- Leg in een document vast wat de visie is op het vocht- en voedselbeleid van de instelling en hoe deze verankerd is in het zorgproces;
- Ondersteun de medewerkers in het (kunnen) realiseren van een cliënt- en vraaggericht beleid met betrekking tot vocht en voedsel;
- Neem het beleid met betrekking tot vocht- en voedselvoorziening op in het opleidingsbeleid (bij- en nascholing) van de instelling;
- Stel een multidisciplinair voedingsbeleidsteam in met bevoegdheden tot advies, ontwikkeling, onderzoek en kwaliteitsbewaking (zie bijlage 5);
- Maak een flexibele organisatie die kan inspringen op de individuele wensen en algemene ontwikkelingen in de vraag naar een verantwoord kwaliteitsproduct;
- Denk aan multiculturele wensen en gewoontes;
- Bied ruimtelijke en inhoudelijke faciliteiten voor de cliënten en de familie voor het realiseren van keuzemogelijkheden;
- Faciliteer de mogelijkheden voor informele hulp (familie, vrienden en vrijwilligers) bij de voorziening van vocht en voedsel en informeer deze over de zaken die afgesproken zijn met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger;
- Bied bij extramurale verpleeghuiszorg faciliteiten aan op het gebied van vocht en voedsel.

2.5.3 Evalueren en bijsturen

Alle niveaus in de organisatie dienen tijdig signalen voor verbetering door te geven aan de betrokken manager(s) en het voedingsbeleidsteam.

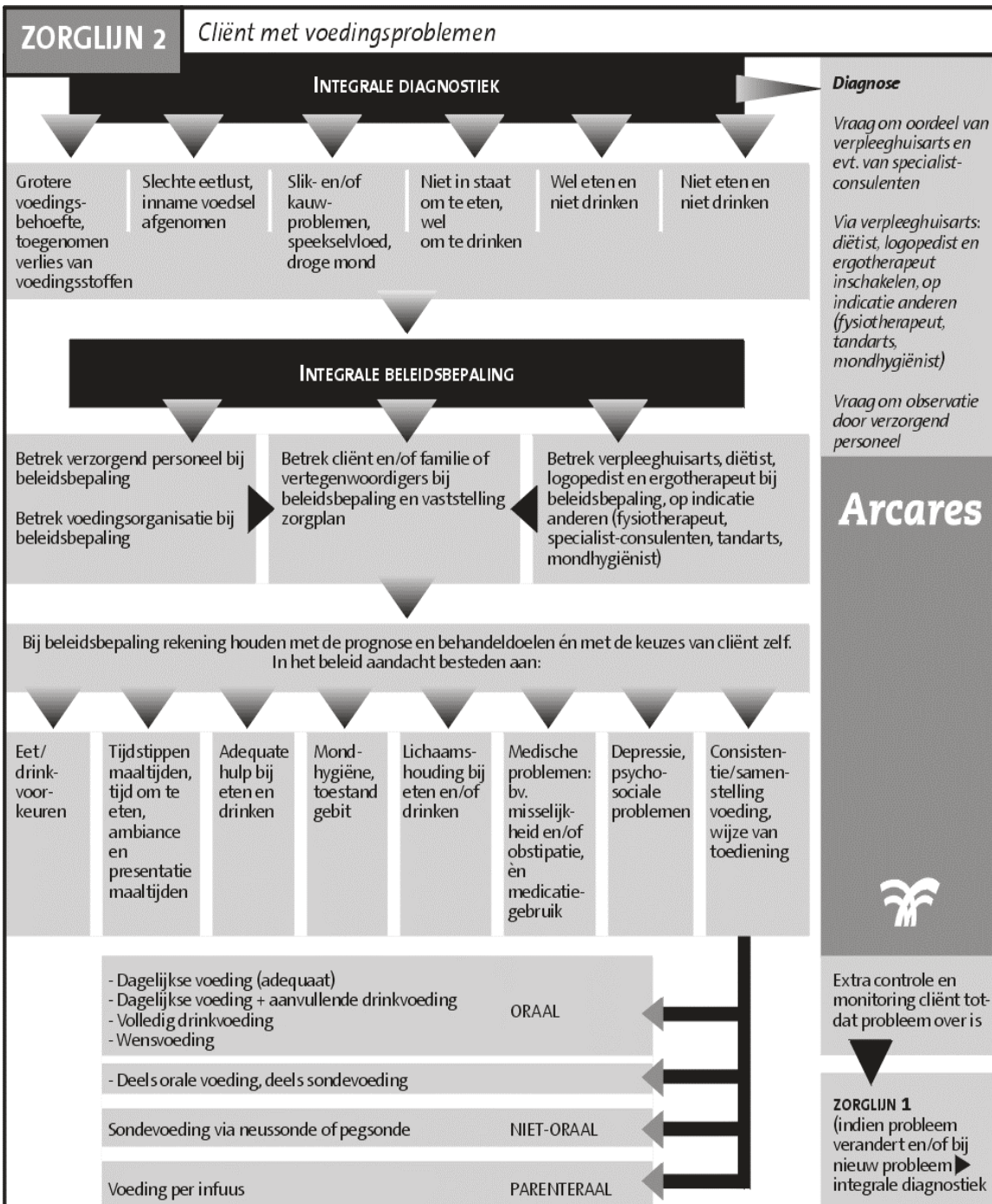
Tenminste jaarlijks moet worden nagegaan of de diverse stappen in deze zorglijn naar wens worden uitgevoerd, of de invulling actueel is en of de cliënt tevreden is. Initiatief hiertoe kan genomen worden door een multidisciplinair voedingsbeleidsteam.

2.6 Referenties

1. Advies Richtlijnen Goede Voeding, Voedingsraad, Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag 1986.
2. Nederlandse Voedingsnormen 1989, Voedingsraad, Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag 1989.
3. Gezondheidsraad: Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, pantotheenzuur en biotine. Den Haag: Gezondheidsraad 2000; publicatie 2000/12.
4. Loftus-Hills A, Duff L 1997. Implementation of nutrition standards for older adults. Nursing Standard 11;44:33-37.
5. Leif I, Solberg MD 2000. Guideline Implementation: What the Literature doesn't tell us. Journal on Quality Improvement volume 26 number 9.

6. a NAGE Taking steps to tackle eating problems. Published by British Dietetic Association, Birmingham, 1994.
7. O'Brien JL et al 1995. An integrative model for organization-wide quality improvement: Lessons from the field. *Qual Manage Health Care* 3(4):19-30.
8. LeMay A. 1996. Nutrition in Ford P. and Heat H. (EDS). *Older People and nursing issues of living in a care home*, London.
9. Bond S 1997. *Eating Matters. A guide for improving dietary care in hospitals*. University of Newcastle.
10. Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ and the Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. *J Ger Med Sc* 2000;55A:M725-M734.
11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and research in gerontology* 1994;suppl. 2:15-32.
12. Prompers JL, Lier EA van, Wit LM de, Lagaay AM, Hoeve R van der, Redel AW, Groot CPGM de, Staveren WA van. Een screeningslijst, een goede en geschikte methode voor gebruik in verpleeghuizen? *Ned Tijdschr Diëtisten* 1997;52(5):86-92.
13. Olde Rikkert MGM, Dieke HC, Maalderink J et al. Registratie van de vochtinname bij geriatrische patiënten in de kliniek. *NTVD* 1997;52:52-57.
14. Mathey MFAM. *Aging & Appetite. Social and physiological approaches in the elderly*. Thesis 6 September 2000 Wageningen University.
15. Berkhout, AMM. Verloop lichaamsgewicht geeft indruk van voedingstoestand. *Voeding* 1998;59 (5):17-19.
16. Ort S van, Phillips LR. Nursing interventions to promote functional feeding. *J of Gerontological Nursing* 1995;21:6-14.
17. Berkhout AMM. Weight changes in Dutch nursing home patients. Thesis 8 May 1996 University of Leiden.
18. CWT 1998. *Catering for older people in residential accommodation: Menu planner*, London, Caroline Walker Trust.
19. Wielen RP van der, Wild G, Groot CPGM de, Hoefnagels WHL, Staveren WA van. Dietary intakes of energy and water soluble vitamins in different categories of aging. *J Gerontol* 1996;51a:B100-107.
20. Staveren WA van, Groot CPGM de. Veranderingen in de energiebehoefte van ouderen: een veelvoorkomende oorzaak van voedingstekorten en fragiliteit. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(44):2400-2404.
21. Verantwoorde zorg 'Referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewoners optiek', LOC rapport 1999.
22. Bastiaansen WCM, Kroot LAJ. Hoeveel vocht gebruiken gezonde oude mensen? Een literatuurstudie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000; 31: 27-30.
23. Haveman-Nies A, Groot L de, Staveren W van. Fluid intake of elderly Europeans. *J Nutrit health Aging* 1997; 1: 151-5.

24. Löwik MRH, Schneijder PFACN, Hulshof KFAM, Kistemaker C, Sleutel L, Houten P van. Institutionalized elderly women have lower food intake than those living more independently. *J Am Coll Nutr* 1992; 4: 432-40.
25. Armstrong-Esther CA, Browne KD, Armstrong-Esther DC, Sander L. The institutionalized elderly: dry to the bone. *Int J Nursing studies* 1996; 33: 619-28
26. DOH 1988. Raw shell eggs, EL (88) P136. London. HMSO.
27. Counsel and Care 1997. *Appetite for life*, London.
28. Stonerook AL. (e.a) Education and certification influence the nutrition and management knowledge of long-term-care foodservice managers. *Journal of American Dietetic Association* 1999.
29. Oosten H van. *Visie Voedingscentrum*.
30. Steen B. Practical aspects of nutrition of the elderly in institutions. *Nutrition of the Elderly*. New York, NY Raven Press 1995;295-302.
31. Position of the American Dietetic Association: Nutrition, aging and the continuum of care. *Journal of the American Dietetic Association*; 2000; 100: 580-595.
32. David R. (e.a.) Nutritional Management in long-term care: Development of a clinical guideline. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2000;55A,(12): -M734.



3 : Zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen

In dit hoofdstuk staat de verpleeghuiscliënt met voedingsproblemen centraal. Uitgangpunt voor iedere cliënt is Zorglijn 1, de ‘basis voedingszorg’ voor cliënten zonder voedingsproblemen (zie hoofdstuk 2). Wanneer deze zorg vanwege sociale en/of medische voedingsproblemen niet toereikend is, wordt bovendien Zorglijn 2 gevolgd. De beschrijving van dit hoofdstuk volgt grotendeels de route van de zorglijn zoals hiernaast is weergegeven. Centrale thema’s hierbij zijn de integrale diagnostiek en integrale beleidsbepaling.

3.1 Voedingsproblemen bij opname

Veel cliënten in het verpleeghuis hebben bij opname al voedingsproblemen en verkeren in een gebrekkige voedingstoestand¹⁻⁶. Ondervoeding kan een ongunstige invloed hebben op de cliënt en kan leiden tot complicaties^{7,8}. Daarom is het van belang om al bij opname aandacht aan het voedingspatroon en de voedingstoestand van de cliënt te besteden (zie ook hoofdstuk 2).

3.2 Voedingsscreening

Om mogelijke voedingsproblemen te achterhalen en om factoren die daarmee samenhangen op te sporen, wordt een screening gedaan door de persoon die de instelling hiervoor verantwoordelijk heeft gesteld. Een dergelijke voedingsscreening kan ook bijdragen aan het achterhalen van het onderscheid tussen cliënten zonder voedingsproblemen, cliënten met een verhoogd risico op voedingsproblemen en cliënten die al een voedingsprobleem hebben⁹. De voedingsscreening bij opname bestaat uit twee delen (zie ook hoofdstuk 2): een deel betreft de oorspronkelijk eet- en drinkgewoonten, het andere deel betreft de actuele voedingstoestand.

3.2.1 Oorspronkelijke eet- en drinkgewoonten achterhalen

Het eerste deel van de screening dient er voor om een globaal beeld te vormen van de oorspronkelijke eet- en drinkgewoonten (inclusief een aantal kwalitatieve aspecten) van de cliënt. Hierover worden in de anamnese of hetero-anamnese vragen gesteld. Dit zou een taak kunnen zijn van de maatschappelijk werkende van het verpleeghuis, die gegevens verzamelt over de achtergronden van de cliënt bij het intake-gesprek.

Gegevens omtrent de voeding van een cliënt zouden in overdrachtsprocedures terug te vinden moeten zijn (zowel in medische als in zorgoverdrachten). Het verdient aanbeveling hierover met de instellingen en de professionals in de regio van het verpleeghuis afspraken te maken¹³.

3.2.2 Screeningslijst voor inzicht in actuele voedingstoestand

Het tweede deel van de screening is gericht op het krijgen van inzicht in de actuele voedingstoestand van de cliënt. Het verdient aanbeveling om hiervoor gebruik te maken van een screeningslijst over de voedingstoestand en deze standaard bij opname te laten afnemen door een voor de opname verantwoordelijke professional of diëtist¹⁰⁻¹². In bijlage 6 is als

voorbeeld opgenomen de ‘Screeningslijst voedingstoestand verpleeghuizen’¹⁰. Een screeningslijst is overigens ook te gebruiken om voedingsproblemen tijdens de opname op te sporen. Daarnaast is ook het gewicht een betrouwbare en handzame maat om voedingsstoornissen op het spoor te komen en in de gaten te houden. (zie hoofdstuk 2).

Uit de voedingscreening kan vervolgens blijken of er sprake is van een voedingsprobleem of niet.

3.3 Voedingsonderzoek

Is er (bij opname of later) sprake van een voedingsprobleem, dan moeten allereerst zo helder mogelijk de ernst en de aard van het probleem geformuleerd worden^{15,16}. Om een diepere analyse te verrichten naar de aard en ernst van de factoren die ten grondslag (kunnen) liggen aan een gestoorde voedingstoestand, kan het multidisciplinair team een uitgebreider voedingsonderzoek doen. Dit stelt het multidisciplinaire team tevens in staat om de benodigde informatie te verzamelen die nodig is om interventies te plegen⁹.

Het is belangrijk dat vocht en voedsel in alle fasen van het zorgproces een structurele en transparante plaats krijgen. Dus zowel in het intakegesprek, als in de fase waarin het voorlopige zorgplan wordt opgesteld, in het uiteindelijke zorgplan en bij de uitvoering, evaluatie en bijstelling daarvan.

Om te verwezenlijken dat alle bij de voeding betrokken disciplines tot tijdige en adequate diagnostische en therapeutische acties komen, zou het aspect van de voeding om te beginnen ingepast moeten worden in de traditionele medische diagnostiek en eveneens onderwerp moeten zijn bij de verwijzing naar andere professionals. De verpleeghuisarts is eindverantwoordelijk voor de behandeling en mede verantwoordelijk voor het totale zorgplan en hij is ook verantwoordelijk voor de inschakeling van de overige disciplines.

3.4 Gewichtsverlies

Ongewild gewichtsverlies wijst in de regel op een ondervoedingsprobleem. In deze richtlijn vocht- en voedselvoorziening wordt het aspect van overmatige gewichtstoename (bijv. bij decompensatio cordis, ascites en obesitas) min of meer terzijde gelaten, omdat ervan wordt uitgegaan dat daarbij gehandeld wordt conform andere beschikbare richtlijnen. De ernst van de ondervoeding is veelal af te leiden uit de mate van het opgetreden gewichtsverlies. Van ongewild gewichtsverlies is sprake indien er een gewichtsverlies heeft plaatsgevonden van meer dan 5% in één maand of meer dan 10% in een half jaar^{7,15}. Ook het tempo waarin het gewichtsverlies zich heeft ontwikkeld, is een belangrijk gegeven. Acueel gewichtsverlies wijst vaak op een acute ernstige ziekte; sluipend gewichtsverlies wordt vaak laat herkend en is meestal een gevolg van een chronische en/of langdurige ziekte of psychisch lijden.

Gewichtsverlies, met name verlies van vetmassa, is het gevolg van een negatieve energiebalans.

Er kunnen echter ook bij een normaal en/of te hoog gewicht voedingsdeficiënties voorkomen. Een negatieve energiebalans kan voorts versluierd worden door een relatief hoog gewicht.

Aanbevolen hoeveelheden energie zijn afhankelijk van de energiebesteding. Bij ouderen is deze energiebesteding in het algemeen laag vanwege de geringe hoeveelheid lichaamsbeweging (zie ook hoofdstuk 2).

3.5 Vochttoestand

Specifieke aandacht vraagt de vochttoestand van de cliënt (hoofdstuk 2). De vochtinname en de vochttoestand hebben invloed op het lichaamsgewicht. Uitdroging wordt soms moeilijk onderkend en kan vragen om bepaling van biochemische parameters¹⁷. Er bestaat vaak verwarring over de aanbevolen hoeveelheid vocht voor verpleeghuiscliënten. De aanbevolen hoeveelheden lopen derhalve uiteen¹⁷⁻²⁰. Algemeen wordt aangenomen dat verpleeghuiscliënten 1500 tot 2000 ml per dag aan vocht zouden moeten gebruiken²¹.

3.6 Integrale diagnostiek

Bij een vastgesteld verhoogd risico op (partiële) onder- of overvoeding is nadere diagnostiek geïndiceerd om de oorzaken te achterhalen en het voedingsprobleem beter in kaart te brengen.

De fase van integrale diagnostiek kent in grote lijnen een aantal onderdelen^{7, 9, 14}:

1. observatie door het verzorgend personeel (verpleging/verzorging en voedingsassistenten);
2. diagnostiek door de verpleeghuisarts;
3. onderzoek door andere disciplines.

In principe zijn het verzorgend personeel en de verpleeghuisarts de eerst betrokkenen. Zij zullen bij opname van een cliënt al beducht moeten zijn op eventueel aanwezige voedingsproblemen. Ontstaan er later, tijdens het verblijf, voedingsproblemen dan zal meestal het verzorgend personeel de verpleeghuisarts hierop attenderen. De verpleeghuisarts schakelt andere disciplines in ten behoeve van de diagnostiek van voedingsproblemen, bijvoorbeeld de diëtist, de logopedist, de ergotherapeut, de tandarts en de mondhygiënist.

3.6.1 Observatie door verzorgende/verpleegkundige

Zoals is aangegeven, dient het verpleegkundig/verzorgend personeel al bij opname van een cliënt alert te zijn op eventueel aanwezige voedingsproblemen. Deze alertheid kan extra aangewakkerd worden door voor- of overdrachtsinformatie over het voedingsgedrag van de cliënt.

Het is ook het verzorgend en verplegend personeel dat veelal als eerste voedingsproblemen opmerkt die bij opname reeds aanwezig zijn of die later ontstaan. Afhankelijk van de organisatievorm in de instelling zullen de opgemerkte voedingsproblemen een vervolg krijgen in de vorm van gerichte observatie en het toepassen van verpleegkundige diagnostiek als onderdeel van de integrale diagnostiek. Essentieel is dat de voedingsproblemen bekeken wor-

den vanuit een holistische benadering. Tevens kan daarbij gebruik worden gemaakt van de diagnostische componenten en de structuur volgens Gordon²². Het verplegend en verzorgend personeel vervult verder een onmisbare ondersteunende rol voor de overige professionals (bijvoorbeeld door het bijhouden van voeding- en vochtlijsten en het wegen van cliënten). Het gebruik van een observatiekaart kan daarbij van toegevoegde waarde zijn (zie hoofdstuk 2)¹⁰.

Adequate coaching van vrijwilligers en mantelzorgers kan tot een goede ondersteuning bij de invulling van deze belangrijke rol leiden.

Ook is regelmatige bijscholing van medewerkers van groot belang gezien het snel veranderend aanbod van voedsel, hulpmiddelen bij het eten, medische en voedingskundige inzichten, frequent wisselende leidinggevendenden, vrijwilligers, mantelzorgers en cliënten.

Bijscholing dient zoveel mogelijk in de instelling plaats te vinden, omdat het gaat om richtlijnen voor de specifieke situatie van de instelling.

3.6.2 Diagnostiek door verpleeghuisarts

Anamnese

Aan de anamnese moet door de verpleeghuisarts bijzondere aandacht besteed worden^{7,9,23-25}. Bij een verpleeghuiscliënt met een voedingsprobleem dient nagegaan te worden of én waarom er sprake is van bijvoorbeeld:

- ongewenste gewichtsverandering (gewichtsverlies of gewichtstoename);
- eenzijdige voedselkeuze;
- verhoogde voedingsbehoefte;
- abnormale verliezen van voedingsstoffen;
- verminderde voedselinname, slechte eetlust;
- mond- en gebitsproblemen (kauwprobleem, speekselvloed, droge mond);
- slikstoornissen;
- vochttekort;
- eventuele bewuste weigering van vocht en voedsel.

De actuele voedingsproblematiek (inclusief de mogelijke oorzaken en de tijdsspanne van ontstaan) en de voedingstoestand moeten dus zo duidelijk mogelijk vastgesteld worden. In bijlage 7 zijn belangrijke oorzaken voor voedingsproblemen opgenomen.

Veelal geven cliënten geen specifieke klachten aan met betrekking tot hun voeding.

Cliënten zijn soms ook niet in staat om op nauwkeurige wijze problemen aan te geven. Dit kan bijvoorbeeld komen door eigen terughoudendheid, door aan de ziekte gerelateerde taal- en/of spraakstoornissen of door cognitieve problemen. Vaak is het dan noodzakelijk om nadere informatie in te winnen bij de verwanten van de cliënt.

Bij de analyse van voedingsproblemen die ontstaan na opname zijn de eerder genoemde observaties van het verzorgend personeel van essentieel belang.

In de anamnese moet gedetailleerd aandacht besteed worden aan onderliggende ziekten (acuut of chronisch, lichamelijk of geestelijk). Er kan sprake zijn van koorts, infecties of decubitus^{9,24,25,26}. Diabetes, hart- en vaatziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, dementie en depressie zijn veel voorkomende (chronische) aandoeningen in het verpleeghuis, die gepaard kunnen gaan met voedingsproblemen^{9,24-28}. Ook maag/ darmstoornissen kunnen aanleiding zijn tot onder andere anorexie en absorptiestoornissen.

Acute aandoeningen kunnen leiden tot een verhoogde voedingsbehoefte of inadequate voedselinname. Chronische aandoeningen gaan vaak gepaard met functionele beperkingen die voor opname al (soms onopgemerkt) geleid kunnen hebben tot beperkingen in het voedingsgedrag.

Cliënten die een operatie (bijv. heupoperatie) hebben ondergaan kunnen post-operatief tijdelijk of gedurende een langere periode te kampen hebben met voedingsproblemen. Er kan hier sprake zijn van een gebrekkige eetlust en/of verhoogde voedingsbehoefte; dit laatste is zeker het geval indien zich complicaties voordoen zoals decubitus²⁵.

Uiteraard mag een standaard medische anamnese in relatie tot alle orgaansystemen (tractus anamnese) niet ontbreken.

Aandacht moet eveneens besteed worden aan de medicatie van de cliënt. Veel verpleeghuiscliënten gebruiken meer medicijnen tegelijk. Dit kan secundair leiden tot voedingsproblemen (bijvoorbeeld afname van de eetlust, gestoorde voedselinname door bijwerkingen als droge mond, obstipatie etc.)^{9,25,29}.

In bijlage 8 is een tabel opgenomen met medicijnen die een potentieel negatieve invloed hebben op de voedingsstatus.

Een familie-anamnese in relatie tot de ziektegeschiedenis van de cliënt en een sociale anamnese mogen niet ontbreken. Hiermee kan nader inzicht verworven worden in het leef- en activiteitenpatroon van de cliënt.

Specifieke aandacht moet besteed worden aan de cliënt die 'voeding weigert'. Dit kan bewust, onbewust of aan de ziekte gerelateerd zijn. Er kan sprake zijn van een existentieel probleem, van reflexmatige weigering (afweerreactie bij dementie), van afkeer van voedsel, van het niet willen eten in een bepaalde omgeving, van het simpelweg niet kunnen eten of van problemen met het uiten van voedingswensen (bij cliënten met taal- en spraakstoornissen)³⁰.

Lichamelijk onderzoek

Uiteraard moet een slecht etende cliënt nauwkeurig en volledig lichamelijk onderzocht worden. Handboeken en literatuur verschaffen hierover voldoende informatie voor wat betreft de belangrijkste aandachtspunten^{9,31}. Het lichamelijk onderzoek verschaft het noodzakelijke inzicht in de functionele status van de cliënt.

Laboratoriumonderzoek

De waarde van laboratoriumonderzoek (bloed/urine/faeces) in de diagnostiek van voedingsproblemen in het verpleeghuis staat ter discussie. Er zijn nog geen eenduidige, onomstreden, betrouwbare en algemeen erkende biochemische indicatoren voor de voedingstoestand

beschikbaar. In de literatuur wordt van verschillende bloedbepalingen aangegeven, dat zij weliswaar aanvullende informatie kunnen verschaffen over de voedingstoestand van de cliënt, maar dat de laboratoriumwaarden van deze elementen ook sterk beïnvloed kunnen worden door aanwezige ziekten en medicijngebruik^{25,32-35}. Laboratoriumbepalingen zijn bovendien vaak kostbaar. Laboratoriumonderzoek neemt dus vooralsnog geen primaire plaats in bij de diagnostiek van de verpleeghuiscliënt met voedingsproblemen.

3.6.3 Onderzoek door andere disciplines

De verpleeghuisarts zal meestal andere disciplines inschakelen bij verpleeghuiscliënten met voedingsproblemen⁷. Voor een goede kwaliteit van de aanvullende diagnostiek verdient het aanbeveling dat de verpleeghuisarts bij het inschakelen van de betrokken disciplines een duidelijke aan de voedingsproblemen gerelateerde vraagstelling formuleert.

In de beschrijving hieronder wordt aandacht besteed aan de inbreng van de diëtist, logopedist, ergotherapeut en tandarts of mondhygiënist, voor zover die gerelateerd is aan de voeding. Andere disciplines van het multidisciplinaire team kunnen uiteraard eveneens bij de algehele diagnostiek ten behoeve van de cliënt betrokken zijn.

Onderzoek door diëtist

De inbreng van de diëtist bij aanvullend onderzoek kan zijn:

- kwalitatief en kwantitatief voedingsonderzoek verrichten, waaronder een analyse van de voedingsgewoonten, van de daadwerkelijke intake van vocht en voeding en de wenselijke intake in relatie tot het gewichtsverloop;
- verzorgenden, verpleegkundigen en voedingsassistenten vragen om bijvoorbeeld vocht- en voedingslijsten bij te houden, cliënten te wegen en instructies te geven voor observatie;
- beoordeling van de ingevulde voedingslijsten;
- het motiveren en stimuleren van andere medewerkers om alert op te treden bij voedingsproblemen;
- training en scholing van de leidinggevenden, medewerkers en vrijwilligers.

Onderzoek door logopedist

Wanneer de verpleeghuisarts vermoedt dat slikstoornissen ten grondslag liggen aan het voedingsprobleem, wordt de logopedist ingeschakeld.

De logopedist:

- neemt een screening slikstoornissen af om te bepalen of voeding per os geen onaanvaardbare risico's met zich meebrengt;
- inventariseert de klacht;
- observeert het slikken en de houding tijdens eten en drinken;
- onderzoekt de sensibiliteit, de reflexen en de motoriek van alle bij het slikken betrokken structuren;
- beoordeelt de verwerking van de voeding bij diverse consistenties³⁶.

Op grond van deze bevindingen, dan wel na aanvullend medisch specialistisch onderzoek in de vorm van transnasale endoscopie of videofluoroscopie, kan de logopedist:

- de logopedische diagnose stellen;
- de ernst en de prognose van de slikstoornis bepalen;
- een voorstel doen voor logopedische interventie³⁷⁻³⁹.

Onderzoek door ergotherapeut

De ergotherapeut:

- is nauw betrokken bij het vaststellen van de ADL-status van de verpleeghuiscliënt. In dit verband kan met behulp van onderzoek- en observatiemethoden specifiek onderzoek gedaan worden naar neuropsychologische functiestoornissen die van invloed kunnen zijn op het innemen van voedsel. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan geheugen- en concentratiestoornissen, apraxie, agnosie, hemianopsie en neglect;
- kan observeren wat de invloed is van interne problemen (zoals vermoeidheid, pijn, spanning en angst), visusproblematiek en motorische stoornissen (zoals rigiditeit, spasticiteit, ataxie, tremoren). De ergotherapeut kan daartoe samen met de verzorgende, de verpleegkundige en/of voedingsassistent het proces van de daadwerkelijke voedselinname bekijken. Daarbij is het belangrijk om de houding van de verpleeghuiscliënt te analyseren om conclusies te kunnen trekken over noodzakelijke hulp en in te zetten hulpmiddelen.

Onderzoek door tandarts en mondhygiënist

Op indicatie kan de tandarts en/of mondhygiënist:

- de mondholte (incl. slijmvliezen) en de toestand van het gebit of de gebitsprothese onderzoeken. Stoornissen van het mondslijmvlies, de speekselsecretie en het gebit of een gebrekkige gebitsprothese kunnen immers een negatieve invloed hebben op de smaakgevoelens en op het kauwproces. Dat deze factoren eveneens een negatieve invloed hebben op de voedselinname en de voedingstoestand is duidelijk aangetoond⁴⁰⁻⁴⁴.

Externe consultatie

De diagnostiek kan op indicatie uitgebreid worden met medisch specialistische consultatie en diagnostiek en eventueel met consultatie van andere externe deskundigen.

3.6.4 Evaluatie integraal onderzoek en integrale diagnostiek

Uiteindelijk zijn na de anamnese en het totale onderzoek van de cliënt de problematiek en de mogelijke achtergronden daarvan in kaart gebracht. Evaluatie en bespreking van alle onderzoeksgegevens vinden plaats in het multidisciplinair overleg (MDO) en vormen de basis voor de verdere en vooral ook integrale beleidsbepaling^{7,9}. De kracht van het multidisciplinair werken ligt in het feit dat alle activiteiten van de betrokken disciplines voortdurend op elkaar afgestemd worden. Door middel van een adequate communicatie en coördi-

natie kan een optimale complementariteit binnen het zorgteam gerealiseerd worden, die voor de cliënt leidt tot een goede continuïteit in de zorgverlening. Dit geldt ook als er geen oorzaak voor de problematiek gevonden wordt of als er sprake is van weigering van vocht en voedsel.

3.7 Integrale bepaling behandelbeleid

De betrokkenheid van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger is van essentieel belang bij de bepaling van het behandelbeleid en bij de vaststelling van de interventies die op voedingsgebied opgenomen zullen worden in het zorgplan. De cliënt en/of diens vertegenwoordiger zijn immers medeverantwoordelijk voor een goede uitvoering van het zorgplan. Naast de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, zijn het hele multidisciplinaire team en de voedingsdienst betrokken bij de integrale bepaling van het behandelbeleid rond de vocht- en voedselvoorziening. Goede samenwerking tussen alle betrokken professionals ten behoeve van de cliënt is hier van essentieel belang voor het bereiken van de zorgdoelen.

Bij de uiteindelijke bepaling van het behandelbeleid dient primair rekening gehouden te worden met de wensen van de cliënt zelf. Dit is een basisaspect van kwalitatief verantwoorde, vraaggerichte en cliëntgerichte verpleeghuiszorg. Uiteraard moet bij de bepaling van het behandelbeleid ook de prognose van de cliënt betrokken worden.

Vragen die daarbij kunnen spelen zijn: waar wordt in het te ondernemen en op de cliënt afgestemde voedingsbeleid naar gestreefd? Naar een adequate, optimale voeding, naar wensvoeding of zelfs naar volledig afzien van voedingsinterventie?

De primaire voorwaarden voor een goede vocht- en voedselvoorziening in het verpleeghuis zijn reeds in het vorige hoofdstuk uitvoerig aan de orde gekomen. Ten aanzien van de omgang met cliënten die voedingsproblemen hebben, is het van belang dat het verpleeghuis helderheid verschaft omtrent:

- de beschikbare mogelijkheden, waaronder het beleid ten aanzien van het beschikbaar stellen van dieetvoeding, het beleid ten aanzien van sondevoeding en eventueel intraveneuze voeding;
- een eventueel te voeren beleid bij cliënten die tegen de adviezen in bepaalde voeding gebruiken en/of oraal blijven eten en drinken, terwijl dit eigenlijk niet verantwoord is.

3.7.1 Enkele ethische overwegingen

In deze richtlijn worden handvatten geboden om te komen tot een adequate vocht- en voedselvoorziening voor cliënten die aangewezen zijn op verpleeghuiszorg. Het accent ligt sterk op de deskundigheid en de morele taak van het multidisciplinaire team om te voldoen aan de primair professionele en ook ethische opdracht van “weldoen door goed te voeden”.

Bij verpleeghuiscliënten doen zich echter ook situaties voor die aanleiding zijn om over te gaan tot (palliatieve) wensvoeding of om af te zien van, respectievelijk te stoppen met, voeden. Zoals eerder aangegeven, valt het buiten het bestek van deze richtlijn om uitvoerig

in te gaan op de ethiek van het voeden of het stoppen met voeden. Dat neemt niet weg dat met name in relatie tot het afzien van of het stoppen met voedingsinterventie toch een aantal belangrijke opmerkingen gemaakt moeten worden.

Bij het stoppen met of afzien van voedingsinterventie spelen de volgende drie argumenten een belangrijke rol:

1. Behandeling wordt door de cliënt geweigerd.
Bij het weigeren van voedingsinterventie door de cliënt, speelt de wettelijk beschermde autonomie van de cliënt een essentiële rol.
2. Behandeling is medisch gezien niet effectief.
Of voedingsbehandeling wel of niet medisch effectief is, hangt in belangrijke mate af van het doel dat aan deze behandeling gehecht wordt:
 - gaat het primair om behoud van leven?
 - gaat het om herstel of verbetering van het lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren?
 - gaat het om de preventie van verergering van de ziekte of het lijden?
 - of gaat het om de verbetering van de kwaliteit van leven?Hierbij is van belang de verhouding tussen de slaagkans van de behandeling en de mate waarin allerlei middelen en technologie moeten worden ingezet.
3. Behandeling is niet zinvol.
De zinvolheid van een voedingsbehandeling mag in twijfel getrokken worden als deze geen redelijk doel meer heeft voor de cliënt.

Gesteld mag worden dat het concrete oordeel over de effectiviteit van een behandeling een medisch-professioneel oordeel is. Daarentegen is het oordeel over de kwaliteit of de waarde van het resterende leven van een individuele cliënt, een oordeel van de cliënt zelf.

De dialoog met de cliënt is hier uiteraard van cruciaal belang. De cliënt heeft primair recht op een goede voorlichting over de effectiviteit van behandelingen. Een gesprek over de zinvolheid van een behandeling is een voortdurende dialoog, die gefaseerd kan verlopen en waarbij het hele multidisciplinaire team betrokken kan zijn. Dit laatste vereist dan overigens weer een goede uitwisseling en afstemming binnen het team.

Als communicatie met de cliënt niet mogelijk is, bijvoorbeeld doordat de cliënt wilsonbekwaam is of afasie heeft, is het in het algemeen van belang om vroegtijdig het behandelbeleid aan de orde te stellen. Het contact met de wettelijk vertegenwoordiger speelt dan een belangrijke rol. Nagegaan kan worden of er een schriftelijke wilsverklaring van de cliënt is. Of kan worden geprobeerd om met de vertegenwoordiger van de cliënt de wensen van de cliënt zoveel mogelijk te reconstrueren.

Kortom, in het besluitvormingsproces rond het afzien van voedingsinterventie spelen de volgende factoren een rol:

- de oorzaak(-en) van verminderde vocht- en voedselinname;

- de aard en prognose van het onderliggend lijden;
- de (veronderstelde) wens van de cliënt.

In de praktijk blijkt dat vanuit een goed professioneel vakmanschap en vanuit een goed en respectvol onderling contact, de arts en de overige leden van het zorgteam samen met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger tot de weloverwogen beslissing kunnen komen dat eten en drinken niet meer hoeft of moet. Het stervensproces verloopt dan veelal zonder noemenswaardig lijden.

3.7.2 Interventies

In deze paragraaf worden de interventies op voedingsgebied in grote lijnen beschreven.

Algemene aandachtspunten

Zie hiervoor hoofdstuk 2, paragraaf 2.4.4.

Interventies bij slecht eten en drinken

Voordat wordt overgegaan tot een bepaalde interventie bij een voedingsprobleem van een cliënt, dient onderzocht te worden of de oorzaak te behandelen is en of de cliënt ontvanke-lijk is voor de voorgestelde therapie. Hierbij wordt het volgende nagestreefd^{23,44,46-51}:

- het oplossen van een aan het voedingsprobleem ten grondslag liggend medisch probleem;
- het behandelen van en/of begeleiding bieden bij een depressie of bij andere psychosociale problemen;
- het aanpassen van de gebruikte medicatie (zie bijlage 8);
- het oplossen van een probleem met het eten zelf: bijvoorbeeld rekening houden met voorkeuren, eigen gewoontes, andere maaltijdijdstippen, presentatie en ambiance;
- het oplossen van een mond- en/of gebitsprobleem;
- het oplossen van een houdingsprobleem;
- het arrangeren van noodzakelijke hulpmiddelen voor het eet- / drinkproces;
- het regelen van de benodigde hulp en ondersteuning bij het eten;
- het plegen van interventie m.b.t. een eventueel slikprobleem;
- het ter ondersteuning, betrekken van familie en/of vrijwilligers bij de maaltijden.

Soms wordt echter geen heldere oorzaak voor het aanwezige voedingsprobleem gevonden en is toch interventie vereist om te zorgen dat een cliënt voldoende voedingsstoffen en /of vocht binnenkrijgt.

Indien er geen heldere oorzaak voor het aanwezige voedingsprobleem is gevonden en er toch interventie vereist is om te zorgen dat een cliënt voldoende voedingsstoffen en /of vocht binnenkrijgt, kan er worden overgestapt op individuele dieetmaatregelen, op drinkvoeding of op sondevoeding. In zeldzame gevallen kan worden overgegaan op parenterale voeding⁵¹⁻⁵⁴. De verpleeghuisarts kan deze interventies toepassen in nauw overleg met de diëtist⁵⁵.

Uiteraard dienen de te plegen interventies afgestemd te worden met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en dienen ze vervolgens ook in het zorgplan opgenomen te worden^{7,46}. Dit geldt ook indien besloten wordt om over te gaan op palliatieve wensvoeding en/of om af te zien van voedingsinterventie. Bij het maken van dergelijke ethisch getinte keuzes dienen de voorkeuren en verantwoordelijkheden van de cliënt en zijn omgeving zwaar te wegen. Om de kwaliteit van leven in brede zin niet uit het oog te verliezen, kunnen andere disciplines binnen de instelling (psycholoog, maatschappelijk werkende of geestelijk verzorger) worden geconsulteerd.

Het voert te ver om hier nader in te gaan op mogelijke voedingsinterventies bij afzonderlijke aandoeningen en/of specifieke stoornissen, beperkingen of handicaps, die samenhangen met een gestoorde voedingstoestand. De literatuur biedt hier soms extra aanknopingspunten^{55,56,59,60}.

Verder mag ook het belang van lichaamsbeweging niet onderschat worden. Lichaamsbeweging is van belang voor de algemene conditie van de cliënt en bepaalt mede diens energiebehoefte⁵⁷. In dit verband wordt hier nu niet verder op ingegaan.

Tenslotte kan er ook geen standaardregel opgesteld worden voor het behandelen van cliënten die 'voeding weigeren'. Er zijn wel algemene aandachtspunten die bij de beslissing over de methode van aanpak een rol kunnen spelen, o.a.:

- de achterliggende oorzaak;
- de maatregelen die al geprobeerd zijn om het eten te stimuleren;
- de medische en sociaal-psychologische toestand van de cliënt;
- de normen en waarden van de cliënt en diens verwanten;
- de normen en waarden van de instelling.

3.7.3 Rol disciplines bij behandeling

Bij de behandeling is veelvuldig sprake van een essentiële rol van de onderscheiden disciplines^{7,9,45,48,58}. Het betreft hier de inbreng van disciplines voor zover die gerelateerd is aan de voeding. Andere disciplines van het multidisciplinaire team kunnen uiteraard eveneens bij de totale behandeling van de cliënt betrokken zijn.

Rol verpleeghuisarts bij behandeling

De verpleeghuisarts probeert medicamenteuze en/of niet-medicamenteuze oplossingen te vinden of te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)psychiatrische stoornissen die ten grondslag liggen aan de voedingsproblemen. Zo nodig zal hij de gebruikte medicatie aanpassen. Hij bewaakt tevens in het multidisciplinaire overleg de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de andere ingeschakelde disciplines.

Rol diëtist bij behandeling

De diëtist stelt op grond van de voedingsdiagnose en in overleg met de cliënt een dieet of voedingsadvies op dat opgenomen wordt in het zorgplan. In dit advies wordt onder andere het doel van de behandeling opgenomen. Verder kunnen in dit advies kenmerken in termen

van voedingsstoffen en consistenties opgenomen zijn. De diëtist kan dus op maat gesneden adviezen geven over de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de voeding (in reguliere vorm of in de vorm van drinkvoeding, sondevoeding en eventueel parenterale voeding) van de cliënt, rekening houdend met de benodigde inname van alle macro- en micronutriënten. De diëtist kan ook adviseren over de wijze van toediening van vocht en voeding (oraal, niet-oraal, eventueel parenteraal).

De diëtist is de deskundige op het gebied van een eventueel door de cliënt te gebruiken dieet en het inpassen van de voedingspreferenties van een cliënt in een adequate voeding. Tijdens de vervolggconsulten van de cliënt bij de diëtist wordt het effect van de interventie geëvalueerd. Naar aanleiding van de evaluatie kunnen de adviezen ten aanzien van de te gebruiken voedingsmiddelen veranderen, maar ook het doel van de behandeling kan aangepast worden.

Voor de werkwijze van de diëtist wordt verwezen naar de Artsenwijzer Diëtetiek, het Protocol Werkwijze Diëtist in het boek Dieetbehandelingsprotocollen^{59,60} en de richtlijnen van het NPi en de NVVA^{37,39}.

Rol logopedist bij behandeling

De logopedische interventie kan bestaan uit³⁸:

- directe logopedische behandeling. Hieronder valt:
 - voorwaardentraining;
 - causale therapie, gericht op het herstellen van de functie van bepaalde spieren zonder orale inname van voeding;
 - compensatoire strategieën om de slikstoornis te overwinnen;
 - advisering m.b.t. het aanpassen van de consistentie om de cliënt zo veilig mogelijk orale voeding tot zich te laten nemen. Ook kan de logopedist adviseren af te zien van orale voeding.
- indirecte beïnvloeding van het slikken, hetgeen aangewezen is wanneer een cliënt niet vatbaar of niet gemotiveerd lijkt te zijn voor directe logopedische therapie. Door informatie en instructie te geven aan verzorgenden en familie kan een situatie worden geschapen waarin het eten en drinken zo risicoloos mogelijk plaatsvindt, bijvoorbeeld door de cliënt te voeden in plaats van hem zelf te laten eten of drinken.

Contra-indicaties voor logopedische behandeling zijn⁶¹:

- lichamenlijk onvermogen;
- verval van cognitieve functies;
- ernstige gedragsstoornissen;
- de cliënt wil geen behandeling.

In deze situaties beperkt de logopedist zich tot het adviseren van een veilige consistentie en/of elementen uit de indirecte behandeling⁶².

De rol van de logopedist bij slikstoornissen bij verpleeghuiscliënten staat ook beschreven in twee recente richtlijnen op dit gebied^{37,39}.

Rol ergotherapeut bij behandeling

De ergotherapeut kan voorlichting en adviezen geven over het omgaan met en de invloed van neuropsychologische en motorische stoornissen op de inname van voedsel. Tevens kan de ergotherapeut adviezen geven over de optimale uitgangshouding van de cliënt tijdens de maaltijd, over het omgaan met eventueel aanwezige visusproblematiek en een beperkte arm-/handfunctie. Daarbij kan nagegaan worden welke hulpmiddelen de zelfstandigheid van de cliënt bij de maaltijd kunnen bevorderen (aangepast bestek, aangepast servies, antislipmateriaal etc.). Verder kan de ergotherapeut observeren hoe de verzorging/verpleging het eten en het eet- en drinkgerei aanbiedt en welke invloed de omgeving heeft. De gevolgen hiervan moeten met alle betrokkenen besproken worden.

Rol tandarts/mondhygiënist bij behandeling

De tandarts heeft een belangrijke behandeltaak in relatie tot de handhaving van een goede toestand en functie van het eigen gebit van de cliënt of van diens gebitsprothese. De tandarts en/of de mondhygiënist kunnen gerichte adviezen geven over een adequate mondverzorging, die in het multidisciplinaire team besproken worden.

Rol verzorgende/verpleegkundige bij behandeling

De verzorgende of verpleegkundige is eindverantwoordelijk voor de dagelijkse voedingszorg van de aan hen toegewezen cliënt. De verzorgende/verpleegkundige geeft coaching aan de uitvoerende wanneer de voedingszorg niet optimaal meer verloopt, of wanneer dat dreigt te gaan gebeuren. Dit kan enerzijds gebeuren door een oorzaak vanuit de organisatie, anderzijds kan de oorzaak bij de cliënt liggen. De verzorgende/verpleegkundige interventies worden gebaseerd op wat in de literatuur staat beschreven over functionele patronen die de mens ontwikkeld heeft om zijn welbevinden in stand te houden, dus op een holistische benadering²³. Het gaat hierbij om 11 functionele gezondheidspatronen die onder andere worden beïnvloed door lichamelijke en psychologische factoren. Het voedings- en stofwisselingspatroon is één van de factoren. Het voedings- en stofwisselingspatroon omvat de opname van vocht en voedsel in de verhouding tot fysiologische behoeften, alsmede de indicatoren van de plaatselijk aanwezige voedingsmiddelen. Inbegrepen zijn individuele eet- en drinkpatronen, de dagelijkse eettijden, soorten en hoeveelheden geconsumeerd voedsel, bepaalde voedselvoorkeuren en het gebruik van voedings- en vitaminesupplementen. Als parameter gelden onder andere huiddefecten, de toestand van de huid, het algemene vermogen tot genezen, en de conditie van het haar, de nagels, de slijmvliezen en het gebit en de lichaamstemperatuur, de lengte en het gewicht.

Inname van voedingsmiddelen in relatie tot de behoefte, de toegankelijkheid en de samenstelling en de voor verzorgende/verpleegkundige belangrijke parameters, zijn elementen die de zorginterventies ondersteunen. Daarnaast heeft de verzorgende en/of verpleegkundige een coördinerende en communicerende rol in het primaire proces.

Het gaat om het informeren van betrokkenen en om het observeren van de effecten van de voedingsinterventies en de multidisciplinaire communicatie daarover. Bij het communiceren met de cliënt en/of familie spelen zij voortdurend een vitale rol. De verzorgen-

de/verpleegkundige observeert en rapporteert over de effecten en overlegt over eventuele interventieaanpassingen.

Rol voedingsassistent bij behandeling

De voedingsassistent heeft een cruciale taak bij de uitvoering en de continuïteit van de te ondernemen acties op voedingsgebied. De taken liggen op het gebied van uitvoering van deze acties, het geven van ondersteuning aan cliënten, het creëren van de juiste maaltijd-ambiance en de contacten over praktische voedingszaken met de voedingsdienst. Daarnaast is de voedingsassistent op de hoogte van de afspraken op voedingsgebied uit het individuele zorgplan en rapporteert aan de verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige.

Rol voedingsdienst bij behandeling

De professionals van de voedingsdienst hebben een onmisbare taak in het verwerken van de adviezen van andere disciplines naar een (af)wisselend voedingsaanbod, waarbij kwaliteit, smaak, kleur, geur en consistentie belangrijke aspecten zijn. Directe betrokkenheid van deze professionals bij de cliënten, kan de beleving van de voeding versterken. Hun bijdrage aan de presentatie van de maaltijden én de ambiance eromheen is eveneens belangrijk.

Adequate scholing en coaching van de verpleeghuismedewerkers zijn van groot belang voor het goed vervullen van hun rol bij een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening.

3.8 Volgen voedingstoestand cliënt

Uiteraard moeten de verschillende disciplines het effect van de uitgevoerde interventie(s) nagaan en de cliënt blijvend observeren. Het hoofddoel is uiteindelijk het gezamenlijk met de cliënt en /of diens vertegenwoordiger oplossen van het voedingsprobleem.

Als het voedingsprobleem succesvol opgelost wordt, is er vervolgens in de zorglijn weer sprake van een ‘geen probleem situatie’. Uiteraard geldt dan alleen weer zorglijn 1 (hoofdstuk 2). Waar nodig start zorglijn 2 opnieuw (dit is het cyclische proces van het stroomdiagram).

Het spreekt tenslotte voor zich en het is passend bij een kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg dat de bij de cliënt verrichte diagnostische acties, controles en voedingsinterventies goed in het zorgdossier gedocumenteerd worden en dat zij ook terug te vinden zijn in het zorgplan.

Vanuit het verpleeghuis dient, waar nodig, ook voor een goede voedingsoverdracht gezorgd te worden bij ontslag van een cliënt, zowel naar huis, als naar het verzorgingshuis of het ziekenhuis.

3.9 Referenties

1. Mowe M, Bohmer T. Nutrition problems among home-living elderly people may lead to disease and hospitalization. *Nutrition Reviews* 1996;54:22-24.
2. Berkhout AMM, Cools HJM, Mulder JD. Het lichaamsgewicht van ouderen bij opname in het verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994;25:49-53.
3. Silver AJ, Morley JE, Strome LS, Jones D, Vickers L. Nutritional status in an academic nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36:487-491.
4. Shaver HJ, Loper JA, Lutes RA. Nutritional status of nursing home patients. *J Parenter Enteral Nutr.* 1980;4:367-370.
5. Thomas DR, Verdery RB, Gardner L, Kant AK, Lindsay J. A prospective study of outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents. *J Parenter Enteral Nutr.* 1991;15:400-404.
6. Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ and the Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. *J Gerontol* 2000;55(12):725-734.
7. Dempsey DT, Mullen JL, Buzby GP. The link between nutritional status and clinical outcome: can nutritional intervention modify it? *Am J Clin Nutr.* 1998;47(2 suppl):352-356.
8. Berkhout AMM, Houweligen JC van, Cools HJM. Verpleeghuispatiënten met een lager gewicht, grotere kans op overlijden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2184-2188.
9. Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jasham C. Nutrition assessment; practical approaches. *Clinics in Geriatric Medicine* 1995; 11:675-713.
10. Prompers JL, Lier EA van, Wit LM de, Lagaay AM, Hoeve R.v.d, Redel AW, Groot CPGM de, Staveren WA van. Een screeningslijst, een goede en geschikte methode voor gebruik in verpleeghuizen. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1997; 52(5):86-92.
11. Rueben DB, Greendale GA, Harrison GG. Nutrition screening in older persons. *JAGS* 1995;43:415-425.
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Assessing the nutritional status of the elderly; the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews* 1996; 54:59-65.
13. Binsbergen JJ van. Ondervoeding; een intra-,semi- en transmuraal probleem. *Patient Care* 2000; 27: 47-52.
14. Tierney A. Undernutrition and elderly hospital patients; a review. *J Adv Nursing* 1996; 23:228-236.
15. Hopkins B. Assessment of nutritional status. In: *Nutrition support dietetics; core curriculum. 2 nd edition.* Silver Spring; Aspen, 1993.
16. Nutrition Advisory Group for Elderly People. BDA. Taking Steps to tackle eating problems. A handbook for those caring for elderly people with eating problems. NAGE, 1994.
17. Chidester JC, Spangler AA. Fluid intake in the institutionalized elderly. *J Am Diet Assoc.* 1997;97:23-28.

18. Food and Nutrition Board. Recommended Dietary Allowances. 10th ed. Washington DC: National Academic Press; 1989.
19. Chernoff R. Meeting the nutritional needs of the elderly in the institutional setting. *Nutr Rev.* 1994;52:132-136.
20. Skipper A. Monitoring and complications of enteral feeding. In: Skipper A, ed. *Dietician's Handbook of Enteral and Parenteral Nutrition*. Rockville, MD: Aspen Publishers; 1993:298.
21. McGee S, Abernethy W III, Simel DL. Is this patient hypovolemic? *JAMA.* 1999;281:1022-1029.
22. Gordon M; *Nursing Diagnosis: process and application*. McGraw Hill, New York, 1995.
23. Lipschitz DA. Approaches to the nutritional support of the older patient. *Clinics in Geriatrics* 1995; 11:715-724.
24. Clarke DM, Wahlqvist ML, Strauss BJG. Undereating and malnutrition in old age: integrating bio-psychosocial aspects. *Age and Ageing* 1998; 27:527-534.
25. Ham R. The signs and symptoms of poor nutritional status. *Primary Care* 1994; 21(1):33-54.
26. Wright BA. Recent weight loss is related to short-term mortality in nursing homes. *J Gen Intern Med.* 1994;9:648-650.
27. Wang SY, Fugakawa N, Hossain M, Ooi WL. Longitudinal weight changes, length of survival and energy requirements of long-term care residents with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:1189-1195.
28. Keller HH. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:1212-1218.
29. White JV. Risk factors for poor nutritional status. *Primary Care* 1994; 21:19-31.
30. Marcus EL, Berry EM. Refusal to eat in the elderly. *Nutrition Reviews* 1998; 56(6): 163-171.
31. *Bijblijven Geriatrie: Cumulatief Geneeskundig nascholingsstelsel*; 1998/14/2. Bohn, Stafleu, van Loghum.
32. Kafetz K. Blood tests in elderly people and their interpretation. *Reviews in Clinical Gerontology* 1998; 8:305-318.
33. Rudman D, Feller AG, Nagraj HS, Jackson DL, Rudman IW, Mattson DE. Relation of serum albumin concentration to death rate in nursing home men. *J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11:360-363.
34. Grant MD, Piotrowski ZH, Miles TP. Declining cholesterol and mortality in a sample of older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:31-36.
35. Frisoni GB, Franzoni S, Rozzini R, Ferrucci L, Boffelli S, Trabucchi M. A nutritional index predicting mortality in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:1167-1172.
36. Kalf H. Dysfagie gezien door de logopedist. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1995; 50:24-27
37. NPI. Multidisciplinaire richtlijn: Behandeling van verpleeghuisbewoners met chronisch neurologische dysfagie. NPI, Amersfoort, 2001.

38. Bartolome G, Buchholz DW, Feussner H, Hannig Ch, Neumann S, Prosiel M, Schröter-Morasch H, Wuttge-Hannig A. *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation.* (2 ed.). München: Urban & Fisher, 1999.
39. NVVA. *Richtlijn slikproblemen, 2001.* (red. Ritmeijer CAM ea.). Gepubliceerd in *Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde* 2001; 25(1): 6-16.
40. Rhodus NL, Brown J. The association of xerostomia and inadequate intake in older adults. *J Am Diet Assoc* 1990; 90: 1688-1692.
41. Kidd E. Report on the Oral Health Survey. *Evidence-based Dentistry* 2000; 2:27-28.
42. Rugg-Gunn AJ, Nunn JH. red. *Nutrition, diet and oral health.* Oxford University press.
43. Pla GW. Oral health and nutrition. *Primary Care* 1994; 21:121-133.
44. Lugt-Lustig de K. *Volmondige zorg.* ISBN: 9051897510.
45. *Nieuwe Nederlandse voedingsnormen.* Gezondheidsraad. Nr. 2000/12 en 2000/17.
46. Kayser-Jones J. Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care. *J Gerontol Nurs.* 1996;22:26-31.
47. Siebens H, Trupe E, Siebens A, et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34:192-198.
48. Abbasi AA, Basu SN, Parsa A, Alverno L, Rudman D. Nutritional problems in the nursing home population: opportunities for clinical interventions. Sage Publ. (Newbury Park, CA) 1993; 195-215.
49. Orth S van, Philips LR. Verpleegkundige interventies om functioneel eetgedrag te bevorderen. (vertaald van: Nursing interventions to promote functional feeding. *J Gerontol Nursing* 1995; 21(10):6-14).
50. Kayser-Jones J, Schell E. Ineffectieve en effectieve strategieën om ouderen met een cognitieve handicap bij de maaltijd te ondersteunen. (vertaald van: The mealtime experience of a cognitively impaired elder; ineffective and effective strategies. *J Gerontol Nursing*; 1997;23(7): 33-39.
51. Holzapfel SK, Ramirez RF, Layton MS, Smith IW, Sagl-Massey K, DuBose JZ. Feeder position and food and fluid consumed by nursing home residents. *J Gerontol Nurs.* 1996;22:6-12.
52. Johnson LE, Dooley PA, Gleick JB. Oral nutritional supplement use in elderly nursing home patients. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:947-952.
53. Elmstahl S, Steen B. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine: II. Effects of dietary supplements. *Age Ageing.* 1987;16:73-80.
54. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. Does artificial enteral nutrition prolong the survival of institutionalized elders with chewing and swallowing problems? *J Gerontol Med Sci.* 119;53:207-213.
55. Geerts van der Weij ACW, Binsbergen JJ van, Dommel JA van, Wamelen EN van, Matus-Vliegen EMH, Mierlo PAM van, Vries JHM de. (red). *Informatarium voor voeding en diëtetiek.* Bohn, Stafleu en Van Loghum, Houten/Diegem.
56. Broekhoven-Grutters E van, Gaasbeek D, Veninga-Verbaas M. *Voeding en de ziekte van Huntington, een praktische handleiding.* Handboek voor medici en paramedici. Atlant Zorggroep, Apeldoorn en Beekbergen, 2000.

57. Dawe D, Moore-Orr R. Long-intensity range of motion exercise: invaluable nursing care for elderly patients. *J Adv Nurs*. 1995;21:675-681.
58. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA*. 1994;272:1263-1266.
59. *Artsenwijzer Diëtetiek*. ISBN 90-803424-1-2 NUGI 755.
60. Protocol werkwijze diëtist. In *Dieetbehandelingsprotocollen*, Elsevier/De Tijdstroom. ISBN 90 352 1899 X NUGI 755.
61. Langmore S. Issues in the management of dysphagia. *Folia Phoniatica et Logopaedica* 1999; 51: 220-230.
62. Mitchell S, Kiely D, Lipsitz L. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med* 1997; 157:327-332.

4 : Aanbevelingen voor implementatie

De richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening is een hulpmiddel voor het management van de verpleeghuizen om systematisch het beleid rond vocht- en voedselvoorziening verder vorm te geven. De richtlijn dient door de individuele instellingen zelf vertaald te worden naar de eigen situatie. Het invoeren van de richtlijn voor een verantwoord vocht- en voedselbeleid kan pas succesvol zijn wanneer deze wordt ingebed in de cultuur en structuur van de organisatie en een plaats krijgt in het (kwaliteits)beleid.

Enkele aanbevelingen hierbij zijn:

- Stel per instelling een *multidisciplinaire stuurgroep* samen die deze richtlijn gaat implementeren. Deze stuurgroep kan bestaan uit vertegenwoordigers van de relevante beroepsgroepen en een vertegenwoordiger van de cliëntenraad/de cliënten;
- In plaats van een stuurgroep kan ook gekozen worden voor het instellen van een *voedingsbeleidsteam*, dat zich naast de in bijlage 5 genoemde taken, bezighoudt met de implementatie van deze richtlijn. Het voedingsbeleidsteam kan een belangrijke rol spelen bij de verdere ontwikkeling en borging van het instellingsbeleid op het gebied van vocht en voedsel;
- De stuurgroep of het voedingsbeleidsteam maakt een *plan van aanpak* over de wijze waarop de richtlijn in de eigen instelling ingevoerd wordt, inclusief een analyse van de huidige stand van zaken en van de knelpunten, een tijdspad en een evaluatieplan;
- Start bij een knelpunt dat in de instelling als het grootste probleem wordt ervaren of kies een probleem waarop snel resultaat te behalen valt;
- Creëer *draagvlak* bij cliënten en personeel voor een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening;
- Zorg voor *adequate scholing en coaching* van de medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers. Dit is van groot belang voor het goed vervullen van hun rol bij een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening. Daarnaast kan scholing een belangrijke bijdrage leveren aan een positieve houding ten opzichte van de verbeteringen in het voedingsbeleid;
- Werk met *protocollen en gestandaardiseerde methoden*. Hiermee wordt het beleid rondom vocht- en voedselvoorziening inzichtelijk, flexibel en eenvoudiger te implementeren en te evalueren;
- Bevorder het *integraal benaderen* van de vocht- en voedselvoorziening door het inhoudelijk en organisatorisch afstemmen van alle facetten van de vocht- en voedselvoorziening op het totale beleid van zorg, activiteiten en dienstverlening;
- Geef vocht en voedsel in alle fasen van het zorgproces een *structurele en transparante plaats*. Dus zowel in het intakegesprek, als in de fase waarin het voorlopige zorgplan wordt opgesteld, in het uiteindelijke zorgplan en bij de uitvoering, evaluatie en bijstelling daarvan;

- Maak afspraken met de instellingen en de professionals in de regio, over het opnemen van gegevens omtrent de voeding van een cliënt in *overdrachtsprocedures* (zowel in medische als in zorgoverdrachten).
- Ga tenminste jaarlijks na of de diverse stappen in deze zorglijn naar wens worden uitgevoerd, of de invulling actueel is en of de cliënt tevreden is. Initiatief hiertoe kan genomen worden door het multidisciplinair voedingsbeleidsteam.

De implementatie van de richtlijn zou kunnen leiden tot een bewust hanteren van het samen met de cliënt opgestelde voedingsbeleid. Daarnaast zou het werken aan de hand van de richtlijn moeten leiden tot een vermindering van de prevalentie van ondervoeding bij verpleeghuisgeïndiceerden en tot een toename van het aantal cliënten dat met plezier en smaak de dagelijkse maaltijden gebruikt.

5 : Samenvatting

De complexiteit rondom de vocht- en voedselvoorziening van verpleeghuisgeïndiceerden vraagt om een integrale multidisciplinaire aanpak. De voorliggende richtlijn is daarom opgesteld door vertegenwoordigers van de relevante beroepsgroepen, het management en de cliënten. De richtlijn heeft tot doel handvatten te geven op grond waarvan instellingen hun voedingsbeleid kunnen formuleren, evalueren of -indien wenselijk- bijstellen en aanscherpen.

Richtlijnen voor een goede voeding zijn uitgewerkt door de voormalige Voedingsraad en de huidige Beraadsgroep Voeding van de Gezondheidsraad. Deze richtlijnen zijn daarom niet herhaald in de voorliggende richtlijn. Wel is in hoofdstuk 2 een vertaalslag gemaakt van deze aanbevelingen in termen van voedingsstoffen voor gezonde ouderen, naar een aanbevolen vocht- en voedselpakket voor verpleeghuisgeïndiceerden.

De autonomie van de doelgroep - de oudere mens met een verpleeghuisindicatie - en haar wens ten aanzien van eten en drinken in termen van soort, smaak, hoeveelheid, omgeving en tijd zijn uitgangspunten van het onderdeel voeding van het zorgplan dat voor iedere cliënt wordt opgesteld.

Een dergelijk zorgplan moet in overeenstemming zijn met de zorgvisie van een instelling. Aanbevolen wordt deze visie tijdig, bij voorkeur reeds bij het intakegesprek, aan de cliënt duidelijk te maken. Tijdens dit intakegesprek kunnen tevens belangrijke aspecten van de voedingsgewoonten van de cliënt nagevraagd worden. Hiertoe kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld een korte checklist.

De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening beschrijft een zorglijn die de basis voedingszorg omvat en van toepassing is op alle cliënten, *Zorglijn 1: basis voedingszorg*. Daarnaast is een zorglijn voor cliënten met voedingsproblemen uitgewerkt, *Zorglijn 2: cliënt met voedingsproblemen*. Het verhoogde risico wordt vastgesteld op basis van een screening bij opname in het verpleeghuis. Een gedegen weegbeleid dient hiervan een onderdeel te zijn. In hoofdstuk 3 wordt voorgesteld om in het SAMPC-model dat veelal wordt gebruikt voor het opstellen van een zorgplan, het onderwerp voeding apart toe te voegen.

Zowel de basis voedingszorglijn, als de zorglijn voor cliënten met een voedingsprobleem verlopen cyclisch. Evaluatie en bijstelling zijn onderdelen van deze zorglijnen.

De basis voedingszorg is verankerd in 3 niveaus van de instelling:

- rondom de individuele cliënt: het microniveau;
- rondom de afdelingen: het mesoniveau;
- rondom het management van de instelling: het macroniveau.

Het is belangrijk om voor alle niveaus in diverse stappen aan te geven wat het doel, het uitgangspunt en de kwaliteit van handelen is en wie waarvoor verantwoordelijk is. Het monitoren en evalueren van het resultaat wordt vaak op initiatief van een voedingsbeleidsteam gedaan. Niettemin moet dit ook onderdeel van het stappenplan zijn (hoofdstuk 2).

Bij de zorglijn voor cliënten met een voedingsprobleem, staan observaties door verpleegkundigen en verzorgenden centraal, evenals de integrale diagnostiek en het integrale beleid. Diagnostiek en behandeling verlopen multidisciplinair. Ook hier dienen de verantwoordelijkheden vastgelegd te worden. De voorliggende richtlijn geeft een samenvatting van de mogelijke activiteiten van de diverse disciplines (hoofdstuk 3).

De complexiteit van een adequate vocht en voedselvoorziening vraagt om deskundige scholing van personeel en vrijwilligers, bijvoorkeur in de instelling zelf. De veranderingen in aanbod van producten, de voortschrijdende wetenschap en de veranderingen in de doelgroep vragen om continuïteit met betrekking tot een dergelijke scholing en training.

Nawoord

Op verzoek van Arcares in december 2000, stuurden zo'n 20 verpleeghuizen hun beleid, protocollen en projecten op het gebied van voeding op. De projectgroep heeft de aangeleverde informatie gebruikt om de richtlijn te toetsen. Mede namens de projectgroep dank ik de betreffende verpleeghuizen voor het toesturen van hun producten. Tevens dank ik de projectgroep en de begeleidingscommissie voor het tot stand brengen van deze multidisciplinaire richtlijn.

Ik realiseer me dat deze richtlijn een belangrijke, maar een eerste stap is in de totstandkoming van een goede vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden. In het ontwikkeltraject van de richtlijn bleek de multidisciplinaire aanpak een waardevolle te zijn. Ik verwacht dat ook bij de implementatie van de richtlijn de multidisciplinaire aanpak medewerkers en cliënten zal aanspreken. Gezien de bijdragen die Arcares van diverse verpleeghuizen heeft ontvangen, verwacht ik dat de implementatie succesvol zal verlopen. Daarbij zullen evaluaties, scholing van de beroepsgroepen en monitoring ervoor zorgdragen dat de verantwoordelijke medewerkers alert blijven op effectiviteit en op vernieuwingen en aldus de richtlijn in de instelling up-to-date houden.

Ik hoop dat de richtlijn voldoet. Als u in de praktijk problemen ervaart of juist een succes boekt, dan stelt Arcares het op prijs dit van u te vernemen. Het is de bedoeling dat we in 2003 de richtlijn evalueren en zonodig bijstellen.

Wanneer de richtlijn wordt toegepast daalt de kans op ondervoeding van verpleeghuisgeïndiceerde ouderen en gebruiken zij met plezier en smaak hun dagelijks maaltijden. Ik wens u veel succes.



mr. N. de Jong
Voorzitter Arcares

Bijlage 1

Wettelijk kader gebruikt als referentiekader bij het opstellen van de richtlijn

Bij het ontwikkelen van de richtlijn is rekening gehouden met het wettelijk kader dat hierop van toepassing is. Hierbij zijn wetten op het gebied van kwaliteit en cliëntenrechten gehanteerd. Hieronder wordt kort weergegeven wat de essentie van de wet is en de invloed op de richtlijn.

Kwaliteitswet Zorginstellingen

De Kwaliteitswet heeft een tweeledig doel. Enerzijds het scheppen van een wettelijk kader voor eigen initiatieven van zorginstellingen op het gebied van kwaliteit en anderzijds het bewerkstelligen dat het kwaliteitsbeleid een systematisch en structureel karakter krijgt. Arcares heeft twee kwaliteitssystemen, te weten het MIK-V voor verpleeghuizen en het HKZ-schema voor verzorgingshuizen.

Deze wet stelt dat de zorginstelling verantwoorde zorg moet bieden. De wet verstaat hieronder zorg die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoeften van de cliënt. Deze begrippen zijn door de wet niet ingevuld maar worden overgelaten aan de sector zelf. De richtlijn vocht en voedsel past in de uitwerking van verantwoorde zorg. In bijlage 9 zal weergegeven worden hoe de richtlijn aanhaakt bij de kwaliteitssystemen waaronder het MIK-V en het HKZ-schema en meer concreet bij welke velden c.q. onderwerpen.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)

De WMCZ verplicht de zorginstelling om een cliëntenraad in te stellen. De cliëntenraad heeft op basis van de wet bevoegdheden. Zo kent de wet een adviesrecht en een verzwaaard advies toe aan de cliëntenraad ten aanzien van een aantal onderwerpen waarover de zorgaanbieder een besluit wil nemen. Ten aanzien van een besluit over voedingsaangelegenheden van algemene aard geldt het verzwaaard adviesrecht. Dit betekent dat de zorgaanbieder van een door de cliëntenraad gegeven schriftelijk advies, alleen mag afwijken als een commissie van vertrouwenslieden dat heeft goedgekeurd. De richtlijn vocht en voedselvoorziening zal bij implementatie in het verpleeghuis dus eerst bij de cliëntenraad ter advisering moeten voorliggen.

De wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen. De wet kent een systeem van titelbescherming. Het voeren van een wettelijk beschermde titel is voorbehouden aan acht beroepen, de zogenaamde artikel 3 beroepen, waaronder de arts en de verpleegkundige. Voor deze artikel 3 beroepen is het tuchtrecht van toepassing. Daarnaast zijn in de wet een aantal beroepen aangewezen die het recht hebben op het voeren van een opleidingstitel en is het deskundigheidsgebied van die beroepen beschreven. Onder deze zogenaamde artikel 34 beroepen vallen de verzorgende IG (voorheen genaamd de ziekenverzorgende), de ergotherapeut, de diëtist en de logopedist.

Tot het deskundigheidsgebied van de verzorgende IG kan worden gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de verzorging, niet complexe behandeling en verpleging. Daarnaast het in opdracht van een beroepsbeoefenaar verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Ten aanzien van de ergotherapeut wordt tot het deskundigheidsgebied in dit kader gerekend het op verwijzing van de arts onderzoeken van de cliënt en behandelen van een cliënt met als doel het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke beperkingen bijvoorbeeld door technische aanpassingen bij het eten en drinken.

Ten aanzien van de diëtist wordt tot het deskundigheidsgebied gerekend het op verwijzing van de arts onderzoeken en behandelen van de cliënt, gericht op het bepalen van diens voedingstoestand en het vaststellen en behandelen van bepaalde voedingsgerelateerde ziektebeelden door toepassen van dieetadvies of therapie.

Ten aanzien van het deskundigheidsgebied van de logopedist is beschreven dat deze op verwijzing van de arts de cliënt uitwendig mag onderzoeken of en in hoeverre de vermogens tot veilig en efficiënt eten, drinken en slikken aanwezig zijn en daarnaast het behandelen van de cliënt gericht op het opheffen van de stoornissen in het adequaat eten, drinken en slikken.

De wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ)

De wet BOPZ geeft rechtsbescherming aan een psychogeriatrische cliënt die is opgenomen in een zogenaamde BOPZ-instelling zoals een psychogeriatrisch verpleeghuis, een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis of een aangemerkte afdeling in een verzorgingshuis. De wet BOPZ kent regels ten aanzien van de behandeling en verzorging van een psychogeriatrische bewoner gericht op zijn psychogeriatrische ziektebeeld. Zo moet er een BOPZ-onderdeel aan het zorgplan worden toegevoegd (zie voor somatische klachten de WGBO). In dit onderdeel van het zorgplan moet beschreven worden welke maatregelen men moet treffen om de psychogeriatrische stoornis van de cliënt zo goed mogelijk te verzorgen/behandelen. Er moet toestemming worden verkregen van de cliënt of diens vertegenwoordiger voor dit onderdeel van het zorgplan. Indien de cliënt zich verzet tegen uitvoering van het zorgplan kan men alleen tot uitvoering overgaan indien er een ernstig gevaar voor de cliënt zal optreden. Dit wordt een dwangbehandeling genoemd. Nu kan het ook zijn dat er een noodsituatie is ontstaan waarin het zorgplan niet in heeft voorzien. Men kan dan alleen de in de wet omschreven middelen of maatregelen toepassen indien er een ernstig en acute noodsituatie is. Het toedienen van vocht en voedsel als therapeutische maatregel valt onder de in de wet omschreven middelen of maatregelen. Deze toepassing mag maximaal zeven dagen duren. Indien de toepassing nog noodzakelijk blijft moet het middel of de maatregel worden opgenomen in het zorgplan.

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO geeft regels ten aanzien van de relatie tussen het verpleeghuis en de cliënt. Indien de cliënt wordt opgenomen in het verpleeghuis treedt er een zorgverleningsovereenkomst in werking. In de overeenkomst zijn rechten en plichten opgenomen van de cliënt en verpleeghuis. De belangrijkste plichten van het verpleeghuis zijn dat er informatie wordt

gegeven over en toestemming wordt gevraagd bij het opstellen en uitvoeren van het zorgplan ten aanzien van somatische klachten (zie voor psychogeriatrische klachten de wet BOPZ). Indien er geen toestemming is verkregen mag niet tot uitvoering worden overgegaan. Echter indien de wilsonbekwame cliënt zich verzet tegen een behandeling mag alleen tot uitvoering worden overgegaan indien er anders ernstige schade voor de cliënt zal optreden. Verder kan een cliënt toen hij nog wilsbekwaam was een schriftelijke wilsverklaring hebben opgesteld waarin is opgenomen dat hij een behandeling weigert, zoals een non-reanimatieverklaring of weigering sondevoeding. De arts dient gehoor te geven aan deze wilsverklaring tenzij er gegronde redenen zijn om dat niet te doen. Verder regelt de WGBO de centrale aansprakelijkheid van het verpleeghuis, regelt de inzage, bewaartermijn en vernietiging van het zorgplan.

Hazard Analysis Critical Control Points (HACCP)

Op 14 december 1995 is een nieuwe Warenwetregeling Hygiëne en Levensmiddelen in werking getreden. Dit naar aanleiding van de EEG-richtlijn inzake levensmiddelenhygiëne, 93/43/EEG d.d. 14 juni 1993, die op 1 januari 1996 van kracht is geworden en waarin de lidstaten van de EU verplicht zijn om in de eigen wet- en regelgeving nadere regels op te stellen inzake levensmiddelenhygiëne. In de Staatscourant werd op 12 december 1994 de ontwerp-warenwetregeling gepubliceerd. In artikel 30 van deze warenwetregeling worden bedrijven verplicht hun wijze van produceren dusdanig onder controle te brengen dat zij de veiligheid van hun producten kunnen waarborgen. Dit systeem is gebaseerd op de beginselen van HACCP.

Om de veiligheid van eet- en drinkwaren te realiseren dient men onder andere potentiële risico's bij de bereiding van eet- en drinkwaren te analyseren, kritische punten in het bereidingsproces te benoemen en doeltreffende controle- en bewakingsprocedures te omschrijven en ten uitvoer te brengen. De werkzaamheden bij de bereiding van eet- en drinkwaren worden vastgelegd in een schriftelijke rapportage en desgevraagd ter beschikking gesteld aan de met toezicht belaste ambtenaren.

Bovengenoemde regeling is van toepassing op ieder bedrijf dat eet- en drinkwaren bereidt, verwerkt, behandelt, vervoert, distribueert of verhandelt. Dit geldt dus ook voor ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

De Hygiëncode voor de voedselverzorging in instellingen in de gezondheidszorg en ouderenzorg, opgesteld door het Voedingscentrum, is gebaseerd op het HACCP systeem.

Bijlage 2
Voorbeeld Zorgplan

ZORGPLAN (= behandelplan + verpleegplan + begeleidingsplan)

Datum: ----- **Behandelbeleid:** -----
Naam cliënt: ----- **Opnamedatum:** -----
Afdeling: ----- **Somatiek / PG**

WGBO/BOPZ opname: vrijwillig geen bereidheid / geen verzet RM IBS

Doel opname: revalidatie vakantie opname / tijdelijke opname
 langdurige terminale zorg
opname

| | PROBLEEM | DOEL | ACTIVITEITEN (per discipline +frequentie) |
|------------------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| SOMATIEK | | | |
| ADL | | | |
| VOCHT/VOEDSEL | | | |
| MAATSCHAPPE- LIJK | | | |
| PSYCHE | | | |
| COMMUNICATIE | | | |

Middelen en Maatregelen:

Met patiënt / familie besproken JA / NEE Evaluatiedatum: -----
Patiënt / familie akkoord JA / NEE Wijziging: JA / NEE

Bijlage 3

Trefwoorden literatuursearch

| <u>Nummer:</u> | <u>Records:</u> | <u>Request:</u> |
|-----------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. | 3688 | Elderly in TI, AB, DE, TP, SH. |
| 2. | 3537 | Food in TI, AB, DE, TP, SH. |
| 3. | 186 | Geriatric nutrition/ all topical subheadings/ all age subheadings |
| 4. | 16261 | Effect |
| 5. | 20 | # 3 and effect |
| 6. | 39122 | Patient |
| 7. | 4498 | Participation |
| 8. | 144 | Patient participation |
| 9. | 3031 | Client |
| 10. | 4498 | Participation |
| 11. | 21 | Client participation |
| 12. | 162 | # 8 or # 11 |
| 13. | 4502 | Participation |
| 14. | 3185 | Involvement |
| 15. | 7061 | Participation or involvement |
| 16. | 29679 | Patient in TI, AB, DE, TP, SH. |
| 17. | 39122 | Patient |
| 18. | 3031 | Client |
| 19. | 40666 | Patient or Client |
| 20. | 2748 | # 15 and # 19 |
| 21. | 77 | # 20 and # 1 |
| 22. | 12 | # 20 and # 2 |
| 23. | 0 | # 20 and # 3 |
| 24. | 39363 | Manage |
| 25. | 59634 | Nursing |
| 26. | 18859 | Home |
| 27. | 1656 | Manage and nursing home |
| 28. | 22 | # 27 and # 2 |
| 29. | 14 | # 27 and # 3 |
| 30. | 30 | # 28 or # 29 |
| 31. | 58634 | Nursing |
| 32. | 18859 | Home |
| 33. | 5131 | Nursing home |
| 34. | 13752 | Cost |
| 35. | 892 | # 33 and # 34 |
| 36. | 3666 | # 2 or # 3 |
| 37. | 12 | # 35 and # 36 |
| 38. | 4921 | Cost in TI,AB,DE,TP,SH. |

| | | |
|-----|-------|-------------------------------------------------------|
| 39. | 1284 | Registrat |
| 40. | 3409 | Indicator |
| 41. | 82 | # 40 and # 36 |
| 42. | 58634 | Nursing |
| 43. | 15260 | Home |
| 44. | 6 | # 41 and nursing home |
| 45. | 0 | Fluidretention |
| 46. | 4 | Costeffectiveness in TI, AB, DE, TP, SH. |
| 47. | 9780 | Cost |
| 48. | 5367 | Cost in TI, AB, DE, TP, SH. |
| 49. | 9 | Health-care-costs /all topical subheadings/in old age |

Verklaring afkortingen:

| | |
|----|-----------------|
| TI | Title |
| AB | Abstract |
| DE | Descriptor |
| TP | Term in process |
| SH | Subheadings |

Bijlage 4

Begrippenlijst

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agnosie: | Het onvermogen zich bewust te worden van hetgeen wordt waargenomen. Bron: Coelho, Zakwoordenboek der Geneeskunde, 23 ^e druk 1989. |
| Anamnese: | Voorgeschiedenis van een ziekte zoals die uit mededelingen van een patiënt is te construeren. Bron: Pinkhof 1998 |
| Apraxie: | Verlies van mentale representatie of van een neuronaal netwerk met betrekking tot de fasering van de stappen om een taak tot een goed einde te brengen. Bron: Coelho, Zakwoordenboek der Geneeskunde, 23 ^e druk 1989. |
| Aspiratie: | Aanzuiging van vloeistof of vaste stof in de bronchi bij een inademing. Bron: Pinkhof 1998. |
| Ataxie: | Coördinatiestoornissen. Bron: Coelho, Zakwoordenboek der Geneeskunde, 23 ^e druk 1989. |
| Biochemie: | De kennis of het specialisme betreffende de chemische processen in het levend organisme. Bron: Pinkhof 1998. |
| Cerebrovasculair: | De bloedvaten in de hersenen betreffend. Bron: Pinkhof 1998. |
| Cognitief: | Betrekking hebbend op het kennen. Bron: Pinkhof 1998. |
| Compensatoir: | invloed opheffend. Bron: Pinkhof 1998 |
| Consistentie: | Structuur, hardheid, vastheid en stroperigheid van voedingsmiddelen. Te onderscheiden zijn: vaste voeding, gemalen voeding, zachte voeding, dik vloeibare voeding en dun vloeibare voeding. |
| Ethiek: | Ethiek is de wetenschappelijke bezinning op moraal. Onder moraal wordt verstaan een min of meer samenhangend geheel van normen en waarden die door (een groep) mensen wordt geaccepteerd als leidraad voor hun handelen. (Bron: Aghina M.J. Complexe zorgsituaties in verpleeghuizen. Handreiking voor management en professionals op basis van coma casuïstiek. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg 1994) |
| Gerontopsychiatrie: | Psychiatrie van bejaarden. Bron: Pinkhof 1998. |
| Hemianopsie: | Verlies van de helft van het gezichtsveld, tegenovergesteld aan de hersenhelft waarin het letstel is gelokaliseerd. |

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Bron: Operationalisatie van terminologie van de A-ONE (Arnadottiz Occupational Neurobehavioral Evaluation) van G. Annadottiz, 1996. |
| Heteroanamnese: | anamnese, opgenomen bij iemand anders dan de patiënt zelf, bijvoorbeeld bij een familielid. Bron: Coelho, Zakwoordenboek der Geneeskunde, 23 ^e druk 1989. |
| HKZ | Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. |
| MIK-V | Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen. |
| Neglect: | Neurologische stoornis in de aandacht voor een lichaamshelft. Bron: Pinkhof 1998 |
| Ondervoeding: | Een lichamelijke toestand voortkomend uit een tekort aan voedingsstoffen, gepaard gaand met gewichtsverlies en verminderde biologische functie. Bij ouderen wordt bij gewichtsverlies aan drie vormen gedacht, n.l. sarcopenia, cachexie en wasting. Bron: Roubenoff R. Eur. J. Clin. Nutr. (2000); 54 S40-S47. |
| | Sarcopenia: Het verlies van spierweefsel als gevolg van het ouder worden en minder bewegen. Bron: Roseberg J.H.. Summary Comments in Nutrition and the elderly (1989); 50 suppl 12311233. |
| | Cachexie: Het verlies van spierweefsel bij infectie of andere ziekten. Bron: Roubenoff R. et al., standardization of nomenclature of body composition in weight loss. Am. J. Clin Nutr. 1997; 66, 192-196. |
| | Wasting: Het verlies van spierweefsel en vetmassa bij ernstig tekort aan voedsel. Bron: zie cachexie. |
| Overvoeding: | Overvoeding ontstaat door een positieve energiebalans en heeft reserve vorming in de vorm van vet tot gevolg. Bij jongere volwassenen spreekt men van overvoeding wanneer b.v. de Quetelet- of Body Mass Index ($G/L^2 > 30$; G/L^2 is gewicht gedeeld door lengte in het kwadraat). Dit is gebaseerd op een verhoogd ziekte- en sterfterisico bij een dergelijke index in de jong volwassen leeftijdscategorie. Bij ouderen is (met uitzondering van functionele stoornissen bij zwaar overgewicht) dit verhoogde risico niet geconstateerd. De criteria zijn daardoor onduidelijk en men stelt mede daardoor zelden de diagnose overgewicht, maar adviseert een stabiel lichaamsgewicht te handhaven. Mensen ouder dan 70 jaar krijgen te maken met afname van lengte door osteoporose (in de wervelkolom). Daarnaast verandert de lichaamsamenstelling van oudere mensen. |
| Oraal, per os. | Os (lat.) = mond; via de mond of mondholte. |
| Organoleptie: | Het beoordelen middels proeven en ruiken. Bron: Van Dale Nederlands woordenboek. |

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Partiële ondervoeding of “Punt ondervoeding”: | Deze vorm van ondervoeding ontstaat als gevolg van een tekort aan een of meerdere voedingsstoffen/voedselcomponenten door een eenzijdige voeding, absorptie- of metabole stoornissen. Deze vorm van ondervoeding kan alleen of in combinatie met andere vormen van ondervoeding voorkomen. Bron: Nutricia Vademecum 2 Voeding en Ziekte, Elsevier, de Tijdstroom, Maarssen 1999. |
| Rigiditeit: | Pathologische stijfheid. Bron: Pinkhof 1998 |
| SAMPC: | Afkorting die staat voor Somatiek, ADL, Maatschappelijk, Psyche en Communicatie. Een structuur die ten grondslag ligt aan de opstelling van een individueel zorgplan. |
| Slikstoornis: | Alle verstoringen van het normale proces van zowel de bewuste verwerking van voedselbrokken en slokken drank en alle bewegingen in mond, keel en slokdarm die hierbij plaatsvinden, als van de onbewuste verwerking van o.a. speeksel. |
| Transnasale Endoscoop: | Dunne, flexibele kijker met lichtbundel, ingebracht via de neus |
| Tremoren: | Onwillekeurige ritmische bewegingen. |
| Videofluoroscopie: | Hierbij wordt met behulp van continue doorlichting met röntgenstralen de slikbeweging geobserveerd en vastgelegd met behulp van een videorecorder; dit wordt ook wel slikvideo genoemd. |
| Visus: | Gezichtsvermogen |
| Voeding: | Voeding (nutrition), het voeden of gevoed worden: omvat het geheel aan voedingsmiddelen, essentiële voedingsstoffen en voedselcomponenten dat door de mens gebruikt wordt (vocht en voedsel). |
| Voedingsdeficiëntie: | Tekort aan essentiële voedingsstoffen |
| Voedsel: | Voedsel (food) omvat het pakket aan voedings- of levensmiddelen dat voor de mens ter beschikking is. |

Goede voeding: Hierbij worden de richtlijnen goede voeding (Voedingsraad 1986/1989 en de rapporten van de Gezondheidsraad) als uitgangspunt genomen. De voeding bevat niet alleen voedingsstoffen volgens de aanbevolen hoeveelheden, maar richt zich ook op gezondheidsbevordering op de lange termijn.

(Bron: Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker, tweede herziene druk 1999)

Adequate voeding: Een adequate voeding levert voldoende energie en voedingsstoffen om de voedingstoestand te handhaven en is toereikend voor het dagelijks functioneren. Adequate voeding is gericht op de actuele situatie en op de effecten op middellange ter-

mijn en niet op gezondheidsbevordering op lange termijn. De preventie van ziekten als hart- en vaatziekten, diabetes en kanker heeft geen prioriteit.

(Bron: Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker, tweede herziene druk 1999)

Palliatieve voeding of wensvoeding: Palliatieve voeding of wensvoeding is primair gericht op het maximaal welbevinden en het oplossen van of kunnen omgaan met klachten. Het handhaven van de voedingstoestand, het leveren van voldoende energie en voedingsstoffen voor het dagelijks functioneren hoeft geen prioriteit te hebben, maar is niet uitgesloten. Palliatieve voeding of wensvoeding is gericht op effecten op de korte termijn. In de praktijk wordt hiervoor vaak de term wensdieet gebruikt, waarbij de wens van de cliënt bepalend is.

(Bron: Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker, tweede herziene druk 1999)

Dieetvoeding: Een dieetvoeding is een voeding die om medische redenen aan specifieke eisen moet voldoen ten behoeve van een individu.

Deze specifieke eisen kunnen betrekking hebben op verschillende aspecten van de voeding, bijvoorbeeld:

- gehalte aan voedingsstoffen;
- gehalte aan andere stoffen b.v. stoffen waarvoor een voedingsovergevoeligheid kan bestaan;
- frequentie van de maaltijden/verstrekkingen
- verdeling van de voedingsstoffen over verschillende maaltijden/verstrekkingen;
- consistentie van de voeding;
- toedieningsvorm van de voeding, n.l. enteraal of parenteraal;

(Bron: Voeding bij gezondheid en ziekte, N.E. Stegeman e.a., Groningen, Wolters-Noordhoff, ISBN 90-01-80982-0, tweede druk 1992)

Enterale voeding: Voeding via het spijsverteringskanaal.

Hierin valt de volgende indeling te maken:

Oraal, per os:

1. Aanvullende drinkvoeding bevat van bepaalde voedingsstoffen een hoge concentratie en kan gebruikt worden naast de normale voeding (bijvoorbeeld eiwitten, koolhydraten, vitamines en mineralen).

2. Volledige (vervangende) drinkvoeding is een vloeibare voeding, waarin de voedingsstoffen in een aanbevolen hoeveelheid en verhouding aanwezig zijn.
3. Modulaire voeding is een voedingssupplement met een hoge concentratie van één voedingsstof, dat naast of in de normale voeding kan worden gebruikt (bijvoorbeeld koolhydraat- of eiwitpreparaten).

Niet oraal, bijvoorbeeld via een voedingssonde:

1. Een voedingssonde is een slang, welke is ingebracht via de neus naar de maag of dunne darm.
2. Een PEG-sonde (Percutane Endoscopische Gastrostomiesonde) is een sonde die via de mond met behulp van gastroscopie wordt ingebracht in de maag en vervolgens via de buikwand naar buiten geleid.
3. Voor een PEJ-sonde (Percutane Endoscopische Jejunostomiesonde) geldt hetzelfde als voor een PEG-sonde, maar het voeden gebeurt in de nuchtere darm (jejunum).
4. Een gastrostomiesonde is een voedingssonde die operatief direct via de buikwand in de maag wordt gebracht.
5. Sondevoeding: vloeibare volledige voeding, die via een sonde wordt toegediend. Er zijn verschillende soorten sondevoeding, in te delen naar chemische samenstelling en voedingsstoffen samenstelling (b.v. polymere en monomere sondevoeding).

Polymere sondevoeding: sondevoeding die bestaat uit intacte eiwitten, vetten en koolhydraten en die een normale vertering en resorptie vereist.

Monomere sondevoeding: sondevoeding die macronutriënten in voorverteerde vorm bevat.

Parenterale voeding: Voeding buiten het maag-darmkanaal om, die bestaat uit voedingsstoffen in een vorm die direct in de bloedbaan wordt gebracht via een infuus.

Zorgplan: Een zorgplan brengt alle zorgverleningactiviteiten rond één patiënt en hun onderlinge samenhang in beeld, overeenkomstig de methodische stappen van de zorgcyclus. Essentieel is de patiëntgerichte benadering en het multidisciplinaire karakter.

(NVVz-nota 'Model Zorgplan Verpleeghuiszorg' 1993)

Bijlage 5

Het voedingsbeleidsteam

Het verankeren van het beleid met betrekking tot vocht en voedsel op drie niveaus in de organisatie wordt mede gefaciliteerd door de opgestelde richtlijn. Het is vervolgens zinvol dit beleid zo dynamisch mogelijk te maken. Dit kan onder meer door het beleid regelmatig te evalueren, het te toetsen op doelgerichtheid en doelmatigheid, voldoende deskundigheid beschikbaar te hebben en door alle ontwikkelingen actief te blijven volgen.

Voorbeeld voedingsbeleidsteam

In instellingen waar ervaring is opgedaan met het instellen van een voedingsbeleidsteam blijkt dat met betrekking tot de genoemde dynamiek, dit een belangrijk kwaliteitsinstrument is. Het gaat er om, dat op micro-, meso-, en macroniveau deskundige ondersteuning geboden wordt bij het onderhouden en ontwikkelen van het vocht- en voedselbeleid. Het voedingsbeleidsteam heeft geen verantwoordelijkheid in het kader van behandeling en besluitvorming met betrekking tot de individuele cliënt. De professionals en het management blijven vanzelfsprekend verantwoordelijk voor het te voeren beleid.

Doel

Het ondersteunen, ontwikkelen en toetsen van het beleid met betrekking tot vocht en voedsel, vanuit de specifieke deskundigheid op dit terrein.

Taken

Op microniveau

- Het dienen als vraagbaak voor de individuele cliënt, de familie of vertegenwoordiger en de multidisciplinaire teamleden.
- Het uitzoeken van (bij)scholingsmogelijkheden voor deskundigheidsontwikkeling van de medewerkers.
- Het op verzoek ondersteuning bieden bij het toepassen van richtlijnen en protocollen.
- Het op verzoek meten van de effecten van het individuele zorgbeleid met betrekking tot vocht en voedsel in het kader van het intern kwaliteitssysteem. En daarover teruggrapporteren.
- Het op verzoek beschikbaar stellen van informatiemateriaal.

Op mesoniveau

- Het begeleiden en implementeren van richtlijnen en protocollen.
- Het informeren van de afdelingen en de multidisciplinaire teamleden over ontwikkelingen op het gebied van vocht en voedsel.
- Het begeleiden van onderzoek op het gebied van vocht en voedsel.
- Het dienen als vraagbaak voor cliënten, voedingsassistenten, multidisciplinaire teamleden en afdelingsmanagers.

- Het toetsen van de effecten van het afdelingsbeleid met betrekking tot vocht en voedsel in het kader van het intern kwaliteitssysteem.
- Het rapporteren over de effecten van het gevoerde afdelingsbeleid.
- Het ondersteunen van gerichte (bij)scholingsverzoeken van afdelingen op dit gebied.
- Het op verzoek beschikbaar stellen van informatiemateriaal.

Op macroniveau

- De directie, c.q. raad van bestuur, gevraagd en ongevraagd adviseren met betrekking tot het ontwikkelen en het concretiseren van het beleid met betrekking tot vocht en voedsel.
- Het op verzoek ondersteunen van de cliëntenraad en/of de voedings-/menucommissie.
- Het volgen van alle relevante ontwikkelingen op het gebied van vocht en voedsel, gericht op kennis, uitvoering en beleidsvorming.
- Het informeren van de organisatie over ontwikkelingen op het gebied van vocht en voedsel.
- Het ontwikkelen en/of begeleiden en implementeren van richtlijnen en protocollen.
- Het initiëren en/of begeleiden van onderzoek op het gebied van vocht en voedsel.
- Het dienen als vraagbaak voor cliënten(raad), voedingsdienst en managers.
- Het leveren van een bijdrage aan opleidingsactiviteiten op dit gebied.
- Het toetsen van de effecten van het beleid met betrekking tot vocht en voedsel in het kader van het intern kwaliteitssysteem.
- Rapporteren over de effecten van het gevoerde beleid.

Werkwijze

Het voedingsbeleidsteam wordt benoemd door de directie, c.q. raad van bestuur, en wijst uit haar midden een voorzitter, een secretaris en een contactpersoon aan.

- Het voedingsbeleidsteam legt over haar activiteiten verantwoording af aan de directie, c.q. raad van bestuur.
- Het voedingsbeleidsteam komt periodiek bijeen.
- Het voedingsbeleidsteam kan beschikken over een eigen communicatiekanaal, bijvoorbeeld een informatiebulletin, een postbus, en tevens is de contactpersoon aanspreekbaar voor vragen.
- Het voedingsbeleidsteam brengt binnen de afgesproken tijd rapporten en/of adviezen uit.
- Het voedingsbeleidsteam rapporteert jaarlijks aan de directie ten behoeve van het aanleveren van bouwstenen voor het kwaliteitsjaarverslag.
- Regelmatig worden onderdelen van het vocht- en voedselbeleid onder de loep genomen en geëvalueerd.
- Het voedingsbeleidsteam heeft de beschikking over moderne informatie/ communicatiemiddelen ten behoeve van het uitvoeren van haar taken.

Samenstelling voedingsbeleidsteam

In het voedingsbeleidsteam moet voldoende kennis en inzicht op het gebied van vocht en voedsel en het organisatieproces aanwezig zijn. Het gaat om de beschikbaarheid van de deskundigheid, dus kan er gewerkt worden met permanente leden, of afhankelijk van de vraagstelling, met toegevoegde leden.

Aanbevelingen voor de samenstelling:

- Diëtist;
- Verzorgende/verpleegkundige;
- Medewerker voedingsdienst;
- Kwaliteitsmedewerker;
- Verpleeghuisarts;
- Secretariële ondersteuning.

Het team moet desgewenst kunnen terugvallen op andere deskundigheid in of buiten het verpleeghuis, zoals ergotherapie en logopedie.

Bijlage 6

Screeningslijst voedingstoestand

Risicofactoren voor het ontstaan van een slechte voedingstoestand:

Voedselinname (zie scorelijst)

- score 1= beslist ontoereikend
- score 2 = op termijn ontoereikend
- score 3 = volwaardig

Gewichtsverandering

vorig gewicht:..... Kg (datum.....)

huidig gewicht: Kg (datum.....)

- meer dan 3 kg gewichtsverlies binnen 1 maand
- meer dan 4 kg gewichtsverlies binnen 3 maanden
- meer dan 6 kg gewichtsverlies binnen 6 maanden

Voedingsbehoefte is vergroot

- door: decubitus / langdurige diarree/ braken/ koorts/ ernstige infecties/ ziekte van Parkinson/
kanker/ aids/ verhoogde lichamelijke activiteit/.....

Kauw- en slikstoornissen

- er is sprake van kauw- of slikstoornissen

Bij een of meer aankruisingen wordt de voedingstoestand bedreigd.

Beoordeling voedingstoestand SVV:

.....

vervolg z.o.z

Score voedselinname per dag

(deze lijst is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de voedselinname)

| score | 1 (slecht) beslist ontoereikend | 2 (matig) op termijn ontoereikend | 3 (goed) volwaardige voeding |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| broodmaaltijden | geen melkproducten geen vers fruit 1 à 2 boterhammen met beleg of 1 à 2 keer per dag pap de bewoner laat hier regelmatig wat van staan of dagelijks een groot gedeelte | 1-2 glazen melk/melkproducten 1 à 2 keer per week vers fruit/ vruchtensap 2 à 3 boterhammen waarvan 1-2 met hartig beleg of 1 à 2 keer per dag pap | 2 glazen melk/melkproducten 1 keer vers fruit/vruchtensap per dag 3 à 4 boterhammen of dergelijke, waarvan 1-2 met hartig beleg of 2 keer per dag pap |
| warme maaltijden | bewoner laat regelmatig de gehele warme maaltijd staan | onvolledige warme maaltijd: bewoner laat onderdelen staan of eet enkele dagen per week geen warme maaltijd | volledige warme maaltijd: 2-3 aardappelen 2-3 lepels groente portie vlees of vervanging nagerecht |
| vocht | minder dan 1000 ml | 1000-1500 ml | meer dan 1500 ml |
| toelichting | deze voeding levert onvoldoende voedingsstoffen de voedingstoestand loopt gevaar | deze voeding levert op termijn onvoldoende voedingsstoffen de voedingstoestand gaat achteruit | deze voeding levert voldoende voedingsstoffen om de voedings- toestand te handhaven |

Doelstelling voeding (vaststellen tijdens het multidisciplinair overleg)

- handhaven goede voedingstoestand/ herstel voedingstoestand
adequate voeding
dekt volledig de (verhoogde) behoefte; tekorten worden aangevuld door bijvoeding, suppletie of sondevoeding
- streven naar best haalbare voedingstoestand
optimale voeding
eventuele tekorten trachten we binnen de mogelijkheden en wensen van de cliënt te voorkomen door bijvoeding en/of suppletie (geen sondevoeding)
- acceptatie verslechtering voedingstoestand
wensvoeding
effecten op langere termijn niet belangrijk, geen bijvoeding

Screeningslijst voedingstoestand verpleeghuis (SVV): A. scorelijst voor de bedreigingen van de voedingstoestand; B. scorelijst voor de beoordeling van de voedselinname (zie A) en C. keuzelijst voor het vaststellen van het voedingsbeleid. Naar L. Sleutel e.a.' Het voedingsbeleid voor verpleeghuisbewoners: praktijkervaringen van twee diëtisten '.

Bijlage 7

Oorzaken van inadequaar eten bij ouderen

(naar Clarke DM et al. 1998; zie lit.ref. 24, hoofdstuk 3)

Lichamelijke oorzaken

Verminderde energiebehoefte

- Afname van de stofwisselingssnelheid
- Afname van lichamelijke activiteit

Veranderde zintuiglijke waarneming

- Stoornis in de smaakwaarneming
- Stoornis in de geurwaarneming
- Stoornis in de visuele waarneming

Effect(en) van medicatie

Gestoorde eetlust

- Zinktekort
- Afname van motivatie door gebruik van opioïden
- Versterkt verzadigingseffect van cholecystokinine

Gestoorde maag-/darmfunctie

- Leefstijdsgebonden veranderingen in de slokdarm
- Hypochloorhydrie (tekort aan zoutzuur in het maagsap)

Afname van maag-/darmbewegingen

Ziektebeelden

- Lokaal: w.o. ziekten van het gebit of maag- en darmziekten
- Algemeen: w.o. kanker, infectie
- Neurologisch: w.o. ziekte van Parkinson

Psychologische oorzaken

Cognitieve stoornissen

- Delier
- Dementie
- Zwakbegaafdheid

Depressie

- Verlies van interesse, plezier en motivatie

Voedselangsten

Fobie

Obsessie

Chronische of vertraagde anorexia nervosa

Chronische psychose

Sociale en culturele oorzaken

- Sociale isolatie
- Afnomen mobiliteit en ontbreken van vervoer
- Verminderde toegang tot gewenst voedsel
- Ontbreken van een adequate verzorger / verzorgende
- Armoede
- Culturele waarden met betrekking tot een goed dieet, respectievelijk goede voeding

Bijlage 8

Frequent gebruikte medicatie door ouderen, met mogelijk negatieve invloed op de voedingstoestand

(Naar White JV, 1994; zie lit. ref. 26, hoofdstuk 3)

Alcohol

Analgetica (pijnstillers)

- Aspirine

Antibiotica

Ontstekingsremmers

- Corticosteroïden (vergelijkbaar met het bijnierschors hormoon cortisol)
- Nonsteroïdale ontstekingsremmers (NSAID's)

Cardiovasculaire middelen

- Anti-arrhythmica
- Antihypertensiva
- Kalium-supplementen
- Hartglycosiden

Middelen m.b.t. het centraal zenuwstelsel

- Antidepressiva
- Antipsychotica
- Anti-epileptica

Hormonale en metabole middelen

- Orale bloedglucoseverlagende middelen

Maag-/darmmiddelen

- Antacida
- Laxantia
- H₂-receptor antagonisten

Bijlage 9

Plaatsbepaling van de richtlijn binnen het Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen (MIK-V) en het HKZ-schema Verzorgingshuizen

Iedere instelling staat voor de opgave om het onderwerp ‘kwaliteit van zorg’ systematisch en aantoonbaar op de agenda te hebben. Binnen de organisatie van de zorg en de bedrijfsvoering moeten de voorwaarden operationeel aanwezig zijn om het beoogde, beloofde en overeengekomen zorgaanbod ook daadwerkelijk te kunnen realiseren. Een dergelijke werkwijze vereist dat processen beheerst en aangestuurd worden. Een intern kwaliteitssysteem is daarbij een hulpmiddel bij uitstek.

MIK-V

Door de meeste verpleeghuizen wordt daarbij gebruik gemaakt van het *Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen (MIK-V)*. Er zijn dan ook meerdere MIK-V onderwerpen voorwaardelijk om met deze richtlijn aan de slag te kunnen gaan. Bovendien komen in de multidisciplinaire richtlijn vocht- en voedselvoorziening zaken aan de orde waarmee invulling gegeven wordt aan bestaande MIK-V onderwerpen voor wat betreft voedingszorg. Genoemd kunnen worden: de mens- en zorgvisie (veld 3), het zorgplansysteem en multidisciplinair werken (veld 7), informatieverstrekking (veld 4), vaktechnische protocollen (8-1), maaltijdvoorziening (8-12), noodzakelijke vaardigheden en deskundigheden (11-1), en wellicht ook een onderwerp als basiskwaliteit zorg- en dienstverlening (6-5).

HKZ-schema verzorgingshuizen

De relaties tussen de multidisciplinaire richtlijn vocht- en voedselvoorziening en het *HKZ schema Verzorgingshuizen* liggen in algemene zin op de volgende onderwerpen:

1. informatieverstrekking;
2. ethische aangelegenheden;
3. zorgplansysteem;
4. overeenkomst;
5. interne en externe zorgcoördinatie;
6. waardering door de cliënt en medezeggenschap van cliënten;
7. klachten;
8. zorg- en kwaliteitsbeleid;
9. zorgvisie;
10. produkt- en dienstbeschrijving;
11. procedures op het gebied van voedingverzorging (HACCP);
12. deskundigheid;
13. bewaking van diensten door derden.