

Screenen van ondervoeding op de polikliniek noodzaak

Ondervoeding is nog steeds een groot probleem binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Het probleem begint echter al wanneer patiënten zich nog in de thuissituatie bevinden. Het screenen van ondervoeding op de polikliniek vraagt een investering van de diëtist, maar is een essentiële stap op weg naar het terugdringen van het ondervoedingsprobleem in de totale zorgketen.

Ziektegerelateerde ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten. Deze nadelige effecten lopen uiteen van verlies van spiermassa en lagere kwaliteit van leven tot een verhoogd risico op overlijden.

Ondervoeding is nog steeds een groot probleem binnen Nederlandse ziekenhuizen. Bij opname in het ziekenhuis is ongeveer 25% van de patiënten ondervoed. Op de polikliniek is de prevalentie relatief laag; in Nederland ligt deze rond de 5%.¹ Uitgaande van de grote aantallen consulten op de polikliniek – jaarlijks meer dan 10 miljoen nieuwe polikliniekbezoeken – gaat het echter om meer dan 100.000 ondervoede patiënten per jaar.⁵

Binnen de poliklinische setting is een aantal hoogrisico-afdelingen voor ondervoeding te onderscheiden. Ondervoeding komt het meest voor op de poliklinieken:¹

- Mond- en kaakchirurgie (17%)
- Geriatrie (15%)⁴
- Oncologie (10%)
- Revalidatie (8%)
- Heelkunde (7%)
- Maag-, darm- en leverziekten (7%)
- Longziekten (7%).

De prevalentie van ondervoeding bij het preoperatief anesthesiologisch onderzoek is 6 à 7%.^{2,3} Bij bijna 40% van de preoperatieve ondervoede patiënten gaat het om patiënten met een oncologische aandoening.

Noodzaak screenen op polikliniek

Vanwege de negatieve invloed van ondervoeding op het ziektebeloop heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2007 screening van ondervoeding bij opname in het ziekenhuis toegevoegd aan de basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen. Kwaliteitsindicatoren zijn bedoeld om kwaliteit in de zorg meetbaar en transparant te maken. Sets met kwaliteitsindicatoren leveren uiteindelijk keuze-informatie voor cliënten en patiënten op. Zorgaanbieders kunnen er de kwaliteit van hun zorg mee verbeteren, bovendien kunnen ze zich ermee profileren. Zorgverzekeraars kunnen de kwaliteitsindicatoren gebruiken bij het inkopen van zorg. De inspectie gebruikt kwaliteitsindicatoren voor risicogestuurd toezicht. Zij kan ermee bepalen waar mogelijk risico's bestaan voor de kwaliteit van de zorg.

Ondanks de grote aandacht voor het probleem ondervoeding loopt de prevalentie bij ziekenhuisopname nauwelijks terug. Een belangrijke reden is dat het ondervoedingsprobleem al ontstaat in de periode vóór opname. Bovendien is door de steeds korter wordende ligduur de periode tijdens opname (te) kort om ondervoeding ef-

Criteria ondervoeding

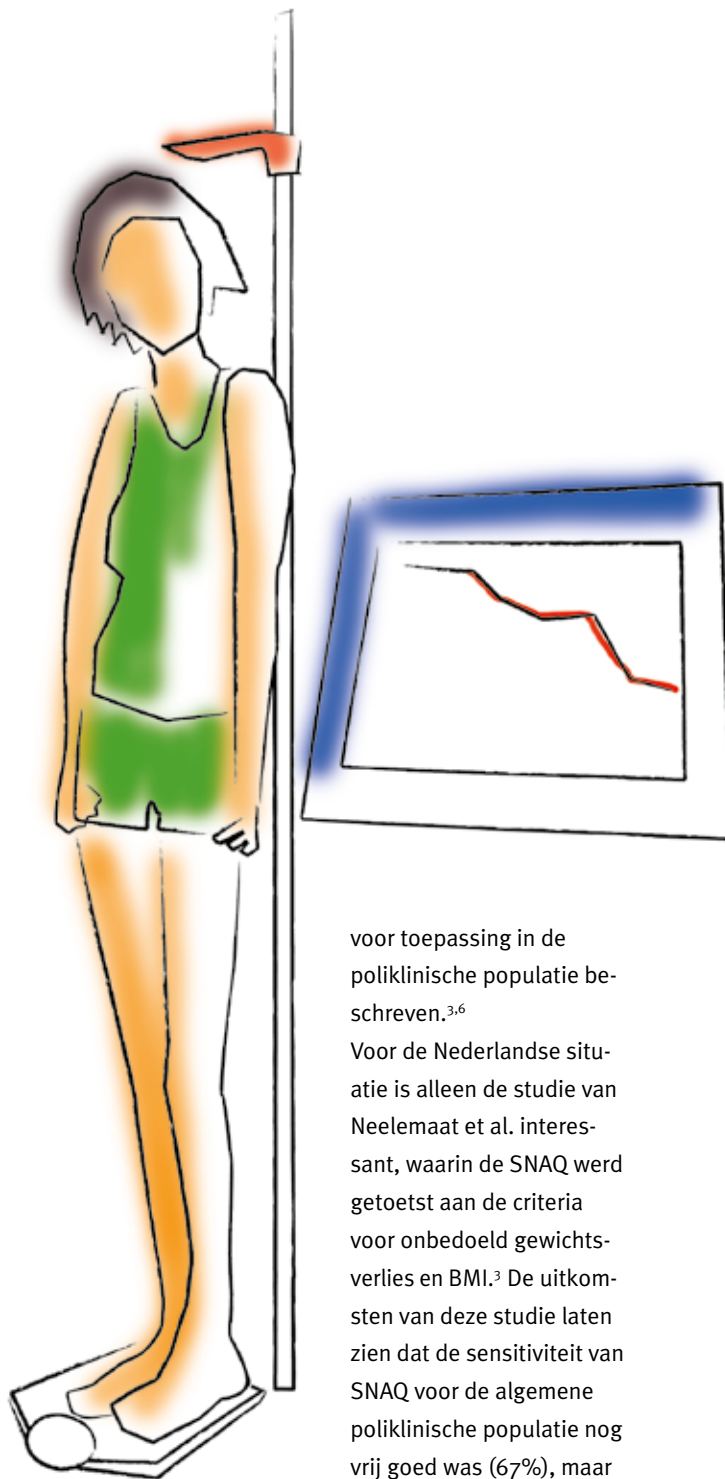
- > 5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand, of
- > 10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden, of
- BMI < 18,5 (patiënten ≤ 65 jaar) of < 20 (patiënten > 65 jaar)

fectief te behandelen. In Nederland was de gemiddelde ligduur in de jaren vijftig nog ongeveer 20 dagen, zo'n 10 jaar geleden was dit gezakt naar circa 8 dagen, en inmiddels is het omstreeks 5 dagen.⁵ De korte tijd in het ziekenhuis wordt veelal efficiënt ingevuld met een scala aan onderzoeken en/of behandelingen waarvoor de patiënt al dan niet nuchter moet zijn. Het aanpakken van het ondervoedingsprobleem tijdens opname is dus een uitdaging op zich.

Verschuiving van de ondervoedingszorg naar de polikliniek is een logische en noodzakelijke stap. Toch blijkt dat slechts 17% van de ondervoede patiënten op de polikliniek onder behandeling is van een diëtist.¹ De patiënten worden blijkbaar dus niet herkend óf niet doorgestuurd voor individuele dieetbehandeling. Daarom heeft de IGZ besloten de indicator ondervoeding uit te breiden met screening op poliklinische hoogrisico-afdelingen. In 2013 richt deze indicator zich nog alleen op screening van volwassen patiënten die poliklinisch een preoperatief anesthesiologisch onderzoek ondergaan. Het is de verwachting dat het screenen van geriatrische en oncologische patiënten wordt opgenomen in de basisset van 2014.

Validiteit screeningsinstrumenten

Om te bepalen of een screeningsinstrument betrouwbaar is om te gebruiken in een specifieke groep, in dit geval de poliklinische populatie, wordt het instrument vergeleken met een zogenoemde 'gouden standaard'. Een gouden standaard is die methode die met de grootst mogelijke zekerheid aangeeft of iemand ondervoed is. Omdat de gouden standaard van ondervoeding ontbreekt, wordt veelal gebruikgemaakt van de geaccepteerde criteria op basis van onbedoeld gewichtsverlies en BMI (zie kader). Het screeningsinstrument wordt vergeleken met de referentiecriteriën om de diagnostische waarde te bepalen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de sensitiviteit: de mate waarin de uitslag van het screeningsinstrument ondervoeding goed voorspelt, en de specificiteit: de mate waarin iemand die niet ondervoed is ook als dusdanig uit de test komt. Daarnaast wordt gekeken naar de positief en negatief voorspellende waarde. De positief voorspellende waarde geeft het percentage patiënten weer dat door het screeningsinstrument is aangemerkt als ondervoed en ook daadwerkelijk ondervoed is. De negatief voorspellende waarde is het percentage patiënten dat gescreend is als goed gevoed en dat ook daadwerkelijk is. Uit de literatuur is bekend dat er ongeveer 30 gevalideerde screeningsinstrumenten voor de ziekenhuissetting zijn. Bij slechts 2 daarvan is de validiteit van het instrument



voor toepassing in de poliklinische populatie beschreven.^{3,6}

Voor de Nederlandse situatie is alleen de studie van Neelemaat et al. interessant, waarin de SNAQ werd getoetst aan de criteria voor onbedoeld gewichtsverlies en BMI.³ De uitkomsten van deze studie laten zien dat de sensitiviteit van SNAQ voor de algemene poliklinische populatie nog vrij goed was (67%), maar voor de preoperatieve pa-

tiënten te wensen overliet (53%). De specificiteit was voor beide populaties goed.

Welk screeningsinstrument?

Een recente, grootschalige multicenter-studie, geïnitieerd door de Stuurgroep Ondervoeding, bevestigt dat de diagnostische nauwkeurigheid van de SNAQ niet voldoende is.⁷ Vergeleken met de criteria in het kader had de MUST een acceptabele sensitiviteit (75%), maar een lage positief voorspellende waarde (43%). Het instrument wijst dus

meer mensen aan dan daadwerkelijk ondervoed zijn (in ons onderzoek: 108 van de 2236 patiënten). Dit is niet wenselijk, omdat dit onnodig de werkdruk zal verhogen. Deze 'overschatting' van het aantal ondervoede patiënten blijkt met name veroorzaakt te worden door de vraag 'Is de patiënt ernstig ziek en (kans op) > 5 dagen geen voedselinname?' Veel patiënten scoren positief op deze vraag, terwijl ze volgens de criteria niet ondervoed zijn.

De SNAQ heeft een lage sensitiviteit (43%) en herkent dus te weinig ondervoede patiënten. Deze lage score kan grotendeels verklaard worden door de afwezigheid van BMI in dit screeningsinstrument. Wanneer de SNAQ gecombineerd wordt met BMI, wordt 95% van de ondervoede patiënten correct herkend.⁷

Deze resultaten wijzen uit dat zowel MUST als SNAQ niet geschikt is voor poliklinische screening. Geadviseerd wordt om voor poliklinische screening op ondervoeding bij voorkeur de criteria ondervoeding te gebruiken (zie kader). Steeds meer medische centra stappen over op een elektronisch dossier, waarin de criteria voor ondervoeding eenvoudig kunnen worden ingebouwd. Indien er geen elektronisch dossier beschikbaar is, kan eventueel overwogen worden om de SNAQ af te nemen én de BMI te bepalen. Dit samen geeft een goede benadering van de criteria voor ondervoeding. Wanneer er klinisch met de MUST gescreend wordt, kan dit poliklinisch worden doorgetrokken, er rekening mee houdend dat dit instrument een overschatting kan geven. Het is extra belangrijk dat degene die screent goede instructies krijgt over hoe de vraag over ernstige ziekte en voedselinname ingevuld moet worden.

Screeningsuitslag, en dan?

Screening zonder behandeling is zinloos. De patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoed' moeten binnen één werkdag verwezen worden naar de diëtist. Afhankelijk van de indicatie kan dit een diëtist van de polikliniek zijn, dan wel een diëtist uit de eerste lijn. De poliklinische diëtist heeft toegang tot de medische status en heeft vaak korte lijnen met de overige behandelaars, wat grote voordelen heeft bij intensieve behandeltrajecten. De diëtist in de eerste lijn heeft juist een kortere lijn met de huisarts en kan wellicht beter inspelen op de thuissituatie. Screening is een eerste signalering van het probleem ondervoeding. Belangrijk is dat na de screening de diëtist de daadwerkelijke diagnostiek van de voedingstoestand uitvoert volgens de stappen in de dieetbehandelrichtlijn voor ondervoeding.⁸ Met de informatie over de voedingsinname in relatie tot de behoefte, de lichaamssamenstelling,

laboratoriumgegevens en medische, sociale en fysieke factoren wordt uiteindelijk de diagnose vastgesteld. Op basis van deze diëtistische diagnose worden de behandeldoelen opgesteld en wordt de behandeling gestart. Op dit moment kan nogmaals de afweging worden gemaakt of de behandeling wordt uitgevoerd door een diëtist in de eerste lijn of door de diëtist van de polikliniek.

Centrale rol diëtist

De diëtist heeft een centrale rol binnen de screening en behandeling van ondervoeding op de polikliniek. Implementeren is echter vooral ook teamwork. Uit ervaring weten we dat het goed is om een werkgroep te vormen met een (senior) verpleegkundige of physician assistant, een arts, een diëtist en bij voorkeur ook een kwaliteitsmedewerker. Een goed projectplan is essentieel om doelmatig aan de slag te kunnen. In de toolkit op www.stuurgroepondervoeding.nl zijn documenten te downloaden voor de implementatie van screening en behandeling van ondervoeding op de polikliniek, zoals een projectplan en een folder.⁹ Uitgangspunt in de implementatie is om elke stap goed te definiëren, met aandacht voor de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende disciplines. Duidelijkheid in multidisciplinaire en transmurale samenwerking maakt dat knelpunten op tijd worden gesignaleerd en door de juiste persoon worden opgelost.

Het screenen van ondervoeding op de polikliniek vraagt op dit moment een investering van de diëtist, maar is een essentiële stap op weg naar het terugdringen van het ondervoedingsprobleem in de totale zorgketen.

Jacqueline Langius, Eva Leistra, Marian van Bokhorst-de van der Schueren, Hinke Kruijenga
Stuurgroep Ondervoeding

Correspondentie:

jacquelinelangius@stuurgroepondervoeding.nl

Literatuur

De literatuurreferenties kunt u vinden op www.ntvd-site.nl.

