

# Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding

Anja Evers, Hinke Kruijenga en Janneke Schilp

## De kern

- ▶ Ook in de eerste lijn komt ondervoeding vaak voor.
- ▶ SNAQ<sup>65+</sup> (*Short Nutritional Assessment Questionnaire for 65+*) is een gevalideerd instrument om ondervoeding op te sporen in de eerste lijn.
- ▶ De LESA Ondervoeding ([www.stuur-groepondervoeding.nl](http://www.stuur-groepondervoeding.nl)) > Eerstelijnszorg en thuiszorg) bevat samenwerkingsafspraken tussen huisartsen, verpleegkundigen en diëtisten.
- ▶ De taken van de praktijkondersteuner bij ondervoeding zijn opsporing van patiënten met ondervoeding en begeleiding van patiënten met risico op ondervoeding.

## Inleiding

Ondervoeding bij ziekte is een probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Uit cijfers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat 25 tot 40% van de ziekenhuispatiënten, 20 tot 25% van de verpleeghuispatiënten en 15 tot 20% van de thuiszorgcliënten ondervoed is (zie *figuur 1*).<sup>2</sup> De LPZ bevat geen cijfers over de huisartsenpraktijk; andere onderzoeken geven een spreiding van 0-15%.<sup>3</sup> We spreken van ondervoeding als er sprake is van meer dan 5% onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen maand of meer dan 10% onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen 6 maanden of een BMI < 18,5 bij volwassenen tot 65 jaar of < 20 bij ouderen vanaf 65 jaar. Bij COPD geldt een BMI van < 21. Ondervoeding ontstaat als een patiënt te weinig binnenkrijgt – soms door een verhoogde behoefte – aan energie, eiwitten en andere voedingsstoffen. Dit leidt tot afname van gewicht en spiermassa en tot extra complicaties na medische behandeling, verminderde weerstand, slechte wondgenezing, verhoogde kans op infecties en verminderde kwaliteit van leven. Verschillende onderzoeken tonen aan dat ondervoeding bovendien leidt tot substantieel hogere

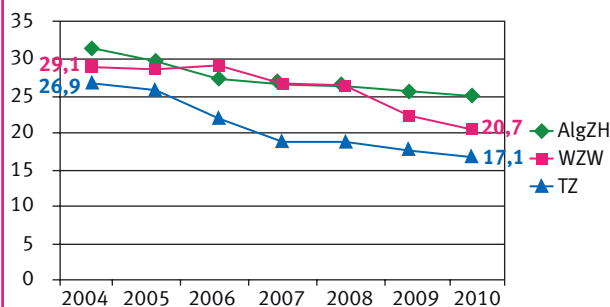
kosten van de gezondheidszorg en meer sterfte.<sup>4,5</sup> Vroege herkenning en behandeling zijn noodzakelijk om deze negatieve gezondheidsgevolgen te voorkomen. De belangrijkste risicogroepen voor ondervoeding zijn ouderen, chronisch zieken, oncologische patiënten en patiënten voor en na een ziekenhuisopname (zie *kader 1*).

## Kader 1 Risicofactoren ondervoeding

- Inzet thuiszorg, wonen in woonzorgcentrum.
- Ouderen (> 80 jaar).
- Meerdere ziekten en/of een chronisch ziekte, zoals COPD, hartfalen, CVA, depressie, dementie, inflammatoire darmziekten, decubitus, reumatoïde artritis, maligniteiten.
- Polyfarmacie.
- Lichamelijke beperkingen (fractuur).
- Niet-passende gebitsprothese en/of met kauw- of slikproblemen.
- Voor, na en tijdens opname in het ziekenhuis.
- Psychosociale problemen en verwaarlozing.
- Alcohol- of drugsmisbruik.
- Vereenzaming.

Onlangs is de LESA Ondervoeding<sup>1</sup> gepubliceerd, die moet leiden tot een gezamenlijke aanpak van ondervoeding door verpleegkundige, huisarts(praktijk) en diëtist. Een samenvattingskaartje van deze LESA vind je bij dit tijdschrift. De aanpak start met vroege signalering, een belangrijke taak voor de praktijkondersteuner. Daarom hebben de VU en de Stuurgroep Ondervoeding een eenvoudig signaleringsinstrument ontwikkeld, de SNAQ<sup>65+</sup> (*Short Nutritional Assessment Questionnaire for 65+*) (zie *kader 2*). Ook is een toolkit beschikbaar die de uitvoering van de LESA Ondervoeding ondersteunt.

**Figuur 1** Prevalentie van ondervoeding in de verschillende sectoren van zorg 2004-2010



Bron: LPZ 2004-2010

Alg ZH = algemeen ziekenhuis

WZW = wonen, zorg en welzijn (verpleeg- en verzorgingshuizen)

TZ = thuiszorg

### Casus de heer Van de Burg (1)

De heer Van de Burg is 81 jaar. Zijn vrouw is een jaar geleden overleden en hij woont zelfstandig met hulp van zijn dochter. Sinds het overlijden van zijn vrouw is zijn verwardheid en vergeetachtigheid toegenomen. In het kader van de zorg voor ouderen neemt de praktijkondersteuner een anamnese af om eventuele problemen op te sporen. Tijdens het consult is de dochter van de heer Van de Burg ook aanwezig. Zij maakt zich zorgen over haar vader, hij vergeet steeds meer, is soms onrustig en heeft meer hulp nodig bij de dagelijkse handelingen. Hij komt ook nauwelijks de deur meer uit en zijn conditie gaat langzaam achteruit. Na doorvragen vertelt de dochter ook dat zijn eetlust afneemt: hij eet drie maaltijden per dag, maar steeds minder. Hij vergeet ook regelmatig tussendoor iets te eten of te drinken. Het is haar ook opgevallen dat zijn kleding ruimer zit. Na wegen blijkt dat de heer Van de Burg 3,5 kg is afgevallen in 6 maanden. Zijn bovenarmomtrek is 26 cm.

### 'Het valt wel mee'

Bij verschillende, ook chronische aandoeningen is onbedoeld gewichtsverlies een signaal dat er iets mis is. Onbedoeld gewichtsverlies komt bijvoorbeeld voor bij COPD, hartfalen, dementie en kanker, maar ook bij eenzaamheid en verwaarlozing. Meldt een patiënt gewichtsverlies bij de huisarts, dan is nader onderzoek naar de oorzaak nodig. Daarnaast is het zaak ook aandacht te hebben voor het gewichtsverlies. Bij een ziekte als onderliggend lijden hebben diagnostiek en een tijdige start van de behandeling doorgaans prioriteit en schiet behandeling van ondervoeding er nogal eens bij in.

Dat is ook niet altijd eenvoudig. Patiënten hebben de neiging om hun klachten te bagatelliseren: 'Ach, het

valt allemaal wel mee, afvallen hoort nu eenmaal bij het ouder worden.' Soms zegt een patiënt dat omdat hij er niet nog een hulpverlener bij wil. Maar voor de oudere en zieke patiënten geldt dat ze zich sterker voelen en meer aankunnen als ze over een goede voedingstoestand beschikken.

### Screening in de huisartsenpraktijk

Ondervoeding is dus een risico voor verschillende groepen patiënten. Het is van belang dat je alert bent op verslechtering van de voedingstoestand. Om ondervoeding op te sporen, maken huisartsen vaak gebruik van de in de inleiding gepresenteerde definitie van ondervoeding. Voor praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen hebben de VU en de Stuurgroep een snel en eenvoudig signaleringsinstrument ontwikkeld. Met de SNAQ<sup>65+</sup> (*Short Nutritional Assessment Questionnaire for 65+*) kun je ondervoeding bij 65-plussers opsporen (zie kader 2).<sup>6</sup>

In plaats van berekening van de BMI is gekozen voor het meten van de bovenarmomtrek, omdat dit gemakkelijker en betrouwbaarder is uit te voeren en een betere voorspeller is voor overlijden.<sup>7</sup> Een bovenarmomtrek < 25 cm geeft bij ouderen een 3 keer zo grote kans om te overlijden binnen 15 jaar in vergelijking met een normale bovenarmomtrek. Een bovenarmomtrek van 25 cm komt overeen met een BMI van 21 kg/m<sup>2</sup>.

De armomtrek wordt gemeten om het midden van de blote linkerbovenarm. Om het midden van de bovenarm te bepalen, buigt de cliënt de onderarm in een hoek van 90°, waarbij de handpalm naar binnen is gericht. Door middel van palpatie wordt de plaats van het acromion (het driehoekig uitsteeksel aan de top van het schouderblad; de punt van de schouder) bepaald. Markeer eveneens de olecranon (onderste punt van de elleboog). Leg nu het meetlint met de nul op het acromion en laat het langs de zijkant van de arm in een verticale lijn naar de olecranon lopen. Met behulp van het meetlint wordt het midden tussen deze twee markeerpunten bepaald en gemarkeerd (*figuur 2a en 2b*). Op deze hoogte wordt de armomtrek gemeten (*figuur 2c*) door het meetlint om de arm te leggen zonder met het meetlint de huid in te drukken. Voor patiënten jonger dan 65 jaar is ook een instrument beschikbaar: Gewicht- en gewichtsverlies<sup>65-</sup>. Dit instrument maakt gebruik van het percentage gewichtsverlies (> 5-10% gewichtsverlies in de afgelopen 6 maanden) en de BMI.<sup>8</sup> Er is sprake van ondervoeding bij een BMI < 18,5 kg/lengte<sup>2</sup> of van risico op ondervoeding bij een BMI van 18,5 tot 20 kg/lengte.<sup>2</sup>

## Kader 2

### SNAQ<sup>65+</sup>

De SNAQ<sup>65+</sup> omvat 3 vragen:

- 1 Bent u *onbedoeld* 4 kg of meer afgevallen in de laatste zes maanden?
- 2 Meet uw bovenarmomtrek minder dan 25 cm?
- 3 a. Had u afgelopen week een verminderde eetlust?  
b. Kunt u een trap op- en aflopen zonder te rusten?

Bij een bevestigend antwoord op de eerste twee vragen is er sprake van ondervoeding. Bij uitsluitend een positief antwoord op vraag 3a én een negatief antwoord op vraag 3b loopt de patiënt risico op ondervoeding.

Onder overige patiënten, volwassenen tussen de 18 en 65 jaar, is ondervoeding op te sporen met behulp van de BMI en het percentage onbedoeld gewichtsverlies.

In dit signaleringsinstrument zijn alternatieven aangegeven voor het percentage gewichtsverlies in kilo's en voor de bovenarmomtrek in plaats van de BMI. Het signaleringsinstrument bevat een meetlint in de vorm van een sleutelkoord om de bovenarmtrek snel te kunnen meten.



### Ondervoed, en dan?

Afhankelijk van de lokale afspraken heb je als praktijkondersteuner een meer of minder actieve rol bij de opsporing van ondervoeding. Afspraken gaan bijvoorbeeld over risicogroepen, de frequentie van meten en het vervolgbeleid. Als de praktijkondersteuner de patiënt screent op ondervoeding als onderdeel van de verpleegkundige anamnese, dan bepaalt ze op basis van de score het vervolg van het behandelbeleid:

- Wanneer een patiënt niet ondervoed is en ook geen risico heeft (score 'groen'), is een voedingsinterventie niet nodig. Geef zo nodig informatie

over goede voeding. Wanneer een patiënt risico heeft op ondervoeding (score 'oranje'), krijgt hij informatie over de gevolgen van ondervoeding en het belang van goede voeding. Bovendien krijgt hij uitleg en een folder over energie- en eiwitrijke hoofdmaaltijden en tussentijdse verstrekkingsen, plus het advies om zich wekelijks te wegen. Als praktijkondersteuner kun je de volgende adviezen geven.

- Eet meerdere keren per dag: drie hoofdmaaltijden en meerdere tussenmaaltijden.
- Kies voor 'volle' producten.
- Besmeer brood royaal en gebruik dubbel broodbeleg.
- Bereid de warme maaltijd met wat extra boter, olie of room.
- Probeer samen met anderen te eten.
- Kies voor energierijke dranken.
- Zorg voor voldoende variatie (warm/koud, zoet/hartig).
- Zorg voor lichaamsbeweging.
- Eet rustig en kauw goed.
- Wanneer sprake is van ondervoeding (score 'rood') is het eerste advies gelijk aan dat bij de risicopatiënt. Bovendien schakelt de arts of verpleegkundige binnen een werkdag na screening de diëtist in. Zij bepaalt de ernst van de voedingstoestand, maakt een inventarisatie van risicofactoren en mogelijkheden van de patiënt, geeft uitleg over de behandeling en een voedingsadvies op maat.

### LESA Ondervoeding

In de LESA Ondervoeding zijn afspraken vastgelegd die gelden tussen huisartsen, diëtisten en verpleegkundigen. De LESA bevat een schematisch overzicht. Het is de bedoeling dat huisartsen, samen met praktijkondersteuners en diëtisten, de afspraken op lokaal of regionaal verder invullen. Sommige afspraken vragen om een verdere concretisering zoals de aanbeveling: 'Maak afspraken over het signalering-, weeg- en verwijzbeleid.' De Stuurgroep Ondervoeding heeft hiervoor een voorzet gemaakt in de vorm van een toolkit die beschikbaar is op de website ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl) > Eerste lijn en thuiszorg > Toolkit). Daar vind je een verwijzbeleid en een weeg- en screeningsbeleid. Naast de NHG-Patiëntenbrieven is een losbladig werkboek gemaakt met allerhande onderwerpen waar een ondervoede patiënt vragen over kan hebben. Ook zijn voorbeelden van presentaties op de website te vinden.

De LESA Ondervoeding bevat ook een taakverdeling tussen de betrokken disciplines. De taken van de

**Figuur 2a** Bovenarm-omtrek I: het midden van de arm bepalen



**Figuur 2b** Bovenarm-omtrek I: het midden van de arm bepalen



**Figuur 2c** Bovenarm-omtrek II: arm-omtrek meten



praktijkondersteuner zijn af te leiden van die van de verpleegkundige én van die de huisarts. De huisarts en praktijkondersteuner, als huisartsvoorziening aangeduid, verdelen onderling de taken die onder de huisarts vallen. Naast signalering, als onderdeel van de verpleegkundige anamnese of de behandeling van een chronische ziekte, zijn de belangrijkste taken van de praktijkondersteuner:

- voorlichting aan de patiënt over het voorkómen en signaleren van ondervoeding, en over risico's en gevolgen van ondervoeding;
- uitleg aan de patiënt wanneer sprake is van risico op ondervoeding, door het geven inhoudelijk advies;
- motiveren van de ondervoede patiënt en verwijzen naar huisarts of diëtist (afhankelijk van lokale afspraken). De speciaal ontwikkelde 'gesprekskaart' met argumenten voor én tegen de behandeling door de diëtist kan hierbij van nut zijn;<sup>7</sup>
- monitoren van voedselinname (bijvoorbeeld aan de hand van een eetdagboekje) en gewicht;
- ondersteuning bieden bij uitvoering van het voedingsadvies, bijvoorbeeld door adviezen te geven over maaltijdvoorzieningen, voorraadbeheer en aanpassingen in samenstelling en bereiding van de maaltijden;

- afstemming en overleg met huisarts en/of diëtist bij stagnerend herstel of niet gerealiseerde behandeldoelen, bijvoorbeeld als klachten niet verminderen terwijl dit wel de verwachting was.

Met de LESA Ondervoeding en de toolkit van de Stuurgroep Ondervoeding zijn alle ingrediënten aanwezig om ondervoeding succesvol te agenderen en aan te pakken. En patiënten worden er beter van, zoals blijkt uit de lichte maar gestage daling van de prevalentie van ondervoeding in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg.

### Casus de heer Van de Burg (2)

De praktijkondersteuner maakt gebruik van de SNAQ<sup>65+</sup> om ondervoeding op te sporen. Ze vindt het voordeel van dit instrument dat ze de heer Van de Burg niet hoeft te wegen en dat ze niet hoeft te rekenen. Ze loopt de stappen puntsgewijs af.

**Stap 1** Gewichtsverlies is 3,5 kilo in de afgelopen 6 maanden, officieel onvoldoende voor ondervoeding (geen 4 kg in 6 maanden), dus verder naar stap 2 (bovenarmomtrek).

**Stap 2** De bovenarmomtrek is 26 cm oftewel nog net voldoende: officieel verder naar stap 3. NB: het is echter goed verdedigbaar om op basis van deze gegevens de voedings-toestand als onvoldoende (code 'rood') te interpreteren, omdat de heer Van de Burg zowel aan de grens zit wat betreft zijn gewichtsverlies als de bovenarmomtrek. Het is dus een kwestie van tijd tot het moment dat de bovenarmomtrek verder is afgenomen. Te overwegen is de heer Van de Burg direct te verwijzen naar de diëtist. Bij strikte toepassing van de SNAQ 65+ volgt nu stap 3.

**Stap 3** Er is sprake van verminderde eetlust, de conditie gaat achteruit.

De praktijkondersteuner concludeert dat er sprake is van risico op ondervoeding (code 'oranje'), en dat het van belang is dat de voedingstoestand niet verder verslechtert. Ze geeft een algemeen voedingsadvies (energierijke maaltijden en tussentijdse verstrekkingen), geeft schriftelijke informatie, zoals de folder 'Denk niet te licht over uw gewicht' en de NHG-Patiëntenbrief 'Voeding bij kans op ondervoeding' en vraagt de dochter om haar vader wekelijks te wegen. Wanneer het gewicht verder daalt, is verwijzing naar de diëtist vereist.

### Kader 3

#### Stuurgroep Ondervoeding

In 2005 startte de Stuurgroep Ondervoeding met als doel vroege herkenning en behandeling van ondervoeding. De Stuurgroep begon met ondervoeding in het ziekenhuis en het verpleeg- en verzorgingshuis; in 2008 is een project gestart in de eerste lijn en de thuiszorg. Op de website zijn verschillende nuttige instrumenten te vinden, zoals de richtlijn Screening en behandeling van Ondervoeding, folders, voorbeeldpresentaties, en informatie over weegbeleid.

Ook is er een implementatieprogramma voor onder meer huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties die de uitgeteste toolkit gaan gebruiken. De LESA Ondervoeding maakt hier deel van uit. Aan de contactpersonen van de projecttuinen biedt de stuurgroep een trainingsprogramma aan. Daarnaast kunnen deelnemers gebruikmaken van de helpdesk (telefonisch) en de website (schriftelijk) en kunnen zij informatie uitwisselen met andere deelnemers. Deelname is gratis. Organisaties die meedoen, dragen wel de eigen kosten, bijvoorbeeld voor overlegtijd. Meer informatie over het trainingsprogramma en de toolkit vindt u op de website:

[www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl).

- Klik rechtsboven op 'Eerste lijn en thuiszorg' en dan op 'Toolkit' voor de LESA Ondervoeding, de SNAQ<sup>65+</sup>, de SNAQ<sup>65</sup>, 'Weeg- en screeningsbeleid ondervoeding' en talrijke andere handige documenten.

#### Dankbetuiging

Wij bedanken Louwrens Boomsma (NHG), Jaap van Binsbergen (huisarts te Brielle) en Mariska de Bont (V&VN) voor hun commentaar.

### Literatuur

- 1 Mensink PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA, Kattemölle- van den Berg S, Liefwaard AHB, Meijers JMM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
- 2 Halfens RJ, Meijers JMM. Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2010.
- 3 Van Wayenburg CAM, Van de Laar FA, Van Weel C, Van Staveren WA, Van Binsbergen JJ. Nutritional deficiency in general practice: a systematic review. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:S81-8.
- 4 Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford, Groot-Brittannië: CABI Publishing, 2003.
- 5 Kruijzena HM, Seidell JC, De Vet HC, Wierdsma NJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Am J Clin Nutr* 2005;24:75-82.
- 6 Wijnhoven HAH, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Heymans HW, De Vet HCW, Kruijzena HM, Twisk JW et al. Low mid-upper arm circumference, calf circumference, and body mass index and mortality in older persons. *J Gerontol J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010;65A:1107-14.
- 7 Wijnhoven HAH, Schilp J, Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, De Vet HCW, Kruijzena HM, Deeg DJH, Ferrucci L et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: the Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. Submitted.
- 8 Richtlijn Screenen en behandelen Ondervoeding, versie mei 2010, Stuurgroep Ondervoeding. [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl).

#### Auteursgegevens

Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam, Afdeling Diëtetiek & Voedingswetenschappen, Afdeling Gezondheidswetenschappen, Stuurgroep Ondervoeding: mr. Anja Evers, projectleider; dr.ir. Hinke Kruijzena, projectleider; Janneke Schilp MSc, onderzoeker. Correspondentie: [eerstelijns@stuurgroepondervoeding.nl](mailto:eerstelijns@stuurgroepondervoeding.nl). Mogelijke belangenverstrengeling: de Stuurgroep Ondervoeding ontving subsidie van het Ministerie van VWS voor het project 'Vroege herkenning van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg'. In het kader van dit project is de LESA Ondervoeding ontwikkeld.