

5 Ondervoeding

5.1 Inleiding

Ondervoeding blijft een belangrijk zorgprobleem in de Nederlandse gezondheidszorg. Gevolgen van ondervoeding zijn daling van de weerstand, verhoogde kans op ziekteproblemen, zoals infecties, decubitus, vallen en een vertraagde wondgenezing (Correia & Waitzberg, 2003, Banks et al. 2010, Meijers et al. 2014, Shahin et al. 2010). Een toestand van ondervoeding kan leiden tot een langere opnameduur in ziekenhuizen, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit, afname van de kwaliteit van leven en toenemende kosten.

Ondervoeding gaat gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Zo blijkt uit onderzoek dat de jaarlijkse extra kosten voor ondervoeding in de WZW sector 279 miljoen bedragen (Freijer et al. 2014, Meijers et al. 2014).

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2015 op het gebied van ondervoeding weergegeven.

In dit hoofdstuk zullen eerst de nieuwe en oude definitie van ondervoeding worden beschreven. Vervolgens zullen de kenmerken van de deelnemers aan de module ondervoeding worden getoond als ook de prevalentiecijfers (nieuwe definitie ondervoeding) en bijkomende factoren die gerelateerd zijn aan ondervoeding. Daarna zullen de voedingsscreening, preventie, monitoring en behandeling worden toegelicht. Tot slot wordt, aan de hand van de gemeten kwaliteitsindicatoren, het beleid ten aanzien van ondervoeding in de deelnemende gezondheidszorginstellingen gepresenteerd, zowel op instellings- als op afdelingsniveau.

5.2 Definities

De definitie die de LPZ bij de meting van ondervoeding hanteert, meet zowel het actuele risico op ondervoeding (BMI) als het retrospectieve risico (gewichtsverlies).

In 2014 zijn we op advies van voedingsexperts en de Gezondheidsraad overgestapt van het meten van gewichtsverlies in kg naar het meten van gewichtsverlies in percentages. In 2015 zijn we weer teruggegaan naar aantal kg, omdat bleek dat dit erg lastig was voor degenen die de metingen doen, waardoor bij veel personen die vraag niet beantwoord werd. Het 'minder eten aspect' uit de oude definitie, welke in 2014 al verwijderd was uit de definitie op advies van de Gezondheidsraad, is ook in 2015 niet meer meegenomen. Verder zijn we afgestapt van het berekenen van een score voor het risico op ondervoeding. Recent blijkt ESPEN hier ook van afgestapt te zijn.

Ondervoeding**Oude definitie tot 2012:**

Een cliënt is ondervoed als hij of zij voldoet aan één van de volgende drie criteria:

1. Een BMI (Body Mass Index) kleiner dan 18,5 (cliënten van 65 jaar en ouder een BMI \leq 20,0);
2. Een BMI tussen de 18,5 en 20,0 (cliënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 20,0-23,0) in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan één week minder gegeten hebben dan normaal;
3. Onbedoeld meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden zijn afgevallen of meer dan 3 kg in de afgelopen maand.

Nieuwe definitie vanaf 2015:

Een cliënt is ondervoed als hij of zij voldoet aan één van de volgende twee criteria:

1. Een BMI (Body Mass Index) kleiner dan 18,5 (cliënten van 65 jaar en ouder een BMI \leq 20,0);
2. Onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 6kg in de laatste 6 maanden of meer dan 3kg in de laatste maand.

5.3 Kenmerken deelnemers ondervoeding 2015

Na toepassing van de exclusiecriteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 (cliënten van 18 jaar en jonger, een respons per afdeling kleiner dan of gelijk aan 90%, en per sector 3 of minder instellingen), resulteert dit in 48 instellingen met in totaal 3283 cliënten. Ziekenhuizen zijn door deze exclusiecriteria dit jaar uitgevallen. In de thuiszorg hebben 3 instellingen met 222 cliënten deelgenomen. Dat betekent dat de gegevens van de thuiszorg met uiterste voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De kenmerken van de cliënten staan beschreven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Overzicht kenmerken deelnemers zorgprobleem ondervoeding in 2015

Kenmerken deelnemers	Chronische sector	Thuiszorg	Totaal
	WZW	TZ	T
Aantal instellingen	45	3	48
Aantal afdelingen	136	10	146
Respons (%)	98,5	97,5	98,5
Aantal werkelijke deelnemers module Ondervoeding	3.061	222	3.283
Geslacht vrouw (%)	71,7	72,5	71,8
Gemiddelde leeftijd (SD)*	84,1 (8,3)	83,5 (8,1)	84,1 (8,3)
Gemiddelde BMI (SD)**	24,4(4,7)	25,7 (6,3)	24,4 (4,8)
Operatie: Ja (%)	0,5	0,0	0,5

* SD= Standaarddeviatie. Dit is de standaardafwijking van de gemiddelde meetwaarde

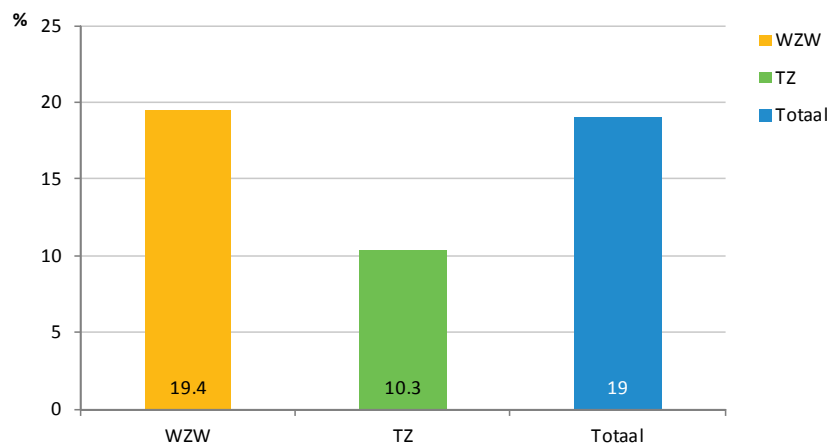
** BMI = gewicht : lengte²

In de WZW sector en de thuiszorg is driekwart van de cliënten vrouw. Ook de gemiddelde leeftijd is vergelijkbaar voor cliënten van de WZW sector en de thuiszorg. De gemiddelde Body Mass Index (BMI) is in de WZW sector iets lager dan in de thuiszorg. Dit komt nagenoeg overeen met de totale groep deelnemers aan de LPZ (zie hoofdstuk 2) en de gegevens van 2014.

5.4 Prevalentie (risico op) ondervoeding

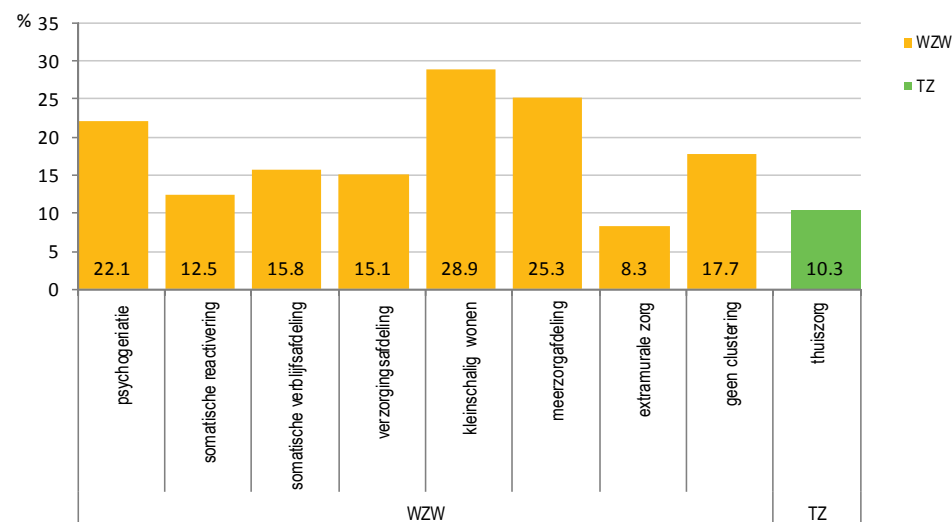
Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is vermeld, is de definitie van ondervoeding opnieuw veranderd, door niet meer naar het percentage maar naar het aantal kg gewichtsverlies te vragen.

In de figuren 5.1, 5.2 en 5.3 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van ondervoeding, de prevalentie ondervoeding per soort afdeling en de verdeling van de prevalentie ondervoeding per instelling met de nieuwe definiëring van ondervoeding.



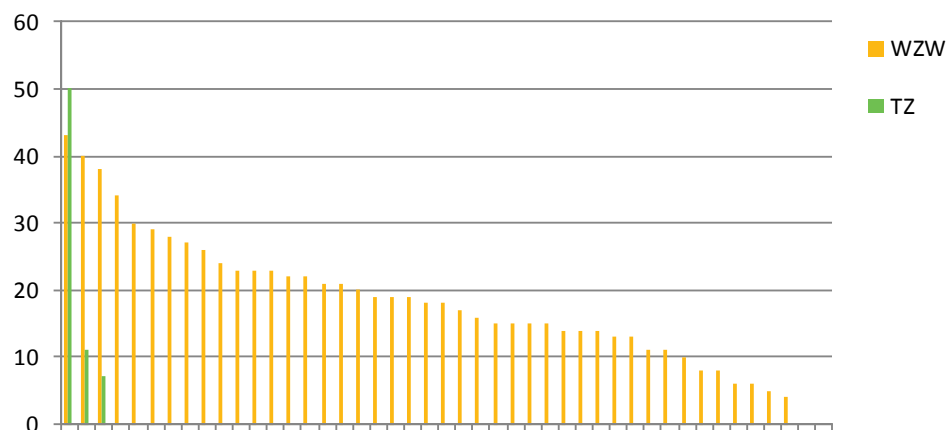
Figuur 5.1 Prevalentie ondervoeding LPZ in 2015 (%)

Uit figuur 5.1 blijkt dat in de WZW sector ondervoeding het meest voorkomt, namelijk bij een op de vijf bewoners.



Figuur 5.2 Prevalentie ondervoeding per soort afdeling in 2015 (%)

Figuur 5.2 laat zien dat ondervoeding het meest voorkomt op de afdelingen kleinschalig wonen en meerzorgafdelingen.

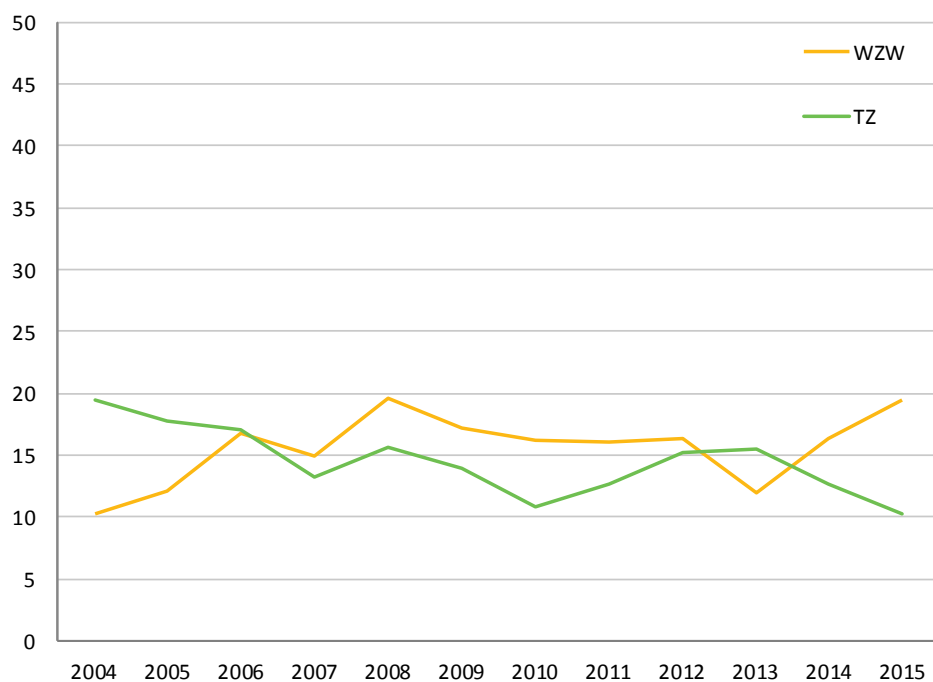


Figuur 5.3 Prevalentie ondervoeding per instelling in 2015

In figuur 5.3 zien we de spreiding van de prevalentie van ondervoeding per deelnemende instelling in de WZW sector, welke loopt van 0,0 tot 43,2%. In de thuiszorg loopt de range van 7,3 tot 50%.

Prevalentie ondervoeding 2004-2015

In de figuur 5.4 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van ondervoeding van 2004 tot en met 2015 volgens de nieuwe definitie. Uiteraard is de prevalentie minder hoog dan volgens de oude definitie, omdat het criterium “BMI tussen de 18,5 en 20,0 (cliënten van 65 jaar en ouder een BMI tussen de 20,0-23,0) in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks gegeten hebben of meer dan één week minder gegeten hebben dan normaal” is weggevallen.



Figuur 5.4 Prevalentie ondervoeding LPZ 2004-2015 (%)

Uit figuur 5.4 blijkt dat de prevalentie van ondervoeding volgens de nieuwe definitie zowel in de WZW sector als de thuiszorg de laatste jaren redelijk stabiel is.

5.5 Kenmerken cliënten met ondervoeding

Cliënten die ondervoed zijn, zijn in het algemeen ouder. Mannen zijn in het algemeen iets minder vaak ondervoed dan vrouwen.

Ziektebeelden

In tabel 5.2 is het gemiddeld aantal ziektebeelden en het percentage van ondervoeding per ziektebeeld weergegeven. Ter vergelijking is ook het gemiddelde van de prevalentie van ondervoeding weergegeven. Zo kan men zien of cliënten met een bepaald ziektebeeld een extra risico hebben in vergelijking tot de gemiddelde prevalentie van ondervoeding. De prevalentie is alleen weergegeven voor ziektebeelden die bij 100 of meer personen voorkomen.

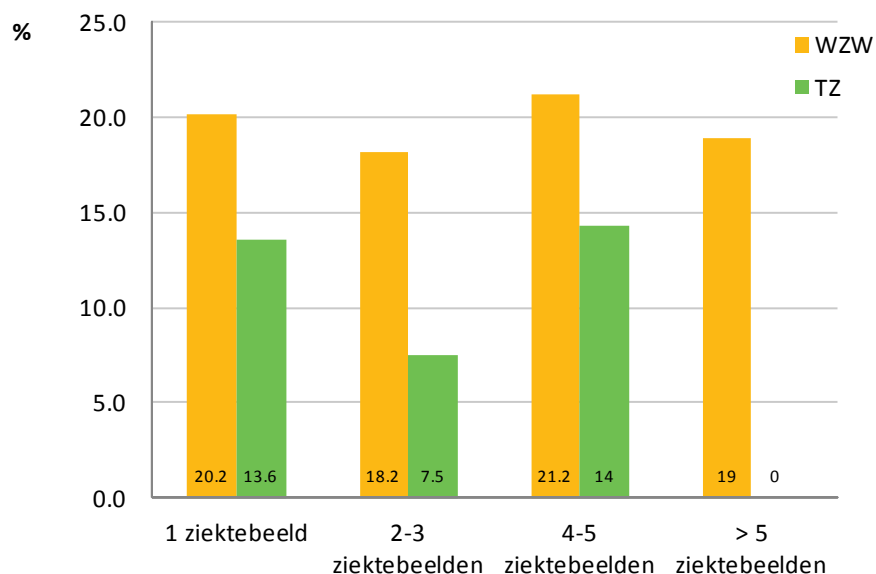
Tabel 5.2 Ziektebeelden van ondervoede cliënten in 2015 (%)

Ziektebeelden	Chronische sector WZW	Thuiszorg TZ	Totaal T
Aantal deelnemers (N)	3.061	222	3.283
Gemiddelde prevalentie	19,4	10,3	19
Gemiddeld aantal ziektebeelden	2,8	2,2	2,7
Nieuwvormingen	14,8	*	14,4
Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van immuunsysteem	24,6	*	25,4
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen (niet diabetes mellitus)	25,7	*	26,4
Diabetes Mellitus	13,1	*	12,4
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (niet dementie)	23,7	*	23,3
Dementie	23,3	*	23
Ziekten van zenuwstelsel (niet dwarslaesie)	13,6		13,2
Ziekten van oog en adnaxen	18,5		18,2
Ziekten van oor en processus mastoideus	21,4	*	21,2
Ziekten van hart- en vaatstelsel (niet CVA)	18,8	*	18,4
CVA	17,8	*	17,3
Ziekten van ademhalingsstelsel	20,2	*	20,2
Ziekten van spijsverteringsstelsel	24,3	*	23,5
Ziekten van huid en subcutis	19,5	*	19,1
Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel	20,8	*	20,1
Ziekten van urogenitaal stelsel	15,1	*	15
Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg (< 1 jaar)	16,3	*	16,3
Afhankelijkheid			
Geen hulp nodig bij dagelijkse levensverrichtingen	8,3	*	7,9
ADL-afhankelijk	20,2	11,7	19,9

* Als N < 100 is hiervan geen waarde opgenomen in de tabel

Uit tabel 5.2 blijkt dat ondervoeding in de WZW sector het meest voorkomt bij cliënten met endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen. Gezien het beperkte aantal cliënten in de thuiszorg zijn geen gegevens per ziektebeeld opgenomen.

In figuur 5.5 is de prevalentie van ondervoeding naar het aantal ziektebeelden weergegeven. De prevalentie is alleen weergegeven voor groepen met 100 of meer personen.



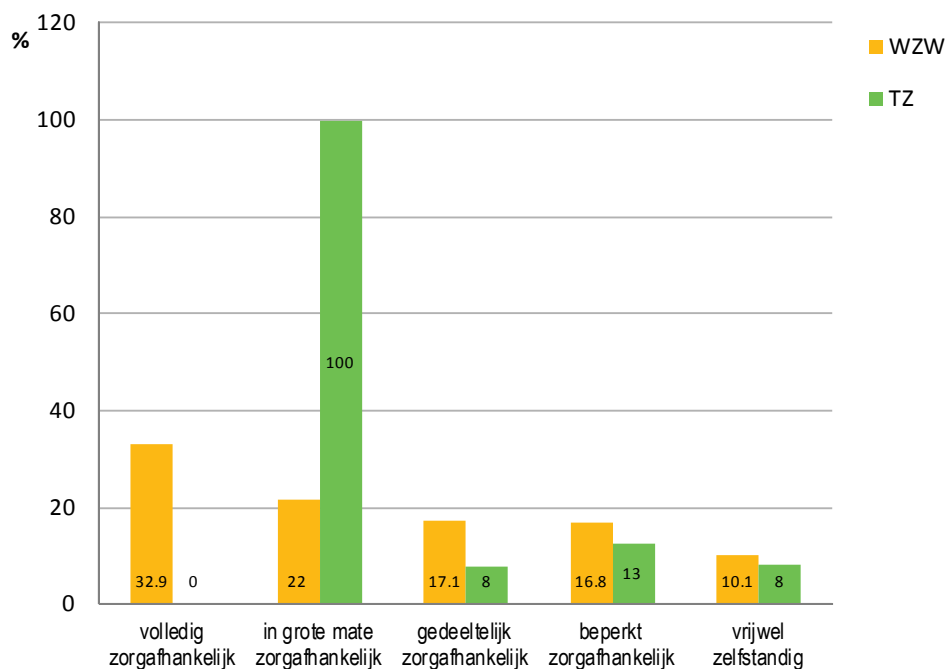
Figuur 5.5 Ondervoeding in relatie tot aantal ziektebeelden in 2015 (%)

Evenals in 2014 is geen duidelijk verband te zien tussen het aantal ziektes en ondervoeding, zowel in de WZW sector als de thuiszorg.

Zorgafhankelijkheid

In figuur 5.6 is de zorgafhankelijkheid (Care Dependency Scale, CDS) weergegeven in relatie tot ondervoeding. De prevalentie is alleen weergegeven voor groepen met 100 of meer personen.

De cliënten zijn aan de hand van de totaalscore uit de CDS-vragenlijst ingedeeld in 5 categorieën, die inzicht geven in hoeverre de cliënten afhankelijk zijn van zorg.

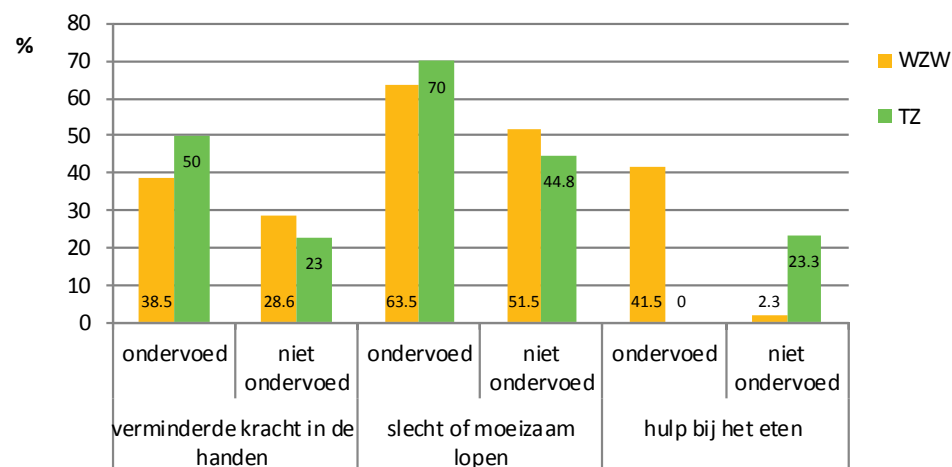


Figuur 5.6 Ondervoeding in relatie tot CDS score (%)

In tegenstelling tot het aantal ziektebeelden blijkt de zorgafhankelijkheid wel samen te hangen met ondervoeding. Een hogere zorgafhankelijkheid gaat samen met een hogere prevalentie van ondervoeding in de WZW sector en de thuiszorg. Dit komt overeen met wat we afgelopen jaar vonden.

Fysieke functie en ondervoeding

Sinds 2013 is een aantal vragen toegevoegd die gericht zijn op fysiek functioneren. In de literatuur is namelijk een duidelijke samenhang tussen fysiek functioneren en ondervoeding beschreven (Meijers et al. 2012, Neyens et al. 2012).



Figuur 5.7 Ondervoeding in relatie tot fysiek functioneren (%)

In figuur 5.7 zien we dat bij bijna alle vormen van fysiek functieverlies en hulp bij eten in verband met dit functieverlies de cliënten vaker ondervoed zijn.

Minder gegeten

In tabel 5.3 is het percentage cliënten weergegeven dat in de afgelopen week minder gegeten heeft dan normaal. Hierbij worden ook de oorzaken weergegeven.

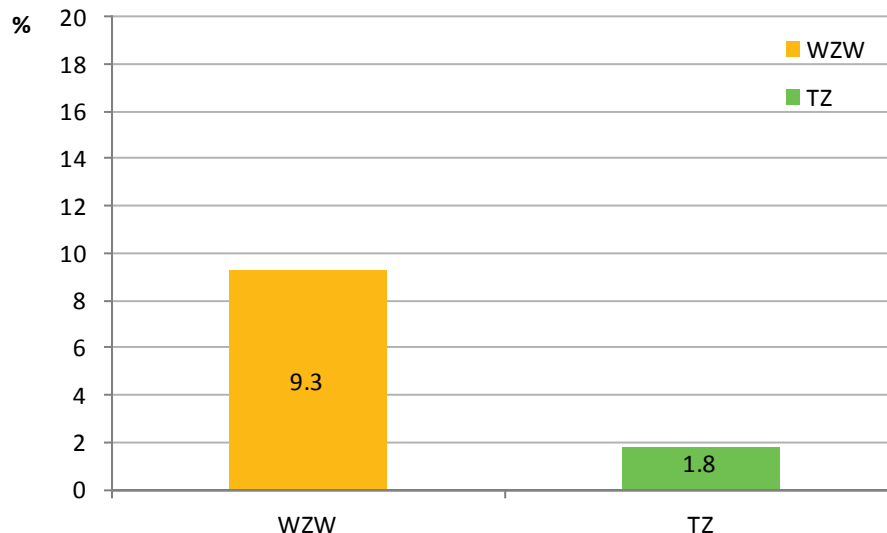
Tabel 5.3 Percentage cliënten dat minder gegeten heeft en oorzaken in 2015 (%)

	Chronische sector WZW	Thuiszorg TZ	Totaal T
Aantal deelnemers	3.061	222	3.283
% cliënten minder gegeten 1-3 dagen	1,1	0,9	1,1
4-7 dagen	0,5	0,5	0,5
>7 dagen	3,8	2,4	3,7
Oorzaken	N=165	N=8	N=173
Verminderde eetlust	54,5	62,5	54,9
Misselijkheid	12,1	12,5	12,1
Problemen met kauwen	7,9	0,0	7,5
Problemen met slikken	9,7	12,5	9,8
Actuele ziekte	43,0	50,0	43,4
Pijn	8,5	12,5	8,7
Nuchter zijn	0,6	0,0	0,6
Anders	20,0	12,5	19,7

Ongeveer 1 op de 20 cliënten in de WZW sector heeft de afgelopen week minder gegeten. In de thuiszorg komt dit minder vaak voor. Uit tabel 5.3 blijkt verder dat, evenals in 2014, een verminderde eetlust en een actuele ziekte de twee belangrijkste oorzaken zijn.

Prevalentie Slikklachten

In figuur 5.8 wordt de prevalentie van subjectieve slikklachten weergegeven.



Figuur 5.8 Prevalentie slikklachten 2015 (%)

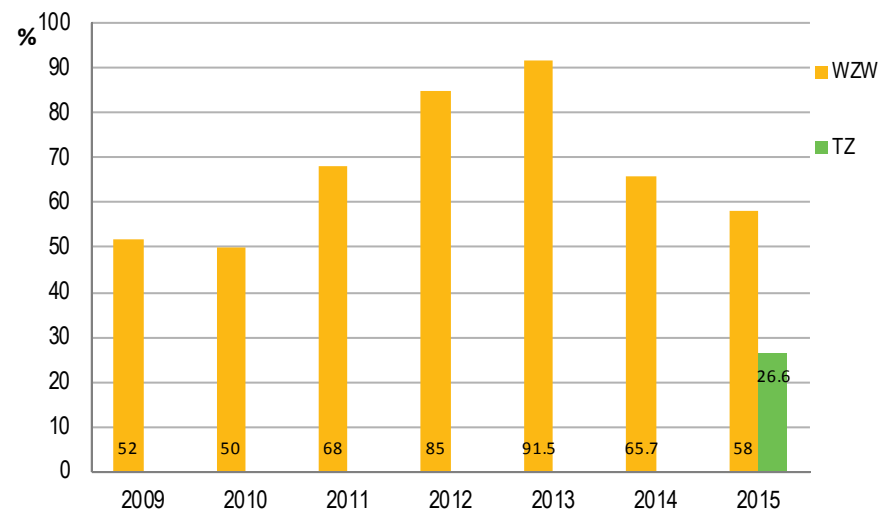
In de WZW sector heeft 9,3% van de cliënten slikklachten; in de thuiszorg is dat slechts 1,8%.

5.6 Preventie en behandeling van ondervoeding

In deze paragraaf wordt het screenen op ondervoeding bij opname weergegeven. Daarna komen de maatregelen die zijn genomen voor de preventie en voor de behandeling van ondervoeding aan de orde.

Screenen op ondervoeding

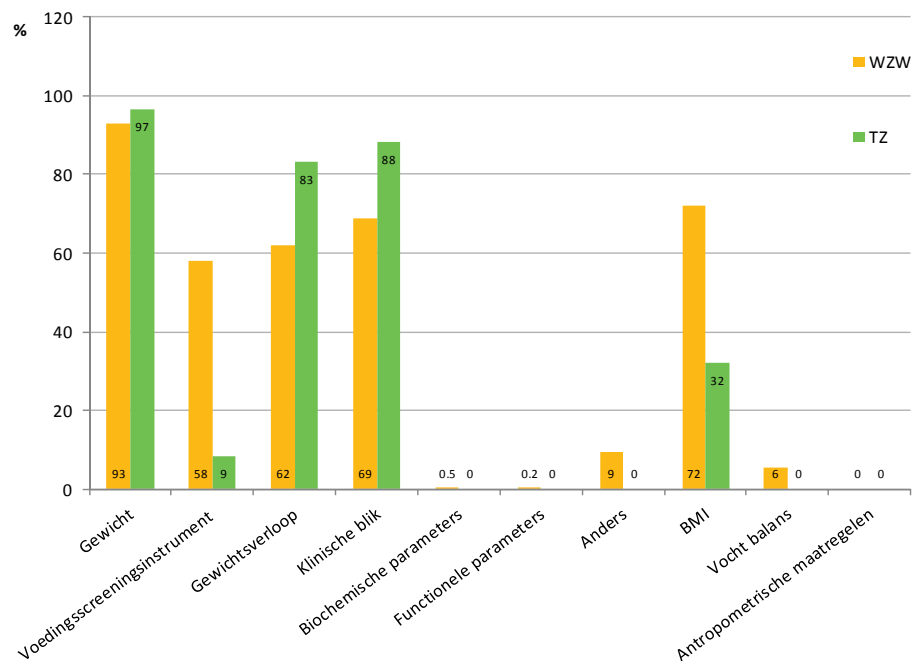
Screenen op ondervoeding is een belangrijk onderdeel bij de preventie en behandeling van ondervoeding. In figuur 5.9 wordt weergegeven hoe vaak er wordt gescreend bij opname en in figuur 5.10 op welke wijze er wordt gescreend.



Figuur 5.9 Screenen bij opname 2009-2015 (%)

Uit figuur 5.9 blijkt dat na een opleving rond 2012/2013 de screening op ondervoeding weer afneemt in de WZW sector. In de thuiszorg wordt een op de vier cliënten gescreend.

In figuur 5.10 is de wijze van screenen weergegeven.

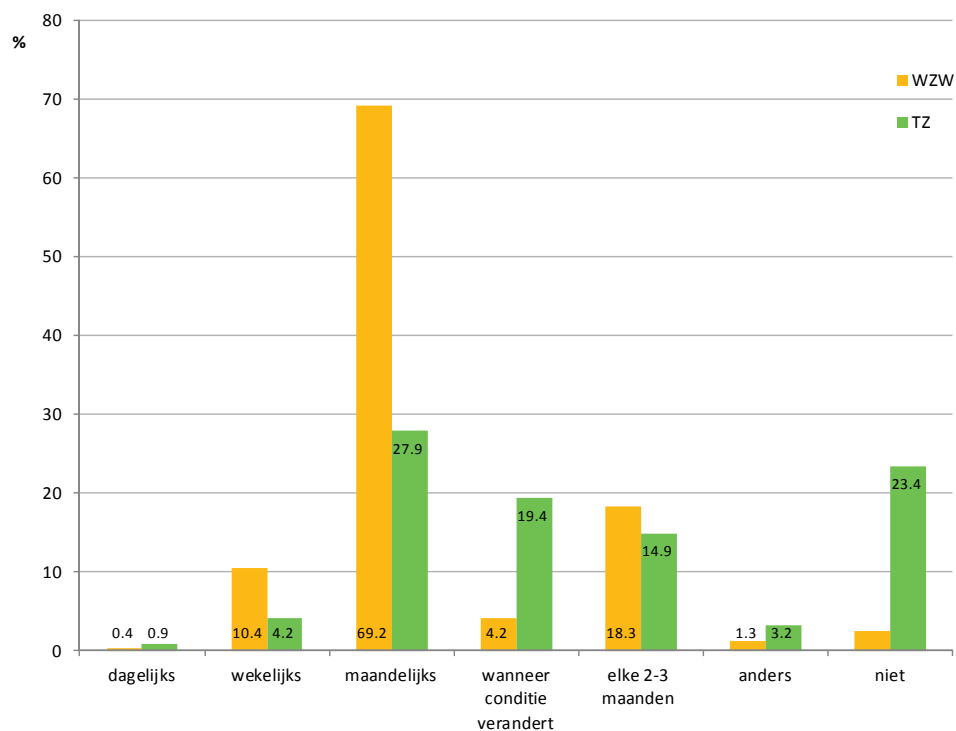


Figuur 5.10 Wijze van screenen (%)

Uit deze figuur blijkt dat men voor de screening vooral het gewicht gebruikt. Verder worden het gewichtsverloop, de klinische blik en BMI gebruikt. Alleen in de WZW sector wordt ook redelijk vaak een voedingsscreeningsinstrument gebruikt. Biochemische, functionele en antropometrische maatregelen worden (vrijwel) niet gebruikt.

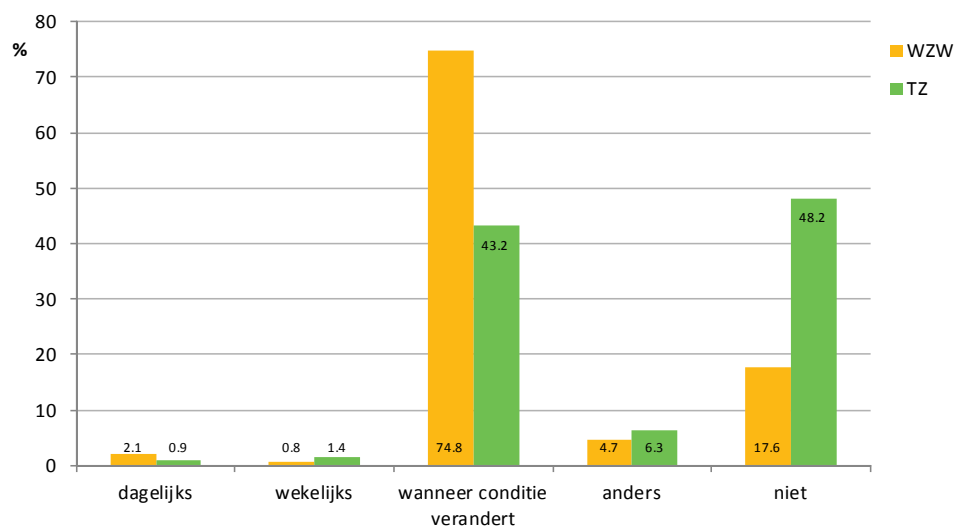
Monitoren van gewicht en intake

Het monitoren van het gewicht en van de inname van vocht en voeding (intake) is ook belangrijk voor het bepalen van de voedingstoestand en mogelijke voedingsproblemen van de cliënt gedurende de opname. In figuur 5.11 en 5.12 worden de frequenties van het monitoren van gewicht en intake weergegeven.



Figuur 5.11 Monitoring van gewicht

Uit figuur 5.11 blijkt dat het gewicht meestal maandelijks wordt gemeten. Bij een op de vier cliënten in de thuiszorg wordt het gewicht niet gemeten.



Figuur 5.12 Monitoring van intake

Evenals voorgaande jaren wordt de voedingsinname voornamelijk bijgehouden wanneer de conditie van de cliënt verandert (fig. 5.12).

Behandelingsmaatregelen

In deze paragraaf worden de behandelingsmaatregelen weergegeven die genomen zijn bij cliënten die ondervoed zijn (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Behandeling - maatregelen bij ondervoeding in 2015 (%)

Behandeling -Maatregelen	Chronische sector WZW	Thuiszorg TZ	Totaal T
Diëtist	59,7	50	59,5
Energie(eiwit)verrijkt dieet	20	0	19,5
Energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen	25,6	10	25,2
Orale bijvoeding	29,9	50	30,4
Sondevoeding	1,5	0	1,5
Parenterale voeding	0	0	0
Aangepaste consistentie	16,5	0	16
Voorgescreven hoeveelheid vocht	9,6	0	9,4
Informeren over voedingsstatus en maatregelen	20,3	20	20,2
Aanpassen van de maaltijdambiance	6,1	0	5,9
Andere maatregelen	3,8	10	4
Geen maatregelen	25,8	30	25,9
Geen maatregel i.v.m. palliatief beleid	0,8	0	0,7
Voedingslijst bijhouden i.v.m. weinig eten	4,6	0	4
Vochtinname bijhouden i.v.m. weinig drinken	4,1	0	4,4
Client weigert maatregelen	2,5	10	2,7
Effectiviteit geëvalueerd na 1 week	89,6	66,7	89,2

Bij de meeste cliënten met ondervoeding worden maatregelen genomen. Uit tabel 5.4 blijkt dat de meest toegepaste interventie in beide sectoren het inschakelen van een diëtist is. Verder worden een energie(eiwit)verrijkt dieet, energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen en orale bijvoeding het meest toegepast. Slechts een op de vijf ondervoede cliënten en/of familie wordt geïnformeerd over de voedingsstatus en slechts één op de tien cliënten in de WZW sector krijgt de voorgeschreven hoeveelheid vocht toegediend. In de thuiszorg krijgt niemand de voorgeschreven hoeveelheid vocht als maatregel bij ondervoeding.

Tenslotte zien we dat rond de 90% van de voedingsmaatregelen in de WZW sector binnen een week geëvalueerd wordt. In de thuiszorg is hier nog winst te behalen.

5.7 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

In deze paragraaf worden per sector de kwaliteitsindicatoren van de voedingszorg op instellings- en afdelingsniveau besproken. De kwaliteitsindicatoren geven een beeld van het gevoerde instellingsbeleid ten aanzien van de preventie en behandeling van ondervoeding.

Eerst zullen de resultaten op instellingsniveau worden weergegeven en daarna op afdelingsniveau.

Kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau

In tabel 5.5 zijn de kwaliteitsindicatoren op instellingsniveau van 2015 weergegeven.

Tabel 5.5 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op instellingsniveau 2015 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Chronische sector WZW	Thuiszorg TZ	Totaal T
Aantal instellingen	45	3	48
Adviescommissie voor ondervoeding	73,3	100	75
Protocol (preventie en behandeling)	97,8	100	97,9
Verantwoordelijke die het ondervoedingsprotocol up-to-date houdt	100	100	100
Bijscholing (preventie en behandeling)	24,4	66,7	27,1
Informatiebrochure	35,6	33,3	35,4
Standaard beleid bij opname en ontslag t.a.v. voedingstoestand	97,8	100	97,9
Totaal aantal indicatoren	4,3	5,0	4,3

Uit deze tabel blijkt dat vooral bijscholing en het hebben van een informatie brochure verbetering behoeft, zowel in de chronische sector als in de thuiszorg. Ook in 2014 bleek bijscholing en het hebben van een informatiebrochure laag te scoren.

Kwaliteitsindicatoren op afdelingsniveau

In tabel 5.6 zijn de kwaliteitsindicatoren van 2015 op afdelingsniveau weergegeven. Het percentage geeft de mate aan waarin aan de indicator is voldaan.

Tabel 5.6 Kwaliteitsindicatoren ondervoeding op afdelingsniveau 2015 (%)

Kwaliteitsindicatoren	Chronische sector WZW	Thuiszorg TZ	Totaal T
Aantal afdelingen	136	10	146
Aandachtvelder	100	64	65
Multidisciplinair overleg	100	100	100
Controleert op werken met protocol/richtlijn ondervoeding	100	97	98
Dossier vastleggen van risico	100	100	100
Behandelingsinterventies worden gedocumenteerd	100	100	100
Eiwit- en energieverrijkt voedsel beschikbaar	39	33	39
Informatiebrochure	95	100	95
Standaard overdracht bij opname en ontslag t.a.v. voedingstoestand	88	67	87
Standaard screenen bij opname met gevalideerde tool	97	0	94
Rekening houden met de ambiance tijdens de maaltijd	97	100	98
Standaard beleid op het gebied van monitoren van zowel gewicht als voedingsintake	100	67	99
Cliënten met (risico op) ondervoeding worden standaard naar een diëtist doorverwezen	87	0	84

Op afdelingsniveau blijkt dat in beide sectoren de meeste indicatoren een stabiel beeld vertonen en zelfs vooruitgaan in de afgelopen jaren. Dit beeld zien we in het bijzonder in de WZW sector.

5.8 Conclusies

De resultaten van de LPZ 2015 laten zien dat volgens de nieuwe LPZ definitie ongeveer één op de vijf cliënten in de WZW sector en een op de acht in de thuiszorg ondervoed is. Oudere en vrouwelijke cliënten, en cliënten die meer zorgafhankelijk zijn, zijn vaker ondervoed, terwijl ondervoede cliënten ook vaker functieverlies en hulp bij het eten nodig hebben. Verder heeft bijna een op de tien cliënten in de WZW sector slikklachten, hetgeen in de thuiszorg “slechts” 2 % is.

Preventie en behandeling van ondervoeding

Screening van de voedingstoestand wordt in de WZW sector weliswaar bij bijna 60% van de cliënten uitgevoerd, maar dit percentage neemt de laatste jaren af. In de thuiszorg vindt bij een kwart van de cliënten screening plaats. Bij de screening houdt men vooral rekening met het gewicht, BMI, klinische blik en gewichtsverloop. Bij 60% van de cliënten waarbij een screening is toegepast, wordt ook gebruik gemaakt van een screeningsinstrument.

Bij 75% van de cliënten met ondervoeding in de WZW sector worden een of meerdere maatregelen genomen. Dit betekent dat er bij 25% nog geen maatregel wordt toegepast, dat 5% hoger is dan in 2014. Mogelijk neemt de belangstelling voor ondervoeding af.

De maatregel die het meest wordt toegepast, is het consulteren van een diëtist. Daarna volgen orale voeding en energieverrijkte tussentijdse verstrekkingen. Slechts een relatief klein aantal cliënten en/of familie (1 op de 5) wordt geïnformeerd over hun voedingsstatus.

Kwaliteitsindicatoren ondervoeding

De meeste kwaliteitsindicatoren blijken aanwezig te zijn in de WZW sector en de thuiszorg. Bijscholing van het personeel lijkt echter terug te lopen, terwijl een informatiebrochure over ondervoeding in een derde van de instellingen aanwezig is. Op afdelingsniveau zien we vooruitgang vergeleken met voorgaande jaren.

5.9 Aanbevelingen

Hoewel de prevalentie in de WZW sector redelijk stabiel blijft, lijkt de aandacht voor ondervoeding terug te lopen. Het screenen bij opname loopt terug, en de maatregelen om ondervoeding tegen te gaan lopen ook terug.

Screening is echter de eerste stap om de juiste maatregelen te nemen. De komende jaren moeten we dus blijven investeren in een goed screeningsbeleid. Zonder screening kunnen we de cliënten met een risico op ondervoeding niet herkennen en dus ook niet behandelen, met alle gevolgen van dien.

Wat ook opvalt, is dat het aanbieden van bijscholing terugloopt. Gezien de resultaten van dit jaar, is het zeer aan te bevelen bijscholing weer op de agenda te zetten. Uiteraard gaat dit gepaard met extra kosten, maar die zijn nodig om opnieuw het belang van een goede voedingstoestand onder de aandacht te brengen en zorgverleners adequate maatregelen aan te reiken om goede zorg te verlenen ten aanzien van ondervoeding.

In feite kunnen we volstaan met dezelfde boodschap als de afgelopen jaren: “Aanbevolen wordt om in elke zorgorganisatie een structureel en uniform beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding te voeren, waarbij vooral aandacht besteed moet worden aan het (tijdig) nemen van preventieve maatregelen bij een risico op ondervoeding, vastgesteld na screening met een valide instrument”. Bijscholing zal daarbij noodzakelijk zijn.

5.10 Literatuur

- Banks M, J Bauer, N Graves and S Ash (2010). Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutrition* 26: 896-901.
- Correia MI and DL Waitzberg (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition* 22(3): 235-239.
- Freijer K, SS Tan, MA Koopmanschap, JMM Meijers, RJG Halfens and MJC Nuijten (2014). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition Epub* 1-6.
- Shanin ESM, JMM Meijers, JMGA Schols, A Tannen, RJG Halfens and TW Dassen (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* 26 (9): 886-9.
- Meijers JM M, Tan F, Schols JMGA, Halfens RJG (2014). Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? *Clinical Nutrition* 33 (2014) 459e465.