

De aanpak van ondervoeding



Het tijdig signaleren en inzetten van de behandeling van ondervoeding bij ziekenhuisopname is van groot belang, vanwege de grote gevolgen. De behandeling is een multidisciplinaire samenwerking.

Bij een kind in de groei heeft ondervoeding grote gevolgen. Onvoldoende voedingsinname, ziekte en inactiviteit leiden tot een afname van spiermassa; een belangrijk kenmerk van ondervoeding. Dit veroorzaakt een vermindering van de algehele conditie en een verminderde hart- en longfunctie. Ondervoede kinderen hebben vaker een verlaagde weerstand, slechtere wondgenezing, lagere kwaliteit van leven en verhoogde mortaliteit. Deze factoren dragen bij aan een langere opnameduur, een verminderde respons op de medische behandeling en een verhoogd gebruik van medicijnen. Dit leidt daarnaast ook tot een toename van zorgkosten. Het tijdig signaleren en inzetten van de behandeling van ondervoeding is van groot belang. Verpleegkundigen spelen hier een sleutelrol in. De kinderverpleegkundige is degene die de screening op ondervoeding uitvoert en de eerste acties uitzet. Zij is de spin in het web van de multidisciplinaire behandeling van ondervoeding bij kinderen.

Definitie ondervoeding

De European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) omschrijft ondervoeding als '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!'

Acute en chronische ondervoeding

Acute ondervoeding

Kinderen >28 dagen en <1 jaar: gewicht naar leeftijd <-2 SD.

Kinderen >1 jaar: gewicht naar lengte <-2 SD.

Alle kinderen: >1 SD afbuigende groeicurve in 3 voorafgaande maanden.

Chronische ondervoeding

Alle kinderen: lengte naar leeftijd <-2 SD.

Kinderen <4 jaar: lengte naar leeftijd 0,5-1 SD afbuiging in 1 jaar.

Kinderen >4 jaar: lengte naar leeftijd 0,25 SD afbuiging in 1 jaar.

Screenen

Acute ondervoeding wordt zichtbaar door een afbuiging in de groeicurve van gewicht naar lengte of leeftijd. Bij chronische ondervoeding buigt juist de lengte-groei af (zie kader 'Acute en chronische ondervoeding'). Ook kan er een risico op ondervoeding zijn.

Om tijdig ondervoeding te signaleren, is het screenen op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis belangrijk. De meest optimale werkwijze meet het voorkomen van zowel acute als chronische ondervoeding en het risico op ondervoeding. In de praktijk wordt dit niet overal gedaan. Wel is er vaak een tweesporenbeleid, namelijk de screening op acute ondervoeding en op het risico op ondervoeding.

De screening op acute ondervoeding begint met het meten van het gewicht en lengte. Als deze metingen in een groeicurve worden gezet, kan de standaarddeviatie worden bepaald. Is de standaarddeviatie kleiner dan -2, dan spreken we van acute ondervoeding.

Een voorbeeld van een gevalideerd screeningsinstrument dat het risico op ondervoeding meet, is de STRONGkids (zie figuur 1). De STRONGkids kan worden uitgevoerd door een arts, verpleegkundige of diëtist. Is de score 4 of 5, dan is er een hoog risico op ondervoeding.

Ondervoeding kan ook ontstaan tijdens de opname. Het is aan te bevelen om gedurende de opname deze risicoscreening wekelijks te herhalen. Daarnaast is het belangrijk om tijdens de opname lengte en gewicht twee per week te meten bij kinderen jonger dan 1 jaar en één per week bij kinderen ouder dan 1 jaar. Het screenen op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen is één van de kwaliteitsindicatoren uit de basisset medische specialistische zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Screeningspercentage

Sinds 2008 wordt er gescreend op ondervoeding in de ziekenhuizen. Het screeningspercentage is gestegen van 22% naar 79,5% in 2017. Met de landelijke aandacht voor het signaleren van ondervoeding bij zieke kinderen, daalde het percentage kinderen met acute onder-

Figuur 1. STRONGkids. Screening op ondervoedingsrisico bij kinderen van 1 maand tot 18 jaar.

Vragen < 24 uur na opname en vervolgens 1x/week	Score indien ja
1. Is er sprake van een ziektebeeld met een verhoogd risico op ondervoeding? (zie tabel)	2
2. Verkeert de patiënt op basis van uw klinische blik in een slechte voedingstoestand: ingevallen gelaat en/of verlies subcutaan vet en/of verlies spiermassa?	1
3. Is er sprake van minimaal 1 van onderstaande punten: - Diarree (>5x daags dunne ontlasting) en/of braken (>3x daags) gedurende de laatste 1-3 dagen. - Bestaande voedingsinterventie met drink- of sondevoeding. - Duidelijk verminderde inname gedurende de laatste 1-3 dagen. - Belemmering van voedselinname door pijn.	1
4. Is er sprake van gewichtsverlies (alle leeftijden) en/of stilstand in groei/gewicht (kinderen < 1 jaar) gedurende de laatste weken tot maanden?	1

Totaalscore: maximaal 5 punten

Risicovolle ziektebeelden			
<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrische eetstoornissen Brandwonden Bronchopulmonale dysplasie (< 2 jaar) Coeliakie (actief) Cystische fibrose 	<ul style="list-style-type: none"> Dysmaturitas/prematuritas (tot 6 mnd gecorrigeerde leeftijd) Hartziekten, chronisch Infectieziekten Inflammatoire darmziekten Kanker 	<ul style="list-style-type: none"> Leverziekten, chronisch Nierziekten, chronisch Niet nader gespecificeerd (inschatting arts) Pancreatitis Korte darmsyndroom 	<ul style="list-style-type: none"> Spierziekten Stofwisselingsziekten Trauma Verstandelijke handicap/retardatie Verwachte grote operatie

Risico op ondervoeding en bijbehorend voedingsadvies		
4-5 punten	Hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> Specifiek voedingsadvies in overleg met diëtist Controleer gewicht 2x/week en evalueer voedingsadvies Evalueer risico na 1 week
1-3 punten	Matig risico	<ul style="list-style-type: none"> Overleg voedingsbeleid, evt. met diëtist Controleer gewicht 2x/week Evalueer risico na 1 week
0 punten	Laag risico	<ul style="list-style-type: none"> Geen voedingsinterventie Controleer gewicht regelmatig Evalueer risico na 1 week

voeding bij opname in het ziekenhuis van 9% in 2008 naar 7% in 2014 tot 6,5% in 2017.² Dit percentage lijkt de laatste jaren stabiel.

Het is niet bekend hoeveel kinderen een risico op ondervoeding hebben of hoe vaak chronische ondervoeding voorkomt. Ook zijn er geen cijfers bekend van de prevalentie van ondervoeding bij kinderen in de thuissituatie.

Oorzaken

De oorzaken van ondervoeding zijn in te delen in somatische (ziekte) en niet-somatische oorzaken (eetstoornis, psychosociale problematiek). Er is een uitgebreide differentiaaldiagnose voor de somatische oorzaken. Daarbij kan gedacht worden aan:

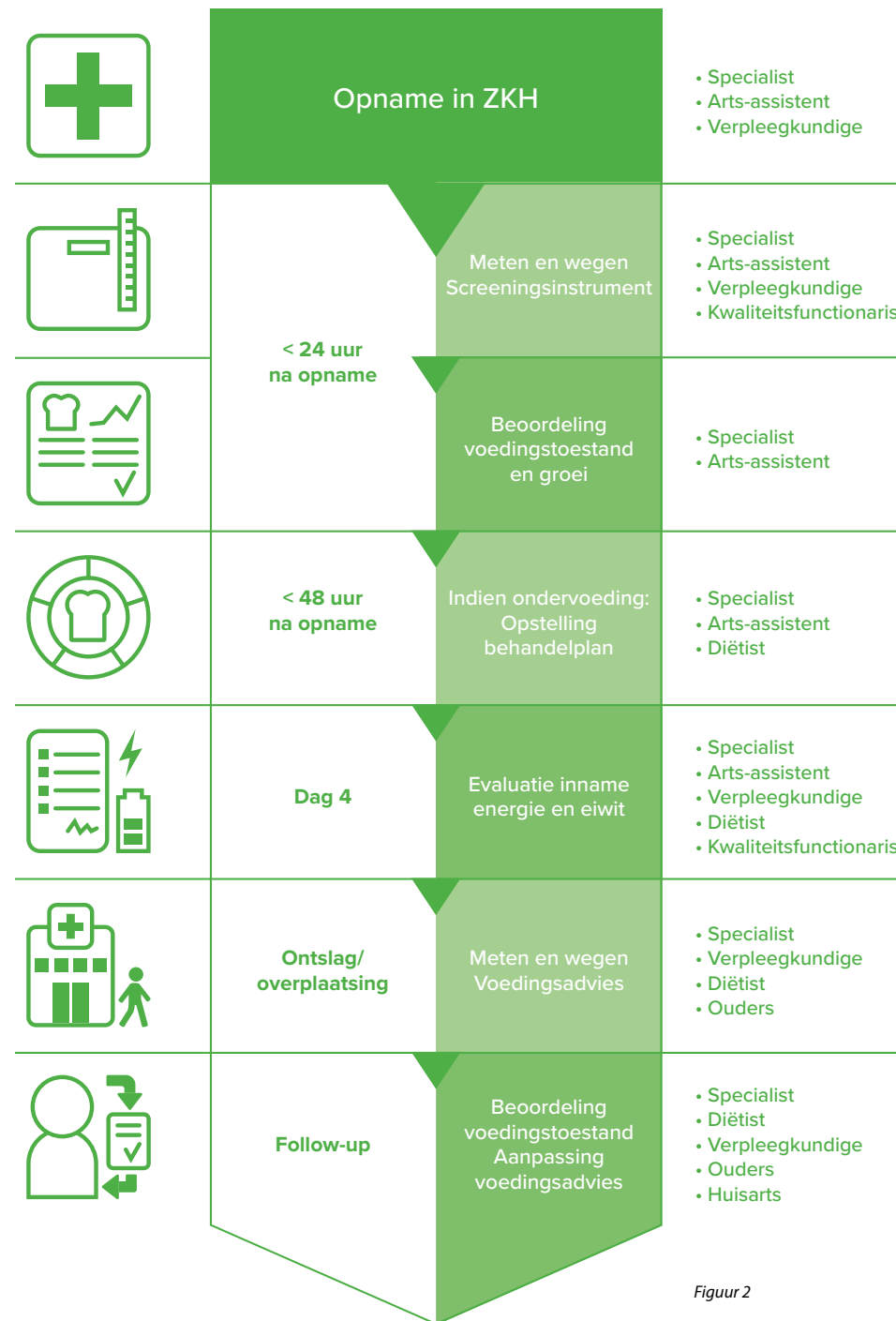
- een verhoogd verlies aan calorieën zoals bij braken en diarree;
- een gestoorde opname van voedingsstoffen zoals bij een ernstige voedselallergie of coeliakie;
- een verhoogde behoefte zoals bij chronische ziekten of een aangeboren hartafwijking;
- een onderliggende hormonale-, syndromale- of stofwisselingsziekte.

Bij jonge kinderen is er vaker een somatische oorzaak. Bij oudere kinderen spelen psychische factoren vaker een rol. Het vaststellen van de oorzaak is belangrijk voor de behandeling en prognose.

Behandeling

Bij een onderliggende ziekte als oorzaak, is het uiteraard van belang dat deze behandeld wordt. Als bekend is om welk type ondervoeding het gaat, acuut of chronisch, kan het behandeldoel bepaald worden. Hierbij moet gestreefd worden naar een adequate gewichtstoename tot het bereiken van het vooraf bepaalde streefgewicht. De behandeling van ondervoeding is een multidisciplinaire samenwerking. Zie figuur 2 voor wie, wat, wanneer doet. Zie ook leidraad nummer⁵. De diëtist bepaalt de actuele voedingsinname en berekent de voedingsbehoefte. De verpleegkundige monitort de voedingsinname tijdens de opname. Gezamenlijk met de arts wordt de route van toediening vastgesteld: oraal, per sonde of intraveneus. Er zijn weinig contra-indicaties voor enterale voeding. Alleen het niet functioneren van het maag-darmstelsel is een

Stapsgewijze screening en behandeling van ondervoeding bij kinderen in het ziekenhuis.



Figuur 2

contra-indicatie, zoals in geval van een ileus, necrotiserende enterocolitis, een darmperforatie of een atresie.

De behandeling van ondervoeding is gebaseerd op de volgende principes:

- normalisatie volgens de richtlijn goede voeding van de Gezondheidsraad;
- verrijking middels concentratie van voeding of verrijkte (zuigelingen-) voeding;

- en/of suppletie door middel van drink- of sondevoeding.

Tijdens de opname wordt het effect van de behandeling geëvalueerd. Hiervoor is het belangrijk om de voedingsinname te monitoren en om regelmatig gewicht en lengte te meten. Bij de evaluatie wordt gekeken naar resultaten op de groei en de mate waarin de voedingsinname voldoet



de voedingsadviezen en het ingezette beleid bij ontslag uit het ziekenhuis.

Bij een korte opname en bij zorgen om de groei is het belangrijk om bij voorkeur multidisciplinair poliklinische controle te plannen. Gaat het kind naar de eerste lijn terug, vermeld dan de voedingsstoestand in de ontslagbrief naar de huisarts of vraag toestemming aan de ouders

om een kopie van de ontslagbrief naar de GGD te sturen zodat ook de CB- of jeugdarts op de hoogte is. De verpleegkundige kan hierin ondersteunen door dit ter sprake te brengen bij de kinderarts tijdens de opname.

De overdracht van voedingszorg bij ontslag uit het ziekenhuis kan als compleet worden beschouwd indien:

- de actuele lengte en gewicht (absoluut en SD score) vermeld zijn in de ontslagbrief en op ontslag/overdrachtsformulier;
- het voedingsadvies (inclusief behandel/doel/streefgewicht) opgesteld door diëtist en/of behandelend arts vermeld wordt en ook aan de ouders en kind wordt meegegeven;
- indien de voedingszorg wordt overgedragen aan een zorgprofessional in de eerste, tweede of derde lijn.

Stuurgroep Ondervoeding

De Stuurgroep Ondervoeding is hét multidisciplinaire kenniscentrum op het gebied van bewustwording, preventie, signalering en behandeling van ondervoeding. De Stuurgroep coördineert de samenwerking tussen partijen en initieert activiteiten om ondervoeding te verminderen, in het bijzonder bij kinderen, chronisch en acuut zieken en ouderen. De screening en behandeling van ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen zijn onderdeel van de kwaliteitsindicatoren ondervoeding van de IGJ.

Mede dankzij de Stuurgroep Ondervoeding is dit onderwerp op de kaart gezet.



Meer info: www.stuurgroepondervoeding.nl.

aan de berekende behoefte en richtlijnen gezonde voeding.

De IGJ heeft naast de screening ook een kwaliteitsindicator behandeling ondervoeding bij kinderen. Hierbij wordt gemeten of de voedingsinname van het kind op dag 4 van de opname voldoet aan de berekende behoefte. In 2017 had bijna 62% van de acuut ondervoede, opgenomen kinderen op dag 4 van de opname voldoende eiwitinname. Voor de energie-inname was dit bijna 56%.³

Transmurale

Gezien de gemiddeld korte opnameduur van kinderen in het ziekenhuis en de verplaatsing van zorg voor zieke kinderen naar de thuissituatie, is het van groot belang om zorg te dragen voor een goede transmurale overdracht en follow-up van

Bronnen

1. Werkboek voeding voor zieke kinderen, Joosten K.F.M., van Waardenberg, D., Kneepkens, C.M.F. Amsterdam, VU University press, 2017.
2. Bron: Factsheet - Resultaten kwaliteitsindicator 8.2.1. Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen 2017 (www.stuurgroepondervoeding.nl)
3. Bron: Factsheet - Resultaten kwaliteitsindicator 8.2.2.B. Behandeling van ondervoeding bij kinderen 2017 (www.stuurgroepondervoeding.nl)
4. Leidraad Screening op en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen 2016, Stuurgroep Ondervoeding
5. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015.
6. Voedingscentrum. Richtlijnen schijf van vijf. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland; 2016.

Auteurs

Dr. Elvira George, kinderarts maag-darm-leverziekten Noordwest Ziekenhuisgroep, stuurgroep Ondervoeding, voorzitter sectie kinderen en Mireille Schager, Stuurgroep Ondervoeding, projectleider sectie kinderen