

Toolkit Ondervoeding

Doel

- Het vaststellen van (risico op) ondervoeding.
- Het aanbieden van de juiste interventies ter preventie of behandeling van ondervoeding.

Achtergrond

Definitie

Ondervoeding is een voedingstoestand, waarbij een disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling en functioneren.

Algemeen geaccepteerd is een oudere patiënt (? 65 jaar) ondervoed wanneer:

- De patiënt een BMI (Body Mass Index) heeft ? 20,0 (bij patiënten < 65 jaar is dit bij een BMI < 18,5) en/of
- bij onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste maand (2,4).

Er is risico op ondervoeding wanneer:

- Een patiënt in de laatste 6 maanden onbedoeld 5-10% gewicht verloren heeft (2).

Ondervoeding kan worden onderverdeeld in 'wasting' of 'starvation', cachexie en sarcopenie. Bij wasting of starvation is er sprake van verlies van zowel spier- als vetmassa door een verminderde voedingsinname, bijvoorbeeld als gevolg van een slecht zittend gebit, depressieve klachten of veel medicatiegebruik. Cachexie kenmerkt zich vooral door verlies aan spiermassa met of zonder verlies van vetmassa, en is het gevolg van een onderliggende ziekte zoals COPD of kanker. Sarcopenie is het verlies van spiermassa en –functie en is meestal gerelateerd aan leeftijd en lichamelijke inactiviteit (1). Vaak is er sprake van een combinatie van de drie ondervoedingssyndromen, bijvoorbeeld een combinatie van wasting/starvation en sarcopenie.

Prevalentie

De prevalentie van ondervoeding bij de geriatrische patiënt hangt af van de kenmerken van de onderzochte populatie en de definitie van ondervoeding die wordt gehanteerd. Cijfers in Nederland lopen uiteen van 32% tot 61%. Bij geriatrische patiënten op de polikliniek is een prevalentie van 17% beschreven (1). (Het risico op) ondervoeding neemt toe wanneer mensen ouder worden, meer ziektebeelden hebben en afhankelijker zijn van zorg (2). Onderzoek laat zien dat 1 op de 3 ouderen met thuiszorg en ruim 1 op de 10 ouderen zonder thuiszorg in Nederland ondervoed is (6).

Risicofactoren

Oorzaken voor ondervoeding:

De belangrijkste oorzaak van ondervoeding is multimorbiditeit waardoor een acute of chronische disbalans kan ontstaan tussen inname- en behoefte aan voedingsstoffen. De disbalans tussen inname en behoefte kan ontstaan wanneer er niet genoeg (kwalitatief goede) voeding aanwezig is of wanneer de inname niet toereikend is ondanks een voldoende beschikbaarheid (1). Redenen voor onvoldoende inname van voeding als oorzaak voor ondervoeding kunnen worden ingedeeld in somatische, psychische, functionele en sociale factoren (zie tabel 1). Bij geriatrische patiënten zijn er vaak meerdere factoren die, ook onder invloed van elkaar, de voedselinname belemmeren (1).

Tabel 1: Redenen voor onvoldoende inname van voeding als oorzaak voor ondervoeding (1,3).

Somatisch domein

- chronische ziekten (bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten)
- ziekenhuisopname
- operatie
- acute ziekte
- decubitus
- polyfarmacie/bijwerkingen medicatie
- kauw- en/of slikproblemen
- verminderde reuk en smaak
- verminderde eetlust
- ontregeling van honger- en verzadigingsgevoel
- verstoorde vertering en opname van voeding
- gastro-intestinale problemen (misselijkheid, braken, obstipatie, diarree)
- pijn
- vermoeidheid

Psychisch domein

- stress
- verliesreactie (bijvoorbeeld na verlies van partner, woning, mobiliteit)
- depressieve klachten
- angst
- verslaving
- cognitieve stoornissen/dementie

Functioneel domein

- beperkingen mobiliteit
- (I)ADL-afhankelijkheid

Sociaal domein

- onvoldoende geld om goede voeding te kopen of maaltijdservice te bekostigen
- weduwestatus
- alleenwonend
- klein sociaal netwerk
- ontbreken mantelzorg
- ontbreken transportmogelijkheden
- eenzaamheid
- tijdstip maaltijden is niet afgestemd op vraag
- eenzijdig voedingspatroon
- slechte eetomgeving (ambiance, gezelschap)
- geografisch isolement

Complicaties

Ondervoeding leidt tot een grotere kans op complicaties, langzamer herstel en een verminderde spiermassa met als gevolg een afname van functioneren en de algehele conditie. Daarnaast vermindert het de hart- en longcapaciteit, afweer en wondgenezing en leidt het tot een groter risico op decubitus, mortaliteit en een verminderde kwaliteit van leven (1).

ScreeningEerste lijn

Neem de SNAQ65+ af.

SNAQ⁶⁵⁺ beslisboom



Bron: Stuurgroep ondervoeding. (2015). Signalering van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg

Zie de volgende afbeeldingen voor uitleg van de beslisboom of bekijk het filmpje op:
<http://www.stuurgroepondervoeding.nl/eerstelijnszorg-thuiszorg>

SNAQ⁶⁵⁺

Bent u *onbedoeld* 4 kg of meer afgevallen in de laatste 6 maanden?

nee minder dan 4 kg
→ naar stap 2

ja 4 kg of meer
→ naar stap 4

Als de cliënt niet weet of hij in deze periode is afgevallen, vraag dan of:

- kleding ruimer is gaan zitten
- de riem een gaatje strakker moet
- het horloge ruimer om de pols zit

nee op al deze vragen:
→ naar stap 2

ja op één van deze vragen:
→ naar stap 4

stap 1

Bepaal het gewichtsverlies

SNAQ⁶⁵⁺

- 1 Houd de linker bovenarm in een hoek van 90° met de handpalm naar binnen
- 2 Bepaal het midden tussen de voelbare knobbel op de top van het schouderblad en het onderste punt van de elleboog
- 3 Meet de armomtrek op het midden van de bovenarm met de arm ontspannen langs het lichaam



25 cm of meer
→ naar stap 3

minder dan 25 cm
→ naar stap 4

stap 2

Meet de bovenarmomtrek

SNAQ⁶⁵⁺

Had u afgelopen week een verminderde eetlust?

nee
→ naar stap 4

ja

Kunt u een trap van 15 treden op en af lopen zonder te rusten?

ja
→ naar stap 4

+

nee
→ naar stap 4*

Als de cliënt geen trap meer loopt, vraag dan of:
Kunt u vijf minuten buiten lopen zonder te rusten?
of bij rolstoelafhankelijke cliënten:

Kunt u uw rolstoel vijf minuten aanduwen zonder te rusten?

*Alleen als het antwoord op *beide* vragen oranje scoort bestaat het risico op ondervoeding

stap 3

Vraag de eetlust na en stel de functionaliteit vast

Bron afbeeldingen: Stuurgroep ondervoeding. (2015). Signalering van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg

Tweede lijn

Sinds 2007 wordt in alle ziekenhuizen in Nederland gescreend op ondervoeding met de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) en/of de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (3).

Diagnostiek

De huisarts neemt de anamnese af en vraagt naar onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen maand en het afgelopen half jaar, beperkingen van inname van voeding, medicatie en klachten zoals braken en diarree. Daarnaast wordt nagegaan of er sprake is van comorbiditeit en signalen die kunnen wijzen op een specifieke oorzaak waar vervolgonderzoek op wordt afgestemd. Er wordt lichamelijk onderzoek gedaan, lengte en gewicht gemeten en BMI en percentage gewichtsverlies berekend. De diagnose wordt gesteld aan de hand van de geldende criteria voor (risico op) ondervoeding. De arts moet erop bedacht zijn dat oedeem gewichtsverlies maskeert (5).

Aanvullend onderzoek

De toegevoegde waarde van laboratoriumonderzoek is beperkt (5).

Interventies

Verwijs patiënten die ondervoed zijn naar de huisarts of diëtist (afhankelijk van zorgverzekeraar, zie financiering). De huisarts verwijst alle patiënten met ondervoeding naar een diëtist. De diëtist stelt samen met de patiënt een voedingsbehandelplan op (5). De verpleegkundige kan de volgende interventies inzetten bij (risico op) ondervoeding:

- Geef informatie over de gevolgen van ondervoeding en het belang van goede voeding (4).
- Geef algemene adviezen voor gezonde eiwit- en energieverrijkte voeding en tussenmaaltijden, zie [NHG patiëntenbrief "Ik ben ongewild veel afgevallen"](#) (4).
- Adviseer om regelmatig te wegen, zie tabel 1 (4).
- Bij ondervoeding: monitor voedingsinname en lichaamsgewicht en bied ondersteuning bij de uitvoering van het voedingsbehandelplan (5).
- Voorkom pijn in de mond (zie toolkit mondproblemen).
- Geef advies over interventies die de patiënt en zijn omgeving zelf kan uitvoeren (zie stap 7, eigen kracht, uit het stappenplan).

Tabel 1: Weeg- en screeningsbeleid eerstelijnszorg en thuiszorg

	Weegbeleid	Screeningsbeleid TZ= thuiszorg, HA= huisarts
Niet ondervoed	Advies patiënt: (drie)maandelijks wegen contact opnemen met huisarts: ? 65 jaar: > 4 kg gewichtsverlies in 6 maanden < 65 jaar: > 3 resp. 6 kg in 3 resp. 6 maanden	TZ: Evaluatie inzet HA: Regulier consult onderliggende (chronische) aandoening HA/TZ: Minimaal 1 keer/jaar + Bij 'niet-pluis'gevoel
Risico op ondervoeding	Advies patiënt: maandelijks wegen (zie verder niet ondervoed) HA: tijdens regulier consult TZ: maandelijks	Idem niet ondervoed
Ondervoed	Advies patiënt: wekelijks wegen Na behandeling: in overleg met diëtist advies contact op te nemen afhankelijk van doel Diëtist: tijdens consult HA/TZ: op advies diëtist	Idem niet ondervoed HA/TZ: Op geleide advies van diëtist

Bron: Richtlijn screenen en behandeling van ondervoeding (2011)

Financiering

Per jaar wordt 3 uur dieetadvies vergoed vanuit de basisverzekering. Er hoeft hiervoor geen eigen risico te worden betaald wanneer de zorg plaatsvindt via 'ketenzorg' waar diëtisten en huisartsen soms onder vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand de diagnose diabetes of COPD heeft. In andere gevallen moet er wel eigen risico worden betaald. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt bij de zorgverzekeraar nagaat of er een verwijzing nodig is van een arts om gebruik te kunnen maken van dieetadvies. Bij enkele zorgverzekeraars wordt deze eis gesteld (7).

Richtlijnen en referenties

1. NVKG, NIV, NVD. Richtlijn Ondervoeding bij de Geriatrische Patiënt. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2013.
2. Halfens RJG, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentie Zorgproblemen Rapportage resultaten 2014. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2014. Beschikbaar via https://nld.lpz-um.eu/media/text/publicaties/LPZ_Rapport_2014.pdf
3. Stuurgroep ondervoeding. Richtlijn screenen en behandeling van ondervoeding. Amsterdam: Stuurgroep ondervoeding; 2011. Beschikbaar via http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn_screenen_en_behandeling_van_ondervoeding_juni_2011.pdf
4. Stuurgroep ondervoeding. Signalering van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg; 2015. Beschikbaar via <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2015/02/Uitleg-en-onderbouwing-SNAQ65-.pdf>
5. Mensink PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA, Kattemölle-van den Berg S, Liefwaard AHB, Meijers JMM, Van Binsbergen JJ, Van Wayenburg CAM, Vriezen JA. LESA Ondervoeding. Huisarts Wet 2010;53(7):S7-10.
6. Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HAH, Leistra E, Evers AM, Van Binsbergen JJ, Deeg DJH, Visser M. High Prevalence of undernutrition in Dutch-community dwelling older individuals, Nutrition; 2012, doi:10.1016/j.nut.2012.02.016 Beschikbaar via http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2015/02/Prevalentie-ondervoeding-eerstelijns-Schilp_2012.pdf
7. Zorgwijzer.nl. Vergoedingen. Beschikbaar via <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/dieetadvies> Geraadpleegd 2016 april 26.