

Stand van zaken ondervoeding bij ouderen in het medisch, sociaal en publiek domein

Februari 2021

Borging Ondervoeding (Thuiswonende)
Ouderen op een Kruispunt



Voorwoord

De Stuurgroep Ondervoeding heeft op verzoek van het ministerie van VWS in het kader van het project Borging Ondervoeding (Thuiswonende) Ouderen op een Kruispunt (BOTO-X) de stand van zaken ten aanzien van preventie, screening en behandeling van ondervoeding bij (thuiswonende) ouderen in het medische, sociale en publieke domein in kaart gebracht. Eind 2022 wordt een nieuw overzicht met de dan actuele stand van zaken gemaakt.

Preventie speelt zich met name af in het publieke en sociale domein, waarbij de oudere en zijn omgeving zelf het initiatief nemen. Screening en behandeling vinden plaats wanneer zich een zorgvraag voordoet en komt zowel in het sociale domein als de zorg voor. Behandeling vindt plaats in het zorgdomein. In dit overzicht zijn prevalentiecijfers opgenomen. Helaas zijn er geen recente data gepubliceerd. Data zijn wel beschikbaar via de LASA dataset. Op verzoek kunnen deze data gebruikt worden om recente prevalentiecijfers te verkrijgen. De Stuurgroep Ondervoeding heeft het ministerie van VWS geadviseerd deze op te vragen.

De afgelopen jaren heeft de Stuurgroep Ondervoeding in de verschillende domeinen projecten uitgevoerd. Het resultaat van deze projecten waren samenhangende sets instrumenten die als halffabrikaat beschikbaar zijn op onder andere de website van de Stuurgroep Ondervoeding. Voor het maken van dit overzicht zijn de volgende bronnen gebruikt: (a) literatuur, (b) enquêtes onder groepen zorgprofessionals ten behoeve van andere projecten, (c) websitegebruik, (d) informatie uit circa 35 interviews die voor het project BOTO-X zijn afgenomen bij zorgprofessionals, koepelorganisaties van zorgprofessionals, kennisinstituten in de zorg en het sociale domein, ouderen- en patiëntenorganisaties.

In dit overzicht geven we eerst de belangrijkste bevindingen, dan volgen prevalentiecijfers per domein en tot slot gaan we in op het gebruik van instrumenten in de zorg, het publieke en sociale domein en waar men in de praktijk tegenaan loopt.

Inhoud

Belangrijkste bevindingen	3
Ondervoeding bij ouderen	5
Prevalentie	6
Thuiswonende ouderen	6
Ziekenhuizen	7
Verpleeghuizen	8
Gebruik instrumenten en aandachtspunten	9
Publiek en sociaal domein	9
Ziekenhuizen	11
Eerstelijns en zorg thuis	14
Verpleeghuizen	17
Vervolg	18

De belangrijkste bevindingen

De bevindingen zijn afkomstig uit verschillende bronnen: literatuur, enquêtes onder groepen zorgprofessionals en cliënten ten behoeve van andere projecten, websitegebruik en hetgeen als algemeen beeld naar voren is gebracht in circa 35 interviews die voor het project BOTO-X zijn gehouden.

Prevalentie

- De data over de prevalentie van ondervoeding bij ouderen zijn over het algemeen verouderd. Op basis van algemeen gebruikte prevalentiepercentages waren in 2016 265.000-375.000 ouderen ondervoed, waarvan er ongeveer 100.000 zorg thuis [1] kregen. Daarnaast waren van alle ouderen die werden opgenomen in het ziekenhuis minimaal 200.000 ouderen ondervoed.
- Of de prevalentiecijfers de laatste jaren zijn gedaald ten gevolge van het ingezette beleid is niet onderzocht. De verwachting is dat prevalentiecijfers stijgen omdat ouderen langer zelfstandig thuis wonen. Ook is de verwachting dat het aantal ouderen met ondervoeding stijgt onder invloed van de het toenemende aantal ouderen.
- Ook de huidige COVID-19 pandemie lijkt bij te dragen aan de stijging van de prevalentie.

Gebruik instrumenten publiek en sociaal domein

Publiek en sociaal domein

- Naar het gebruik van instrumenten in de verschillende domeinen is weinig onderzoek gedaan. Wel is het gebruik af te leiden uit bijvoorbeeld het aantal bezoekers van relevante websites, het aantal bestelde brochures en ingevulde zelftesten.
- In het publieke domein spelen het Voedingscentrum en KBO/PCOB een belangrijke rol. Zij verwijzen naar de website www.goedgevoedouderworden.nl, waarop veel informatie over ondervoeding bij ouderen is te vinden, waaronder het uitvoeren van simpele zelftests.
- Uit focusgroepen met ouderen en interviews met professionals is gebleken dat ouderen zich lang niet altijd bewust zijn van de gevolgen van een slechtere voedingstoestand. Ze vinden het dan ook niet nodig om met de adviezen aan de slag te gaan. Dit vraagt extra inzet en afstemming van alle betrokken professionals.
- In het sociale domein is er beperkt aandacht voor ondervoeding. Bij Movisie, hét kennisinstituut voor het sociale domein, is ondervoeding geen thema. Ook zijn er geen toolkits of richtlijnen voor bijvoorbeeld de thuiszorg in het sociale domein waarin ondervoeding kan worden opgenomen.

[1] Met zorg thuis wordt bedoeld zorg die (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden thuis leveren en valt onder de Zvw. Voor de herziening van de langdurige zorg werd de term thuiszorg gebruikt voor alle zorg en ondersteuning die thuis werd geleverd.

2016

Thuiswonend

265.000-375.000 ouderen zijn ondervoed, waarvan 100.000 zorg thuis kregen

Ziekenhuis

Van alle ouderen is minimaal 200.000 ouderen ondervoed.

Weinig onderzoek naar gebruik van instrumenten in publiek en sociaal domein.

Ouderen zijn zich niet altijd bewust van de gevolgen van een slechtere voedingstoestand.

Er is beperkte aandacht voor ondervoeding in het sociale domein.

Gebruik instrumenten zorg

Zorg

- De afgelopen jaren zijn verschillende toolkits en (multidisciplinaire) richtlijnen over screenen en behandelen van ondervoeding ontwikkeld. Er is geen onderzoek bekend over het gebruik van deze toolkits en richtlijnen.
- Voor artsen en verpleegkundigen is het screenen en inzetten van vervolgacties niet vanzelfsprekend. Daarvoor zijn verschillende redenen: een slechte voedingstoestand is geen reden voor het inschakelen van de arts of verpleegkundige, het is druk en over het algemeen is er sprake van handelingsverlegenheid. Dit geldt ook bij professionals in het sociale domein.
- Verpleegkundigen en verzorgenden zijn minder bekend met de beschikbare informatie en instrumenten op de website van de Stuurgroep Ondervoeding, zo blijkt uit verschillende (focusgroepen en interviews. Ook sluit de informatie niet altijd aan bij hun behoefte en/of het opleidings-/werk niveau.
- Wijkverpleegkundigen en POH'ers lopen (nog steeds) aan tegen schotten in de zorg. Als er snel gehandeld moet worden om bijvoorbeeld een maaltijdvoorziening te regelen of ondersteuning te bieden bij de maaltijd(-bereiding), dan is het lastig te regelen.
- Diëtisten vinden dat ze vaak te laat in consult worden gevraagd, waardoor het lastiger is om met gewone voedingsmiddelen te voorzien in de behoefte aan eiwit en energie.

Geen onderzoek bekend over het gebruik van toolkits en richtlijnen.

Voor artsen en verpleegkundigen is het screenen en inzetten van vervolgacties niet vanzelfsprekend.

Implementatie en borging

- Samenwerking tussen de verschillende disciplines en domeinen kan beter. Omdat voeding onderdeel uitmaakt van basiszorg, is het elkaar tijdig vinden een noodzakelijk basisvoorwaarde voor goede zorg.
- Na afronding van een project is er geen plan voor vervolg om het product of de werkwijze onder de aandacht te brengen, ondersteuning te bieden bij implementatie lokaal en/of te volgen wat er verder mee gebeurt, zodat anderen er van kunnen leren.
- Beschikbare informatie is niet of slechts summier terug te vinden op websites die professionals raadplegen.
- De aandacht voor ondervoeding lijkt te verslappen, zowel op beleidsniveau als in de praktijk.

Samenwerking tussen de verschillende disciplines en domeinen kan beter.

De aandacht voor ondervoeding lijkt te verslappen, zowel op beleidsniveau als in de praktijk.

Ondervoeding bij ouderen

Eind 2011 bracht de Gezondheidsraad het adviesrapport 'Ondervoeding bij ouderen' uit [2]. De Gezondheidsraad heeft onderzoek in kaart gebracht over de omvang van het probleem, de beste methode om ondervoeding vast te stellen en de beste behandeling. De Gezondheidsraad concludeerde toen al dat gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig is om inzicht te krijgen in de omvang van het probleem en de meest effectieve aanpak ervan. Bijna tien jaar later, is onderzoek dat antwoord geeft op met name de vraag over de omvang van het probleem niet uitgevoerd.

De afgelopen jaren is internationaal veel onderzoek gedaan naar ondervoeding bij ouderen en het ontstaan ervan. Steeds duidelijker wordt dat (risico op) ondervoeding geen eenvoudig zorgprobleem is, maar vele oorzaken kent. De signalering en behandeling is net zo veelzijdig en dient op de ouderen te zijn afgestemd.

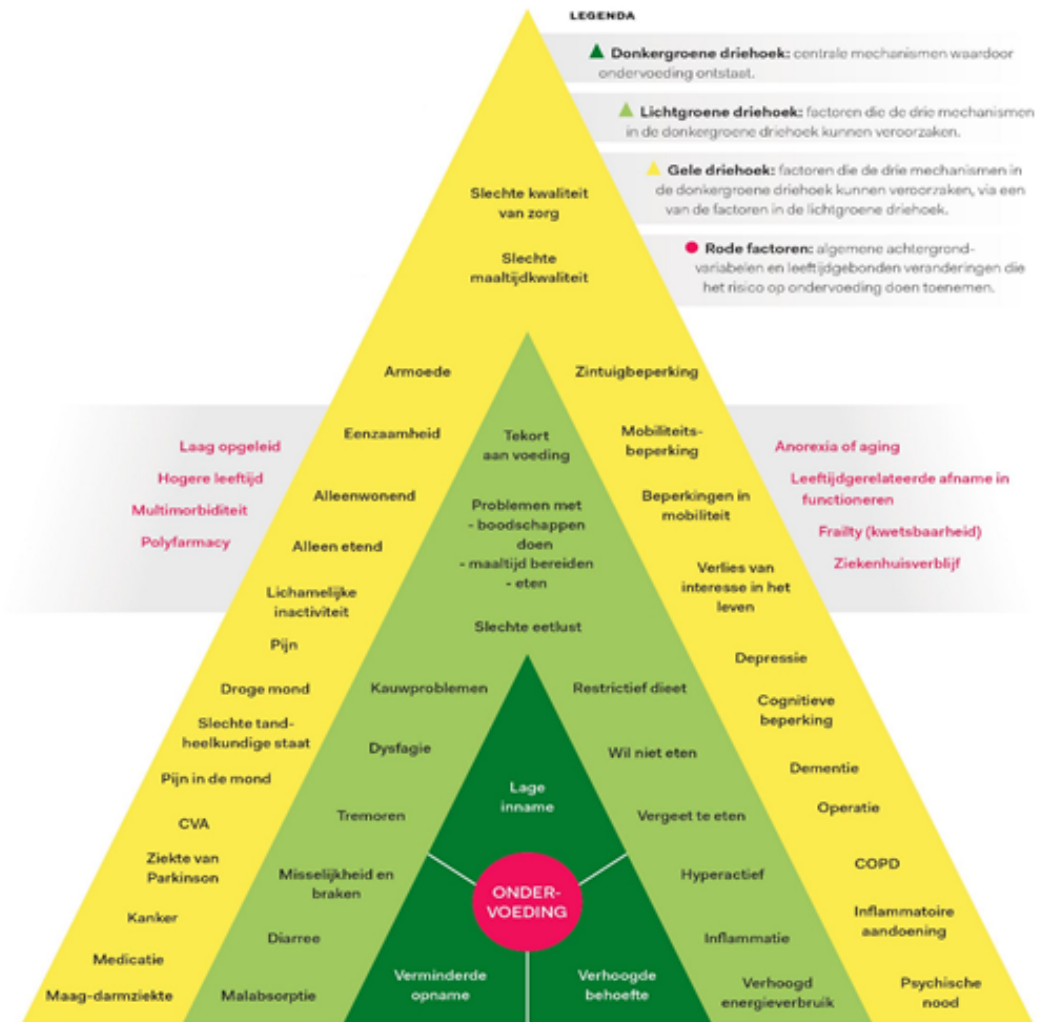
In 2018 is vanuit het internationale project MaNuEL een rapport (toolbox MaNuEL) gepubliceerd met evidence-based aanbevelingen voor het verbeteren van de zorg aan ouderen met (risico op) ondervoeding.

Is malnutrition a problem in older persons?

Malnutrition is widespread among older people and associated with severe health and functional problems, accompanied by reduced quality of life for the individual as well as increased health care costs for societies. It is thus an important public health concern to avoid malnutrition as much as possible and implement effective strategies to tackle this problem.

[2] [Dossier Ondervoeding bij Ouderen](#)

Determinanten van ondervoeding bij ouderen



In deze figuur zijn de determinanten weergegeven die het risico op ondervoeding bij ouderen vergroten en uiteindelijk via voedingsproblemen en voedingsstekorten leiden naar ondervoeding.

Wat is de situatie in Nederland?

Jarenlang is Nederland door andere Europese landen als koploper gezien als het gaat om de aanpak van ondervoeding. Helaas zijn in het MaNuEL rapport geen gegevens meegenomen over de Nederlandse situatie, omdat recente gegevens ontbreken. De aandacht voor ondervoeding lijkt te verslappen, zowel op beleidsniveau als in de praktijk. Er is geen recent onderzoek gedaan naar de prevalentie van ondervoeding bij ouderen, wel zijn cijfers van een aantal jaren geleden beschikbaar. Ook over het gebruik van instrumenten in de verschillende domeinen (zorg, sociaal en publiek domein) is nauwelijks iets bekend. Daarom presenteren we gegevens van bijvoorbeeld het aantal bezoekers op relevante websites aangevuld met ervaringen uit de praktijk.

Prevalentie

De prevalentie van ondervoeding is in alle sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg hoog. Gemiddeld is één op de vier tot vijf patiënten in ziekenhuizen, zorginstellingen en zorg thuis ondervoed. Risicogroepen zijn kwetsbare ouderen, chronisch zieken, oncologische patiënten, patiënten die een grote operatie ondergaan en patiënten met een ernstig trauma.

Prevalentiecijfers uit verschillende onderzoeken zijn echter niet goed met elkaar te vergelijken, omdat gebruik is gemaakt van verschillende (gevalideerde) instrumenten of afkappunten die specifiek voor een doelgroep of situatie zijn ontwikkeld. Bovendien zijn dit geen recente data.

Thuiswonende ouderen (zorg, sociaal en publiek domein)

Naar de prevalentie van ondervoeding in de thuissituatie is weinig onderzoek gedaan. In 2012 is een grote groep thuiswonende ouderen gescreend met de SNAQ65+ tijdens de grieprik [3]. In deze groep stijgt de prevalentie ondervoeding met de leeftijd van 8 tot 23% bij de groep ≥ 85 jaar, dit zijn in 2016 ongeveer 375.000 ouderen. De prevalentie is hoger bij ouderen met zorg thuis en varieert tussen 30-40%, afhankelijk van de leeftijd. In 2016 ontvingen volgens Actiz 270.000 ouderen zorg thuis [4], dit betekent dat 81.000 – 108.000 ouderen naar verwachting ondervoed zijn.

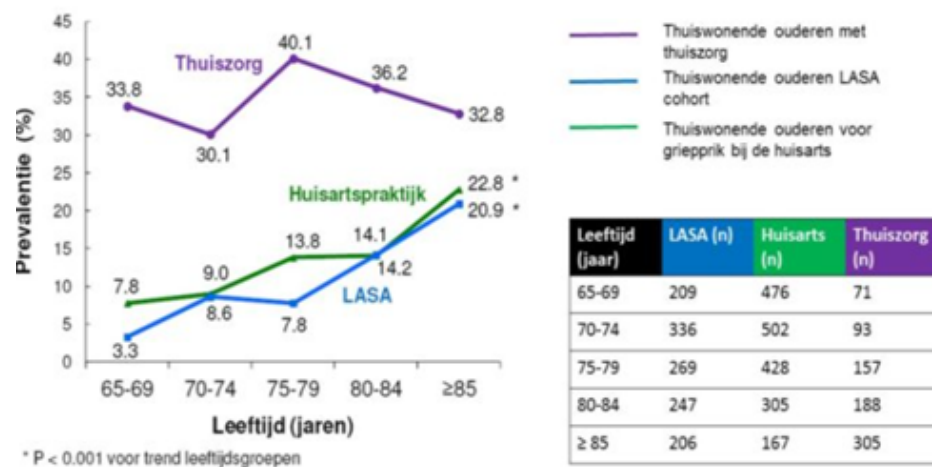
Naar schatting zijn in 2016 265.000 - 375.000 thuiswonende ouderen ondervoed.

[3] [In 2012 is een grote groep thuiswonende ouderen gescreend met de SNAQ65+](#)

[4] [Infographic Ouderenzorg nu en in de toekomst](#)

Uit het LASA cohort van thuiswonende ouderen (Longitudinal Aging Study Amsterdam) steeg de prevalentie van ondervoeding met de leeftijd tot 21% in de oudste leeftijdsgroep, dit zijn meer dan 265.000 ouderen.

- Er zijn geen cijfers bekend over de laatste jaren waarin het overheidsbeleid is gericht op langer thuis wonen. De verwachting is dat de prevalentie van ondervoeding bij ouderen toeneemt, juist omdat ze langer thuis wonen. Ook de huidige COVID-19 pandemie lijkt bij te dragen aan de stijging van de prevalentie van ondervoeding, omdat ouderen minder hulp ontvangen doordat zij angstig zijn om mensen binnen te laten of door overbelasting van zorgpersoneel.



De prevalentie van ondervoeding stijgt met de leeftijd tot 21% in de oudste leeftijdsgroep.

Ziekenhuizen

In de periode 2007 - 2015 was screening op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis een verplichte kwaliteitsindicator in de basisset voor medisch specialistische zorg. In 2016 zijn de screeningsresultaten bij opname van ruim 550.000 patiënten uit dertien ziekenhuizen over deze periode geanalyseerd. Gemiddeld heeft 15% van de patiënten op de eerste opnamedag de screeningsuitslag 'ondervoed', met een spreiding van 2 tot 38% afhankelijk van het opnemend medisch specialisme.

38% van de ouderen heeft bij opname in het ziekenhuis op de afdeling geriatrie de screeningsuitslag ondervoed'.

Gemiddeld is 15% van patiënten bij opname in het ziekenhuis ondervoed.

Er is geen uitsplitsing naar leeftijd bekend op andere afdelingen. Van alle ziekenhuisopnames waren in 2017 1.308.210 mensen 65 jaar of ouder [5]. Het is te verwachten dat de prevalentie bij ouderen hoger is dan het gemiddelde van alle leeftijden. Uitgaande van 15% ondervoede patiënten is de verwachting dat minimaal 200.000 ouderen per jaar bij opname in het ziekenhuis in een slechte voedingstoestand zijn [6].

Opnemend specialisme	Percentage patiënten met screeningsuitslag ondervoed bij opname
Geriatricie	38%
Oncologie	33%
Gastro-enterologie	27%
Interne geneeskunde	27%

Verpleeghuizen

Sinds 2004 wordt in Nederland de prevalentie van ondervoeding gemeten als onderdeel van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). De gemiddelde prevalentie van ondervoeding in de sector Wonen, zorg en welzijn (verpleeg- en verzorgingshuizen) is 19,4%. In 2016 woonden er ongeveer 110.000 ouderen in verpleeghuizen. Daarmee is de inschatting dat 22.000 bewoners destijds ondervoed waren. Aan de LPZ neemt nog steeds een aantal instellingen deel, maar de cijfers zijn niet meer landelijk beschikbaar.

Naar schatting waren in 2016 22.000 van de bewoners in het verpleeghuis ondervoed.

[5] [Ziekenhuisopnamen naar leeftijd en geslacht.](#)

[6] Het totaal aantal opnamen is niet gelijk aan het totaal aantal opgenomen vrouwen en mannen; mensen kunnen ook meerdere keren per jaar opgenomen worden.

Gebruik instrumenten en aandachtspunten

Publiek en sociaal domein

Gebruik instrumenten

Sinds 2016 richt de Stuurgroep Ondervoeding zich op thuiswonende ouderen en mantelzorgers met het project 'Goed gevoed ouder worden' (GGOW). Doel van het project is de bewustwording en kennis over ondervoeding bij (pre)kwetsbare, zelfstandig wonende ouderen en hun mantelzorgers te vergroten, zodat zij zelf tijdig kunnen ingrijpen en ondervoeding kunnen voorkomen. Hiervoor zijn onder andere een website en zelftests ontwikkeld. De test 'Hoe eet ik nu?' is te gebruiken door de oudere, mantelzorger of samen met de ouderenadviseur. De zelftest laat zien of er één of meerdere risicofactoren voor ondervoeding aanwezig zijn.

Het vermoeden is dat ouderen die de zelftest invullen vragen hebben over goede voeding en de voedingstoestand in relatie tot ouder worden. Niet bekend is wat de ouderen doen als vervolg op de risicosignalering.

Wijkverpleegkundigen en POH melden dat ouderen zich niet bewust zijn van de gevolgen van ondervoeding.

Ouderen kunnen informatie over ondervoeding vinden op verschillende websites, zoals www.voedingscentrum.nl, www.kbo-pcob.nl en www.thuisarts.nl [7]. Deze websites verwijzen na enige algemene informatie naar de website www.goedgevoedouderworden.nl.

De website www.stuurgroepondervoeding.nl voorziet met ruim 60.000 bezoekers, voornamelijk zorgprofessionals, in een behoefte. De website www.goedgevoedouderworden.nl wordt steeds beter gevonden, ook via andere websites.

In de periode april 2017 – februari 2019 zijn ruim 26.000 zelftesten 'Hoe eet ik nu?' ingevuld.

Hieruit blijkt dat er risico op het ontstaan van ondervoeding is bij:

- 81% van de ouderen van 65 -74 jaar;
- 86% in de groep 75 -84 jaar;
- 96% bij ouderen ouder dan 85 jaar.

Websitebezoeken			
	2018	2019	2020 tot 01/12/20
Stuurgroep Ondervoeding	61.000	67.000	62.000
Goed gevoed ouder worden (GGOW)	8.200	18.000	22.000
KBO/PCOB: doorklik naar GGOW	241	355	321
Voedingscentrum, pagina ondervoeding	30.850	34.569	27.801
Artsenwijzer Diëtetiek, pagina ondervoeding	610	1284	995

[7] Van www.thuisarts.nl zijn geen gegevens over het aantal bezoekers ontvangen.

De bijbehorende interventie GGOW is erkend door en opgenomen in het Loket Gezond Leven van het RIVM. In 2019 is de interventie op de website van het RIVM 962 keer bekeken en tot 16 december 2020 1040 keer. De erkenning van de interventie loopt in 2021 af en dient een vervolg te krijgen.

Op de website van het kennisinstituut voor het sociale domein Movisie is geen informatie over ondervoeding te vinden. Ook op Beter Oud, website voor ouderen en professionals in het sociale domein, is de informatie summier. De Stuurgroep Ondervoeding is beperkt in de mogelijkheden om alle beschikbare informatiekanalen te benutten en voorzien deze nog niet regelmatig van nieuwe content.

Top 5 pagina's website Goed Gevoed Ouder Worden 2020	
1 test-uzelf	13.403
2 goede-voeding	12.206
3 praktische-adviezen	6.845
4 goed-gevoed-of-ondervoed	6.590
5 corona blij alert op voeding en beweging	6.033

Expertgroep diëtisten

In het kader van GGOW is een expertgroep opgericht met ongeveer 85 diëtisten verspreid over het land. Deze diëtisten zijn geschoold door de Stuurgroep Ondervoeding en hebben handvatten gekregen voor het geven van voorlichting aan ouderen en zorgprofessionals. De meeste diëtisten werden voor deze voorlichting gevraagd door andere zorgprofessionals, zoals huisartsen, POH'ers, wijkverpleegkundigen of fysiotherapeuten. Daarnaast werden zij benaderd door ouderenbonden, gemeentes of vanuit initiatieven in de wijk. Financiering van deze activiteiten is een knelpunt.

Voedingspaspoort

Het Voedingspaspoort, gericht op samenwerking tussen de verschillende domeinen met de oudere in de regio's, is in 2018 ontwikkeld in drie regio's. Het Voedingspaspoort is ook een handvat voor de oudere om afspraken in vast te leggen over transmurale voedingszorg.

Na de pilot is één regio bezig met uitbreiding van het project naar andere stadsdelen. In enkele andere regio's is men, voor zover bekend, gestart met een transmuraal ondervoedingsproject, waarbij gebruik wordt gemaakt van de handleiding. Het is niet bekend waarom er niet meer gebruik van wordt gemaakt.

Aandachtspunten

Uit het literatuuronderzoek en de interviews die zijn gehouden met verschillende partijen komt het volgende naar voren:

- (Risico op) ondervoeding is een minder bekend probleem bij veel ouderen, mantelzorgers, ouderenadviseurs en huishoudelijke hulpen. Op relevante websites is geen (toegankelijke) informatie te vinden toegespitst op specifieke groepen.
- In het sociale domein kunnen verschillende zorgprofessionals een rol spelen. Hiervoor is een gericht plan nodig op het gebied van onderwijs, instrumentontwikkeling en onderlinge afstemming.
- In het actieplan van de Taskforce 'Gezond eten met ouderen' zijn verschillende acties geadviseerd die geen vervolg hebben gekregen, zoals een landelijke campagne gericht op ouderen om het risico op ondervoeding bekend te maken.
- Diëtisten betrokken bij GGOW zijn verspreid door het land beschikbaar om professionals en ouderen te scholen. Het ontbreekt echter aan voldoende (financiële) middelen om dit veelvuldig te doen en bekendheid te genereren.
- Na afronding van een pilotproject, zoals het Voedingspaspoort en GGOW, is er geen plan voor een vervolg.

Ziekenhuizen

Gebruik instrumenten

Vanaf 2006 tot 2017 was het screenen met een screeningsinstrument van patiënten bij opname op ondervoeding verplicht op grond van de kwaliteitsindicator screening van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Ziekenhuizen maken gebruik van de SNAQ of MUST als gevalideerd screeninginstrument. De IGJ heeft geconcludeerd dat screenen goed geïntegreerd is in het opnamegesprek en het EPD en dat nog langer uitvragen niet nodig is.

Uit de resultaten van de kwaliteitsindicator behandeling van ondervoeding, die tot 2021 wordt uitgevraagd, blijkt dat gemiddeld 60% van de patiënten een adequate voedingsbehandeling krijgt. De ontwikkelde instrumenten voor de vervolginventie zijn breed geïmplementeerd. De multidisciplinaire richtlijn ondervoeding [8] is hieraan ondersteunend.

[8] [Multidisciplinaire richtlijn ondervoeding](#)

Top 5 pagina's Stuurgroep Ondervoeding in 2020	Unieke sessies
1. <u>Toolkits: screeningsinstrumenten (ziekenhuizen, eerstelijns/ thuiszorg, verpleeghuizen, revalidatie)</u>	27.265
2. Energie- en eiwitrijke producten	10.224
3. Wat is ondervoeding?	7.168
4. Multidisciplinaire richtlijn ondervoeding	6.895
5. Achtergrond en scholing: achtergrondinformatie ondervoeding	6.847

De aandacht voor ondervoeding krijgt een vervolg in de toenemende aandacht voor gezonde voeding – met voldoende energie en eiwit – in het ziekenhuis voor patiënten, medewerkers en bezoekers. Onlangs hebben elf ziekenhuizen de intentie uitgesproken deel te nemen aan ‘Goede zorg proef je’, een voorschot op de doelstellingen over gezonde voeding in ziekenhuizen in het Nationaal Preventieakkoord.

Poli geriatric

Op de poli geriatric vindt sinds 2014 ook een verplichte screening plaats. Een belangrijke reden is dat het ondervoedingsprobleem al ontstaat in de periode vóór opname. Bovendien is door een steeds kortere ligduur de periode tijdens opname (te) kort om ondervoeding effectief te behandelen. Verschuiving van de ondervoedingszorg naar de polikliniek was een logische en noodzakelijke stap. De indicator vraagt alleen óf er gescreend wordt en niet de uitkomst van deze screening. Er zijn daarom geen prevalentiecijfers ondervoeding bekend van de poli geriatric.

Methode van screening (screening poli geriatric, 2019):

- 61 ziekenhuizen (82%) screenen met de MNA(-SF);
- 5 ziekenhuizen (8%) screenen met de voedingstoestandmeter (percentage (ongewild) gewichtsverlies en BMI);
- 7 ziekenhuizen kiezen voor een combinatie van verschillende screeningsinstrumenten: MNA en/of voedingstoestandmeter en/of SNAQ en/of MUST en/of BMI en/of aanvullende vragen.

In totaal werd 91% van patiënten gescreend.

Aandachtspunten

Uit de resultaten van de behandelindicator blijkt dat er grote verschillen zijn in uitkomsten tussen ziekenhuizen. De Stuurgroep Ondervoeding heeft daarom in 2020 een aantal focusgroepen georganiseerd over de vraag wat hiervan de reden is van de verschillen in resultaten tussen ziekenhuizen.

Uit de focusgroepen kwamen hiervoor de volgende factoren naar voren:

- opname screening in EPD;
- aansturing;
- draagvlak;
- eigenaarschap: verantwoordelijkheid voor voedingsbeleid voedingsconcept;
- multidisciplinaire samenwerking;
- kennis en vaardigheden personeel;
- verloop van verpleegkundigen en voedingsassistenten;
- tijd voor bijvoorbeeld de overdracht naar huis;
- eigen regie patiënt;
- korte opnameduur.

Dit kunnen zowel succesfactoren als knelpunten zijn in een ziekenhuis.

Per 2021 vraagt de IGJ geen indicatoren gericht op ondervoeding meer uit. Nog niet bekend is wat er vanaf 2022 gaat gebeuren.

Poli geriatric

Over de vervolgenterventie op de poli geriatric is weinig bekend. Dit gebeurt voor zover bekend niet protocollair en is afhankelijk van verschillende factoren, zoals inschatting van de ernst, eigen deskundigheid, bekendheid met diëtisten in de eerste lijn en de behoefte van de patiënt.

Eerstelijns en zorg thuis

Gebruik instrumenten

In 2010 hebben NHG, V&VN en NVD de LESA [9] ondervoeding ontwikkeld met daarin afspraken over onder andere de aanpak van ondervoeding en taakverdeling. Er is geen onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de LESA. Eén van de aanbevelingen in de LESA was ondervoeding mee te nemen bij de herziening van iedere zogenaamde NHG standaard. In ongeveer 20% van de NHG-standaarden wordt aandacht besteed aan voeding in brede zin.

In oktober 2019 is een nascholingsmodule in de vorm van een e-learning (PIN) over voeding in de spreekkamer gepubliceerd. Tot oktober 2020 hebben 857 artsen de PIN gemaakt, waarvan 77% huisartsen, 10% coassistenten en 10% aios. Beide initiatieven gaan over voeding in het algemeen en niet specifiek over ondervoeding. Inmiddels is 'de LESA' toe aan herziening.

In verschillende projecten zijn focusgroepinterviews en enquêtes uitgezet om na te gaan in hoeverre huisartsen en wijkverpleegkundigen het signaleren van een aantal voedingsgerelateerde problemen en taken zien als hun verantwoordelijkheid. Aan huisartsen(-praktijken) zijn de vragen gesteld over ouderen met dementie en aan wijkverpleegkundigen over ouderen in het algemeen.

De conclusie was dat zowel de huisartsenpraktijken als de wijkverpleegkundigen problemen met eten en drinken, het behoud van een gezond voedingspatroon, gewichtsverlies en boodschappen doen tot hun taak rekenen. Iets anders ligt het voor huisartsenpraktijken als het gaat om de maaltijdbereiding. 90% van de wijkverpleegkundigen vindt het wel een taak van hen, tegenover 75% van de huisartsen.

[9] [LESA: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak](#)

Richtlijnen

Naast de LESA Ondervoeding hebben verschillende beroepsgroepen, nationaal en internationaal, mono- en multidisciplinair richtlijnen ontwikkeld:

- Multidisciplinaire Richtlijn ondervoeding -
- Herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen (Stuurgroep Ondervoeding, 2019);
- Richtlijn Ondervoeding geriatrische patiënt (NVKG, 2013);
- Richtlijn Perioperatief voedingsbeleid (NVH en NVA, 2007, wordt herzien);
- ESPEN
- guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (ESPEN, 2019);
- Dieetbehandelingsrichtlijn Ondervoeding (2010 Uitgevers, 2018)
- GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community (2019);
- Sarcopenia:
- revised European consensus on definition and diagnosis (European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP, 2018);
- Richtlijn Anorexie en gewichtsverlies (t.b.v. de palliatieve fase) (IKNL, 2014);
- MaNUEI toolbox (2018);
- Richtlijn Vocht en Voeding, Arcares (2002) wordt herzien (V&VN, 2021).

Naar het gebruik van de richtlijnen is geen specifiek onderzoek bekend.

Naast de vraag wat een taak van de huisartsenpraktijk ten aanzien van voedingszorg zou zijn, is ook gevraagd welke professionals hierin (ook) een rol zouden moeten spelen en welke knelpunten worden ervaren.

Ervaren knelpunten door de huisartsen(-praktijk):

Te weinig capaciteit wijkverpleging (om dagelijkse begeleiding te bieden)

Gebrek aan mantelzorg / sociaal vangnet (o.a. voor signalering en ondersteuning)

Huisarts heeft te weinig tijd

Niemand is verantwoordelijk. Wijkverpleging mag het niet doen. WMO wil het niet doen. Zorg schiet tekort

Toelichting:

“Het zou wenselijk zijn als er een korte lijn is tussen POH en thuiszorg als er een alarmsituatie of zorgelijke situatie ontstaat rond voedingszorg. Zonder gedoe met het afgeven van indicaties.”

Wie zou de voedingszorg dan wel moeten doen?

Thuiszorg, dementieconsulent, oudere zelf, mantelzorger, sociaal wijkteam. Uit een focusgroep komt ook naar voren dat de huishoudelijke hulp, fysiotherapeut, ergotherapeut, casemanager, sociaal wijkteam, mantelzorger/familie een rol spelen. Voor de mantelzorger geldt dat deze meer wil doen, maar wel concrete handvatten nodig heeft.

Aandachtspunten

Uit het literatuuronderzoek en de interviews die zijn gehouden met verschillende partijen ten behoeve van het project BOTO-X komt het volgende naar voren:

- De POH ouderen, maar ook POH diabetes en POH COPD, doet meer met screening op ondervoeding dan de huisarts.
- In de risicosignalering die wijkverpleegkundigen uitvoeren, is screenen op ondervoeding opgenomen. Er worden verschillende screeningsinstrumenten gebruikt. Soms wordt alleen het gewicht nagevraagd. Anderen gebruiken de risicosignalering. Ook valt men terug op de klinische blik.
- In lokale zorgpaden dementie is screening op ondervoeding soms opgenomen.
- In de Zorgstandaard Kwetsbare Ouderen is geen aandacht voor ondervoeding. De diëtist is dan ook niet standaard betrokken bij de zorg aan kwetsbare ouderen
- Wijkverpleegkundigen en diëtisten kennen elkaar niet altijd, waardoor samenwerking niet optimaal is.
- In de medische overdracht vanuit het ziekenhuis van een ondervoede oudere is het voedingsbeleid niet standaard opgenomen.
- Achteruitgang van voedingstoestand op zich is geen reden voor inschakelen van POH of wijkverpleegkundige. Het is een bijkomend zorgprobleem en heeft minder prioriteit.
- Gebrek aan tijd, deskundigheid, vertrouwen en elkaar kennen/weten te vinden beïnvloedt de samenwerking en beïnvloedt de kwaliteit van zorg.

Onlangs concludeerde de IGJ op basis van onderzoek in vier regio's dat kwetsbare ouderen niet overal goede zorg thuis krijgen. De belangrijkste reden hiervan is dat er grote verschillen zijn in de samenwerking tussen huisarts, POH en wijkverpleegkundige [10].

Aandachtspunten

Uit het literatuuronderzoek en de interviews die zijn gehouden met verschillende partijen ten behoeve van het project BOTO-X komt het volgende naar voren:

- De POH ouderen, maar ook POH diabetes en POH COPD, doet meer met screening op ondervoeding dan de huisarts.
- In de risicosignalering die wijkverpleegkundigen uitvoeren, is screenen op ondervoeding opgenomen. Er worden verschillende screeningsinstrumenten gebruikt. Soms wordt alleen het gewicht nagevraagd. Anderen gebruiken de risicosignalering. Ook valt men terug op de klinische blik.
- In lokale zorgpaden dementie is screening op ondervoeding soms opgenomen.
- In de Zorgstandaard Kwetsbare Ouderen is geen aandacht voor ondervoeding. De diëtist is dan ook niet standaard betrokken bij de zorg aan kwetsbare ouderen
- Wijkverpleegkundigen en diëtisten kennen elkaar niet altijd, waardoor samenwerking niet optimaal is.
- In de medische overdracht vanuit het ziekenhuis van een ondervoede oudere is het voedingsbeleid niet standaard opgenomen.
- Achteruitgang van voedingstoestand op zich is geen reden voor inschakelen van POH of wijkverpleegkundige. Het is een bijkomend zorgprobleem en heeft minder prioriteit.
- Gebrek aan tijd, deskundigheid, vertrouwen en elkaar kennen/weten te vinden beïnvloedt de samenwerking en beïnvloedt de kwaliteit van zorg.

Via de helpdesk van de Stuurgroep kwam in december 2020 onderstaande opmerking binnen van een praktijkverpleegkundige en een diëtist:

“Het probleem is dat de zorg die wordt ingezet om ondervoeding te voorkomen, moeilijk te financieren is. Valt het onder zorg of welzijn? Vervolgens kwam het antwoord vanuit de gemeente dat:

- *Opwarmen en klaarzetten: valt onder WMO Huishoudelijke hulp;*
- *Zorgen dat iemand maaltijd ook op eet: Begeleiden bij het eten, dus WMO BG;*
- *Iemand de maaltijd toedienen/voeren: persoonlijke verzorging, dus ZVW*

Dat maakt het dus allemaal zeer complex.”

Verpleeghuizen

Gebruik instrumenten

Op de website van de Stuurgroep Ondervoeding is de uitgeteste toolkit te vinden voor screening en behandeling van ondervoeding in verpleeghuizen. De toolkit bevat onder andere het screeningsinstrument SNAQrc, dat is ontwikkeld voor screening van ondervoeding in verpleeghuizen. Er is geen inzicht in de mate waarin deze toolkit wordt gebruikt. De mate waarin gescreend wordt wisselt sterk en is afhankelijk van omstandigheden:

- Is screening ingebouwd in het ECD (bij opname en ten behoeve van het MDO)?
- Hoe voedingsminded is de betrokken professional?

Voor Verenso, de beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde, heeft preventie, screening en behandeling van ondervoeding geen prioriteit. Er is ook geen richtlijn ondervoeding meer voor deze groep artsen. Zij laten dit zorgprobleem over aan andere organisaties en professionals. De behandeling is vaak op afstand en er is niet altijd overeenstemming over de noodzaak van behandeling.

Er is steeds meer aandacht voor welzijn. De zorg is daaraan ondergeschikt. Dat terwijl aandacht voor goede voeding wel belangrijk wordt gevonden. De beschikbare uren voor diëtetiek zijn te gering, waardoor vanuit de diëtetiek onvoldoende kan worden bijgedragen aan goede voedingszorg.

Aandachtspunten

Uit het literatuuronderzoek en de interviews die zijn gehouden met verschillende partijen komt het volgende naar voren:

- In het vorige decennium was in de verpleeghuizen veel aandacht voor ondervoeding. De LPZ deed jaarlijks onderzoek naar de prevalentie van veelvoorkomende zorgproblemen – waaronder ondervoeding – en er was veel aandacht voor voedingszorg.
- De verpleeghuizen hebben in de loop van de jaren een andere populatie bewoners gekregen, zo is de verblijfsduur korter dan voorheen, waardoor de aandacht voor ondervoeding is veranderd. Dit blijkt onder meer uit de gewijzigde kwaliteitsindicator. Men zoekt naar een nieuwe balans tussen zorg en welzijn.
- Er worden andere medewerkers aangetrokken en de kennis over gezonde voeding en ondervoeding is afgenomen.
- Aandacht voor (risico op) ondervoeding is vanuit de huidige richtlijnen en werkpraktijk voor specialisten ouderengeneeskunde niet vanzelfsprekend.



De indicator 'eten en drinken' is in 2018 gewijzigd en maakt sinds 2019 deel uit van 'Veiligheid en kwaliteit' en is verplicht. Er wordt sinds 2019 navraag gedaan naar voedselvoorkeuren [11], waardoor de aandacht voor voedingstoestand is gedaald.

[11] [Verpleeghuiszorg basisveiligheid indicatoren](#)

Vervolg

Het project BOTO-X Borging Ondervoeding (Thuiswonende) Ouderen op een Kruispunt is onderverdeeld in drie fasen, verspreid over drie jaar. In juli 2020 is fase 1 gestart met als opdracht een adviesrapport uit te brengen over structurele borging van de huidige aanpak onder voeding in de regulier zorg en ondersteuning bij (thuiswonende) ouderen. De Stuurgroep Ondervoeding zal dit adviesrapport juni 2021 presenteren.

Eind 2022 wordt de stand van zaken over preventie, screening en behandeling van ondervoeding bij (thuiswonende) ouderen in het medisch, sociale en publieke domein na invoering van de adviezen en interventies herzien.

Colofon

Stuurgroep Ondervoeding is het multidisciplinaire kenniscentrum op het gebied van bewustwording, preventie, signalering en behandeling van ondervoeding.

Nicolaas Witsenkade 13 H
1017 ZR, Amsterdam
www.stuurgroepondervoeding.nl

februari 2021