

Onze diëtisten in de weer tegen ondervoeding? Het lijkt paradoxaal in onze westerse wereld waar steeds meer mensen kampen met de gevolgen van overvoeding zoals overgewicht en diabetes. Bij bepaalde doelgroepen is het risico op ondervoeding niet te onderschatten en ook hier geldt: voorkomen is beter dan genezen. De VDiTO-werkgroep (Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding) buigt zich over een meer eenduidige benadering en een meer consequente aanpak.

I. Coene
Voedingsdeskundige NICE



© Shutterstock

Diëtisten in de weer tegen ondervoeding VDiTO, een initiatief van en voor diëtisten

Ondervoeding is een onderschat en onderbehandeld probleem binnen de gezondheidszorg. Binnen de medische wereld groeit gelukkig het besef dat een slechte voedingstoestand een bijzonder negatieve impact heeft op de totale gezondheidstoestand en vooral ook op het herstel van patiënten.

Ondervoeding

Ondervoeding is een voedingstoestand waarbij een tekort aan energie, eiwitten en andere nutriënten meetbare ongunstige effecten heeft op de weefsel- en lichaamsamenstelling, op orgaanfuncties en op een eventueel genezingsproces (1). De belangrijkste risicogroepen zijn bejaarden en zieken (tabel 1). De oorzaken kunnen divers zijn (2):

- een energiedense (veel calorieën en weinig essentiële voedingsstoffen) en zeer eenzijdige voeding;
- een verminderde voedselinname als gevolg van een slechte eetlust, smaakstoornissen, slik- of kauwproblemen, een onderliggende ziekte of mentale en sociale verslechtering (bv. depressie, angst, vereenzaming, weinig kookvaardigheden);
- een verminderde vertering en/of absorptie na een medische of chirurgische ingreep;
- een verhoogde behoefte als gevolg van een verhoogd metabolisme door bijvoorbeeld sepsis of trauma;
- een overmatig verlies van voedingsstoffen via gastro-intestinale weg (braken, diarree) of huidwonden.

SAMENVATTING

Ondervoeding is een onderschat en onderbehandeld probleem binnen de gezondheidszorg. Bij gehospitaliseerde patiënten varieert de prevalentie tussen 20 en 62 %, in rust- en verzorgingstehuizen tussen 50 en 90 % en bij ambulante patiënten (thuiszorg) tussen 4 en 10 %. Het betreft hier internationale prevalentiecijfers maar de resultaten van de screening van enkele kleine onderzoeksgroepen (geriatrische patiënten en ouderen boven de 70) in België zijn eveneens zorgwekkend. Een slechte voedingstoestand kan een bijzonder negatieve impact hebben op de totale gezondheidstoestand en op het herstel van patiënten en bijgevolg ook op de algemene gezondheidskosten. De problematiek van ondervoeding verdient daarom meer aandacht van zowel zorgverleners als de overheid en vereist een veralgemeende en consequente aanpak. In het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan zijn belangrijke initiatieven genomen. Ook de diëtisten, de voedingsdeskundigen bij uitstek, hebben hun krachten gebundeld in de strijd tegen ondervoeding in Vlaanderen. De werkgroep Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding (VDiTO) initieert en coördineert diverse acties met het oog op een meer eenduidig voedingsbeleid tegen ondervoeding in Vlaanderen.

Ondervoeding kan het ziekterisico verhogen maar kan ook het gevolg zijn van ziekte.

Prevalentie van ondervoeding

De internationale prevalentiecijfers van ondervoeding in ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg lopen sterk uiteen naargelang de gehanteerde meetmethode en de onderzochte populatie. Bij gehospitaliseerde patiënten varieert de prevalentie tussen 20 en 62 %, in rust- en verzorgingstehuizen tussen 50 en 90 % en bij ambulante patiënten (thuiszorg) tussen 4 en 10 %. Voor België zijn er nog maar weinig prevalentiecijfers over ondervoeding beschikbaar. Het betreft meestal ook kleine onderzoeksgroepen. In 2007 werden 2329 patiënten van Belgische geriatrie afdelingen gescreend. Bijna vier op vijf patiënten hadden ondervoeding of liepen een risico op ondervoeding (respectievelijk 33 % en 43 %) (2,4). Uit een onderzoek van 2008 bij 5334 senioren ouder dan 70 jaar bleek dat bijna 6 op 10 senioren een reëel risico op ondervoeding vertoonden, 16 % was ondervoed (5). Dit zijn zorgwekkende cijfers. De problematiek van ondervoeding verdient meer aandacht van zowel zorgverleners als de overheid en vereist een veralgemeende en consequente aanpak. De Europese bevolking wordt bovendien steeds ouder. Tegen 2050 zal naar schatting een derde van de Europeanen ouder zijn dan 60 jaar.

Gevolgen van ondervoeding

Ondervoeding tast de spiersterkte, de immuunfunctie, de ademhalingsfunctie en de cardiale functie aan. Het heeft ook een negatieve invloed op de psyche van een persoon. Typische symptomen zijn onder meer moeheid, apathie, depressie, verminderde sociale interactie en verwaarlozing. Ondervoeding vergroot de kans op postoperatieve complicaties zoals infecties en vertraagde wondheling, op een langer verblijf in het ziekenhuis en zelfs op overlijden. Het prijskaartje van de gezondheidszorg stijgt navenant (2). Vroege herkenning en behandeling van ondervoede patiënten is dus van groot belang. Een meer structurele aanpak van deze problematiek kan bovendien

belangrijke besparingen opleveren. Volgens schattingen zou ondervoeding in de Belgische ziekenhuizen 7 % van het jaarlijkse totale hospitalbudget opsloppen. Dit moet verder worden onderzocht aan de hand van meer studiegegevens over de prevalentie van ondervoeding in België.

Initiatieven in de strijd tegen ondervoeding

Gevallen van ondervoeding worden nog al te vaak over het hoofd gezien of blijven onbehandeld door een gebrek aan kennis en nutritionele training van gezondheidswerkers. Een meer veralgemeende implementatie van protocols voor screening, assessment en behandeling van ondervoeding kan een positieve bijdrage leveren aan de strijd tegen ondervoeding (1). In het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (NVGP-B) zijn initiatieven genomen om de ondervoedingsproblematiek meer en beter onder de aandacht te brengen. Er zijn aanbevelingen geformuleerd voor drie settings: het ziekenhuis, rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) en de thuiszorg. De oprichting en ondersteuning van bijvoorbeeld voedingsteams in ziekenhuizen bevordert enerzijds de systematische opsporing, behandeling en follow-up van de voedingstoestand van patiënten en anderzijds de uitwerking en opvolging van een multidisciplinaire aanpak gesteund op evidence-based practice. De voedingstoestand van een patiënt screenen zou een dagelijkse praktijk moeten worden in het ziekenhuis (6,7).

Om de zorg voor ondervoede patiënten te verbeteren zijn er niet alleen verbeterpunten nodig in het ziekenhuis. Ook de link tussen het ziekenhuis en de thuiszorg moet worden versterkt. De belangrijkste actoren in de thuiszorg zijn huisartsen, maar ook verpleegkundigen en consulterende diëtisten. Zij moeten erop toezien dat patiënten met ondervoeding of met een verhoogd risico op ondervoeding verder deskundig en adequaat worden opgevolgd. Een transmurale aanpak is dus nodig en vooral ook een snellere doorverwijzing naar een eerste lijnsdiëtist (8). De diëtist is veel meer dan een vermageringsspecialist, een stereotiep beeld dat nog vaak leeft bij het grote publiek maar mogelijk ook bij andere gezondheidswerkers.

VDiTO

De werkgroep Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding (VDiTO) werd opgericht in december 2008 door diëtisten werkzaam in verschillende ziekenhuizen en met ervaring in screening en behandeling van ondervoeding. Het motto van VDiTO is: "Ondervoeding in Vlaanderen beperken: een missie van en voor diëtisten". Vanaf 2011 functioneert VDiTO als een werkgroep onder de commissie "klinische" van de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD). VDiTO initieert en coördineert als expertengroep activiteiten voor diëtisten rondom ondervoeding. Een meer eenduidig voedingsbeleid tegen ondervoeding voor diëtisten binnen Vlaanderen is van groot belang. Diëtisten in alle werkvelden bij

TABEL 1

Wie loopt risico op ondervoeding (3).

- personen ouder dan 75 jaar
- personen met ongewenst gewichtsverlies
- dementerende, eenzame, depressieve personen
- personen met kauw- en slikproblemen
- patiënten met chronische aandoeningen (longen, hart, maag, darmen, nieren, spieren)
- patiënten die een hersenbloeding hebben gehad
- kankerpatiënten (vooral tijdens de behandeling)
- pre- of postoperatieve patiënten
- personen die bedlegerig zijn met risico op decubitus
- personen die medicijnen nemen die de eetlust verminderen of de spijsvertering bemoeilijken

vervolg zie pagina 15 »

« vervolg van pagina 10

dit project betrekken en de kennis en ervaringen rond ondervoeding delen, draagt bij tot een betere continuïteit van de patiënten- en de ouderenzorg (9).

Acties VDiTO

Stappenplan “Implementatie van screening naar ondervoeding in een Vlaams ziekenhuis” en een nutritioneel ontslagdocument voor de transfer van voe-

dingsgegevens van het ziekenhuis naar andere sectoren

Het stappenplan “Implementatie van screening naar ondervoeding in een Vlaams ziekenhuis” biedt een leidraad aan diëtisten en andere gezondheidswerkers (10). Daarnaast is een voorbeeld van een nutritioneel ontslagdocument opgesteld dat ziekenhuizen en zorginstellingen kunnen gebruiken met het oog op een verdere deskun-

Ondervoeding screenen in de 1ste lijn (*) (3,9)

Het belangrijkste signaal van een dreigende ondervoeding is onbedoeld gewichtsverlies

Ongewenst gewichtsverlies:

- meer dan 3 kg in 1 maand of
- meer dan 6 kg in 6 maanden

Ouder dan 75 jaar en BMI < 23 : wees attent op ondervoeding

Een hoge of normale BMI bij ouderen is geen garantie voor een goede voedingsstatus. Ook een persoon met overgewicht kan ondervoed zijn. Daarom moet de screening van ondervoeding niet alleen rekening houden met de BMI maar ook met het percentage gewichtsverlies.

Klinische blik

- ingevallen gelaat
- apathisch
- moe
- dof haar
- droge huid, bleek
- slappe handdruk
- verminderde sociale interactie
- geen interesse in de omgeving, ...

Screeningsinstrument MUST voor de eerstelijnszorg (Malnutrition Universal Screening Tool)

Stap 1

BMI (kg/cm²)

	Score
> 20	0
18,5 - 20	1
< 18,5	2

De juiste lengte en het juiste gewicht meten is belangrijk. Voortgaan op cijfers die de patiënt opgeeft, kan vertekende resultaten opleveren. Indien het niet mogelijk is om de lengte en het gewicht te bepalen, zijn alternatieve metingen en subjectieve criteria mogelijk (9).

Ouder dan 75 jaar en BMI < 23 : wees attent op ondervoeding.

Stap 2

Gewichtsverlies

Ongepland gewichtsverlies tijdens de laatste 3-6 maanden.

	Score
< 5 %	0
5 - 10 %	1
> 10 %	2

Stap 3

Effect van acute ziekte

De patiënt is acuut ziek en heeft al minstens 5 dagen weinig of niets gegeten.

	Score
neen	0
ja	2

Stap 4

Resultaat algemeen risico op ondervoeding

Score 0: laag risico

Aanbeveling:

- routinematige klinische zorg;
- herhaal de screening jaarlijks

Score 1: matig risico

Aanbeveling:

- observatie;
- herhaal de screening binnen 1-6 maanden;
- geef voedingsadvies indien nodig

Score 2 of meer: hoog risico

Aanbeveling:

- behandelen in samenwerking met een diëtist;
- in eerste instantie gewoon eten stimuleren, daarna verrijking/supplementatie overwegen

(*) Voor de screening van ondervoeding in andere settings kunnen andere screeningsinstrumenten beter geschikt zijn (zie stappenplan “Implementatie van screening naar ondervoeding in een Vlaams ziekenhuis” (10))

dige en adequate follow-up van patiënten thuis of in een RVT. Beide documenten zijn te raadplegen via www.vdito.be (in het voorjaar van 2011 online).

Opleiding

Een adequate follow-up van patiënten met ondervoeding of met een verhoogd risico op ondervoeding vereist de nodige deskundigheid. Uit een enquête van 2010 bij diëtisten van de eerstelijnszorg dook een duidelijke vraag op naar eenduidige informatie over de screening en de behandeling van ondervoeding. Ruim de helft van de ondervraagde diëtisten (51,6 %) geeft aan in min of meerdere mate geconfronteerd te worden met ondervoeding. Een vierde van de bevroegde eerstelijnsdiëtisten is betrokken bij de opstart of de opvolging van sondevoeding (11). Ter versterking en ondersteuning van consulterende diëtisten (zelfstandig en klinisch) wordt in 2011 in alle Vlaamse provincies een opleiding georganiseerd met praktische adviezen rond de opsporing en de behandeling van patiënten met (een risico op) ondervoeding. De data van de opleidingen worden via de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD) bekendgemaakt (www.vbvd.org).

Huisartsen sensibiliseren: “Ondervoeding komt vaker voor dan u denkt”

Diëtisten moeten huisartsen sensibiliseren om hun patiënten systematisch op ondervoeding te screenen. Hiertoe werd een informatiefolder en -poster ontwikkeld als eenvoudige en overzichtelijke wegwijzer doorheen deze problematiek, inclusief de snelle en eenvoudige MUST-tool (Malnutrition Universal Screening Tool) (3).

Huisartsen hebben regelmatig contact met hun patiënten en zijn het best vertrouwd met hun leefwereld en leefomstandigheden. Het belangrijkste signaal van een dreigende ondervoeding is onbedoeld gewichtsverlies. Zodra de huisarts hiervan de eerste tekenen bij een patiënt waarneemt, kan hij zijn vermoeden van ondervoeding of een verhoogd risico op ondervoeding makkelijk en snel verifiëren aan de hand van de MUST-test (zie kadertekst).

De screening van ondervoeding mag zich niet beperken tot de controle van de body mass index (BMI) alleen want ook een persoon met overgewicht kan ondervoed zijn. Een proactieve benadering van de huisarts is uiterst belangrijk om ondervoeding te voorkomen, vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Voor de behandeling van patiënten met ondervoeding wordt best samengewerkt met een diëtist. De diëtist, de voedingsdeskundige bij uitstek, is het meest geschikt om een patiënt te begeleiden richting een volwaardige voedingsinname. Tijdens de verdere follow-up blijft regelmatig overleg tussen huisarts, diëtist en andere verzorgenden noodzakelijk.

Ondervoeding behandelen

Er zijn veel manieren om ondervoeding te voorkomen en te behandelen. Het is zaak om de beste formule te vinden voor de desbetreffende patiënt. Een deskundige voedingsinterventie is veel meer dan gewoon maar wat voedingstips geven. De diëtist stelt de uiteindelijke diagnose van ondervoeding, berekent de voedingsbehoefte van de patiënt, onderzoekt zijn eet- en drinkgewoonten en werkt vervolgens een praktisch en haalbaar voedingsbehandelplan uit op maat van en in overleg met de patiënt. De meest voor de hand liggende aanpak is een aangepast voedingsadvies geven met extra focus op energie- en eiwitrijke voedingsmiddelen (bv. kiezen voor volle melkproducten, witte sauzen, extra beleg, frequente kleine maaltijden nemen), de voeding verrijken (bv. met vetten, room, dextrine maltose, eiwitrijke poeders) en tussendoortjes inschakelen (streven naar 200 kcal en 5 tot 10 g eiwitten per portie). Wanneer een normale voeding onvoldoende blijkt, kunnen verschillende soorten klinische drinkvoedingen rijk aan eiwitten en energie worden aangewend. Het is belangrijk om het type drinkvoeding te kiezen die het best aansluit bij de noden van de patiënt. In meer prangende gevallen kan het aangewezen zijn om enterale of parenterale voedingen in te schakelen. Ten slotte moet de voeding zoveel mogelijk gevarieerd en lekker blijven en in een evenwichtige aanbreng blijven voorzien van vocht en andere essentiële voedingsstoffen zoals vitamines en mineralen (9).

De verdere voedingstoestand van de ondervoede patiënt opvolgen is een multidisciplinaire taak en vereist een goede samenwerking tussen logistieke hulp (bv. maaltijdbedeling), verzorgenden, verpleegkundigen, (huis)arts en diëtist.

1. Museeuw E. Ondervoeding in België vraagt gestructureerde aanpak. Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek 36ste jj, nr.5, september-oktober 2010
2. Defloor T en al. Evaluatie van ondervoeding binnen geriatrie afdelingen. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Brussel 2007
3. Folder Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding (VDiTO). Ondervoeding - www.vdito.be
4. Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Gobert M, Folens B, Defloor T. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study. Clin Nutr. 2010; 29 (4):469-476
5. NutriAction. Ondervoeding brengt gezondheid en levenskwaliteit van Belgische senioren in gevaar. Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek jaargang 36 nummer 1, jan-feb 2010 p.18
6. Coppens P. De strijd tegen ondervoeding: de strategische aanpak binnen het NVGP voor België. Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek 35ste jj, nr. 2, maart-april 2009
7. Praktische bepalingen van het “handvest kwaliteit-voeding” in de rustoorden voor bejaarden (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT). NVGP-B augustus 2008 - te raadplegen via www.mijnvoedingsplan.be > voor professionals
8. Strategie voor de Transmurale Aanpak van de Voedingsproblematiek bij Ouderen - http://www.ebnursing.ugent.be/richtlijnen/voeding/nederlands_introductie.html#top - ook te raadplegen via www.mijnvoedingsplan.be > voor professionals
9. www.vdito.be
10. Stappenplan “Implementatie van screening naar ondervoeding in een Vlaams ziekenhuis” - www.vdito.be
11. Genetello M. Enquête bij consulterende diëtisten over ondervoeding. Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek 36ste jj, nr.5, september-oktober 2010

Meer info?

- www.vdito.be (in het voorjaar van 2011 online)
- www.mijnvoedingsplan.be > voor professionals
- www.voedinguitgedokterd.be (voor huisartsen) > Gezonde voeding