

Signalering van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg

1. Achtergrond

Ziektegerelateerde ondervoeding komt voor in alle sectoren van de gezondheidszorg en heeft grote gevolgen voor een patiënt. Het leidt aantoonbaar tot langzamer herstel en complicaties bij ziekte en operaties. Om deze negatieve gezondheidsspiraal tegen te gaan heeft de Stuurgroep Ondervoeding, met subsidie van het ministerie van VWS, van 2008 tot 2011 het landelijke project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg' uitgevoerd. Een belangrijk onderdeel van dit project was de ontwikkeling van een instrument om ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg tijdig te kunnen herkennen. Bestaande instrumenten sluiten niet goed aan op de dagelijkse praktijk in de eerstelijnszorg en de thuiszorg. Voor patiënten met de leeftijd van 65 jaar en ouder is de SNAQ⁶⁵⁺ ontwikkeld. De ontwikkeling en validatie van de SNAQ⁶⁵⁺ is gebaseerd op twee grootschalige onderzoeken onder ouderen (65+) en is daarom niet generaliseerbaar naar patiënten jonger dan 65 jaar. Voor de groep patiënten van 18-65 jaar adviseren we in de eerstelijnszorg en de thuiszorg de voedingstoestand vast te stellen met behulp van BMI en het percentage onbedoeld gewichtsverlies. Dit is weergegeven in het instrument Gewicht & Gewichtsverlies⁶⁵⁻. De toelichting voor beide instrumenten kunt u in dit document lezen.

2. Toepassing signalering

Signalering van ondervoeding kan op verschillende momenten en door verschillende professionals in de eerstelijnszorg en thuiszorg worden uitgevoerd. Risicogroepen in de huisartspraktijk zijn patiënten met COPD, hartfalen, depressie, dementie, inflammatoire darmziekten, reumatoïde artritis en decubitus. Bij deze groepen patiënten kan herkenning van ondervoeding opgenomen worden in de reguliere behandeling. Daarnaast behoren tot de risicogroepen mensen die vereenzamen, een slecht gebit hebben, herstellen van een fractuur, oncologische aandoeningen hebben, veel medicijnen gebruiken en mensen rondom een ziekenhuisopname. Voor deze groep patiënten dient de huisarts, praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige alert te zijn wanneer deze een beroep doen op huisartszorg. Alle cliënten die een vorm van thuiszorg krijgen, behoren tot de risicogroep voor ondervoeding. Screenen op ondervoeding dient opgenomen te worden in de verpleegkundige anamnese bij de intake door de wijkverpleegkundige en bij het continuïteitsbezoek bij oncologische patiënten.

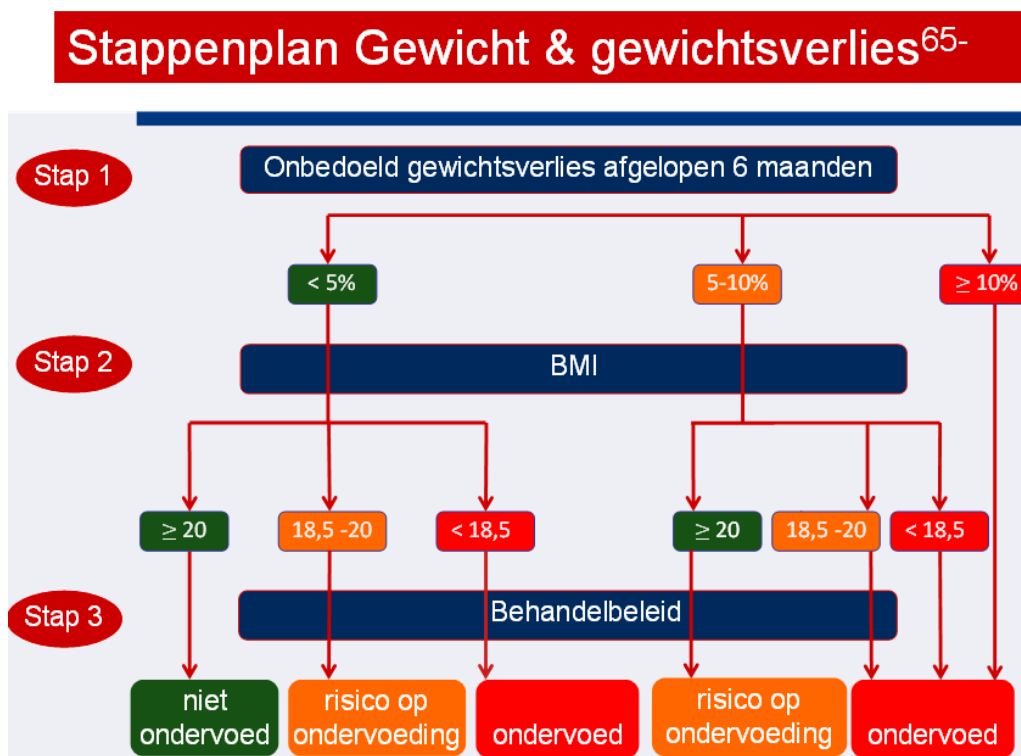
3. Signalering van ondervoeding bij volwassenen (18 tot 65 jaar)

Veel gebruikte criteria voor ondervoeding zijn onbedoeld gewichtsverlies en BMI. Deze criteria zijn onder andere onderdeel van het internationaal meest toegepaste screeningsinstrument: de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). De MUST bevat naast BMI en gewichtsverlies een vraag over ziekte-ernst en voedselinname. Het advies van de auteurs van de MUST is om deze vraag in de eerstelijnszorg en thuiszorg niet mee te nemen.¹ De afkappunten van de onderdelen gewichtsverlies en BMI in Gewicht & Gewichtsverlies⁶⁵⁻ zijn identiek aan de afkappunten van de MUST. Voor een optimale toepasbaarheid in de eerstelijnszorg en thuiszorg zijn alternatieven voor gewichtsverlies en BMI in het instrument opgenomen.

3.1 Instrument Gewicht & Gewichtsverlies⁶⁵⁻

Er is gestreefd naar snelheid in het gebruik van Gewicht en gewichtsverlies⁶⁵⁻. Dit betekent dat als bij de eerste stap blijkt dat de cliënt 10% of meer in de afgelopen 6 maanden onbedoeld is afgevallen, stap 2 kan worden overgeslagen en direct naar stap 3 (het behandelbeleid) kan worden gegaan. Indien de cliënt minder dan 10% is afgevallen, gaat men verder met stap 2 en wordt de BMI bepaald. Het behandelbeleid van stap 3 is altijd van belang. Het behandelplan met de groene, oranje en rode kolommen wordt toegelicht in paragraaf 5.

In onderstaande beslisboom is het stappenplan voor het gebruik van Gewicht en gewichtsverlies⁶⁵⁻ schematisch weergegeven.



¹ British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. The 'MUST' explanatory booklet, a guide to the Malnutrition Universal Screening Tool ('MUST') for adults (2003)

3.2 De onderdelen van Gewicht & Gewichtsverlies⁶⁵⁻

Stap 1: bepaal het gewichtsverlies

Gewicht en gewichtsverlies 65⁻

Bent u <i>onbedoeld</i> afgevallen in de laatste 6 maanden?	minder dan 5% → naar stap 2	tussen 5 en 10% → naar stap 2	10% of meer → naar stap 3
Als het niet mogelijk is het percentage uit te rekenen	minder dan 3 kg	tussen 3 tot 6 kg	6 kg of meer

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 3
---	--	---

stap 1

Bepaal het gewichtsverlies

De eerste stap is vragen of een cliënt onbedoeld is afgevallen in de afgelopen 6 maanden. Bereken het percentage dat de cliënt onbedoeld is afgevallen. Als het niet mogelijk is om het percentage gewichtsverlies uit te rekenen, gebruik dan het aantal kg.

Als de cliënt niet weet of hij/zij is afgevallen, stel dan alternatieve vragen: is kleding ruimer gaan zitten, moet de riem een gaatje strakker of zit het horloge ruimer om de pols.

Uitslag

Groen

- Als er sprake van geen of minder dan 5% (of 3 kg) gewichtsverlies, gaat u naar stap 2.

Oranje

- Als er sprake is van een gewichtsverlies tussen 5 en 10% (of tussen 3 en 6 kg) gaat u ook naar stap 2.

Rood

- Als er sprake is van 10% (of 6 kg) of meer gewichtsverlies, is de cliënt ondervoed en gaat u naar het behandelplan (stap 3). Ook als de cliënt 'ja' antwoord op één van de alternatieve vragen, is de cliënt ondervoed en gaat u direct naar de rode kolom in het behandelplan (stap 3).

Stap 2: bereken de BMI

Gewicht en gewichtsverlies 65⁺

- Weeg de cliënt en vraag de lengte na
- Trek in het schema een rechte lijn van lengte via gewicht naar de BMI
- Als het niet mogelijk is de cliënt te wegen, meet dan de armomtrek volgens de werkwijze van de SNAQ⁶⁵⁺

BMI	20 of meer	tussen 18,5 en 20	minder dan 18,5
Bovenarmomtrek	25 cm of meer	tussen 23,5 en 25 cm	minder dan 23,5 cm
	→ naar stap 3	→ naar stap 3	→ naar stap 3

stap 2

Bereken de BMI

De tweede stap is het bepalen van de BMI. De cliënt wordt gewogen en lengte wordt nagevraagd. De BMI is gelijk aan het gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in meters in het kwadraat. Dit wordt weergegeven in de volgende formule: $BMI = \text{kilogram} / (\text{lengte} * \text{lengte})$.

Met behulp van de BMI-tabel kan BMI worden achterhaald door een rechte lijn van lengte via gewicht naar de BMI te trekken.

Indien het niet mogelijk is om de cliënt te wegen, wordt de bovenarmomtrek als alternatief gemeten.¹ Dit gaat volgens de werkwijze van de SNAQ⁶⁵⁺.

Uitslag

Groen

- Indien de BMI 20 kg/m^2 of meer is (of de bovenarmomtrek groter dan 25 cm), en de cliënt in stap 1 geen risico op ondervoeding had, is er geen sprake van ondervoeding en gaat u naar de groene kolom van het behandelplan (stap 3).

Oranje

- Indien de BMI tussen $18,5$ en 20 kg/m^2 is (of de bovenarmomtrek tussen 23,5 en 25 cm), en de cliënt in stap 1 niet ondervoed was, is er sprake van risico op ondervoeding en gaat u naar de oranje kolom van het behandelplan (stap 3).

¹ British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. The 'MUST' explanatory booklet, a guide to the Malnutrition Universal Screening Tool ('MUST') for adults (2003)

- Indien de BMI 20 kg/m^2 of meer is (of de bovenarmomtrek groter dan 25 cm), en de cliënt in stap 1 risico op ondervoeding had, is sprake van een risico op ondervoeding en gaat u naar de oranje kolom van het behandelplan (stap 3).

Rood

- Indien de BMI kleiner is dan $18,5 \text{ kg/m}^2$ (of de bovenarmomtrek kleiner dan 23,5 cm), is er sprake van ondervoeding en gaat u naar de rode kolom van het behandelplan (stap 3).
- Indien de BMI tussen $18,5$ en 20 kg/m^2 is (of de bovenarmomtrek tussen 23,5 en 25 cm), en de cliënt in stap 1 risico op ondervoeding had, is er sprake van ondervoeding en gaat u naar de rode kolom van het behandelplan (stap 3).

4. Signalering van ondervoeding bij ouderen (65 jaar en ouder)

Algemeen geaccepteerd is dat ouderen ondervoed zijn bij een BMI van $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ en / of een onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 5% in de laatste maand of meer dan 10% in de laatste 6 maanden. Voor de herkenning van ondervoeding in de thuissituatie is het belangrijk dat een instrument snel en eenvoudig is toe te passen. De BMI is niet altijd goed bruikbaar, omdat het meten van lengte en gewicht vaak lastig is. Er is niet altijd een (goede) weegschaal aanwezig is en ouderen kunnen bijvoorbeeld door kyfose of scoliose moeilijk of niet staan. Het berekenen van de BMI en het percentage gewichtsverlies wordt bovendien als lastig ervaren. De omtrek van de bovenarm is eenvoudiger te bepalen en blijkt uit recent onderzoek van de Vrije Universiteit door dr. H.A.H. Wijnhoven een goede vervanger voor BMI te zijn, aangezien het bij ouderen een betere voorspeller is voor sterfte. Het ontwikkelde instrument voor ouderen (≥ 65 jaar) in de eerstelijnszorg en thuiszorg is de SNAQ⁶⁵⁺ (Short Nutritional Assessment Questionnaire for 65+).

4.1 Ontwikkeling en validatie SNAQ⁶⁵⁺

De SNAQ⁶⁵⁺ is ontwikkeld met gegevens uit een grootschalig Nederlands longitudinaal onderzoek onder thuiswonende ouderen, de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Van meer dan 2000 mensen van 65 jaar en ouder zijn vanaf 1992 gegevens verzameld over onder andere hun fysieke, emotionele, cognitieve en sociale functioneren. Op basis van recente literatuur werden de volgende ondervoedinggerelateerde items meegenomen in de analyses: bovenarmomtrek (afkappunt bij < 25 cm); onbedoeld gewichtsverlies (afkappunt bij ≥ 4 kg in de afgelopen 6 maanden); en een verminderde eetlust. Een beslisboom is ontwikkeld met behulp van de statistische techniek 'tree structured survival analysis'. Dit houdt in dat de totale groep werd opgesplitst naar de factor die statistisch gezien het meest onderscheidend was in het voorspellen van 15-jaars sterfte. In de resulterende twee subgroepen werd vervolgens bepaald welke factor dan het meest onderscheidend was, net zolang totdat een factor geen statistisch significante bijdrage meer leverde aan het voorspellen van sterfte. In de allerlaatste stap werd bekeken of verdere opsplitsing voor de

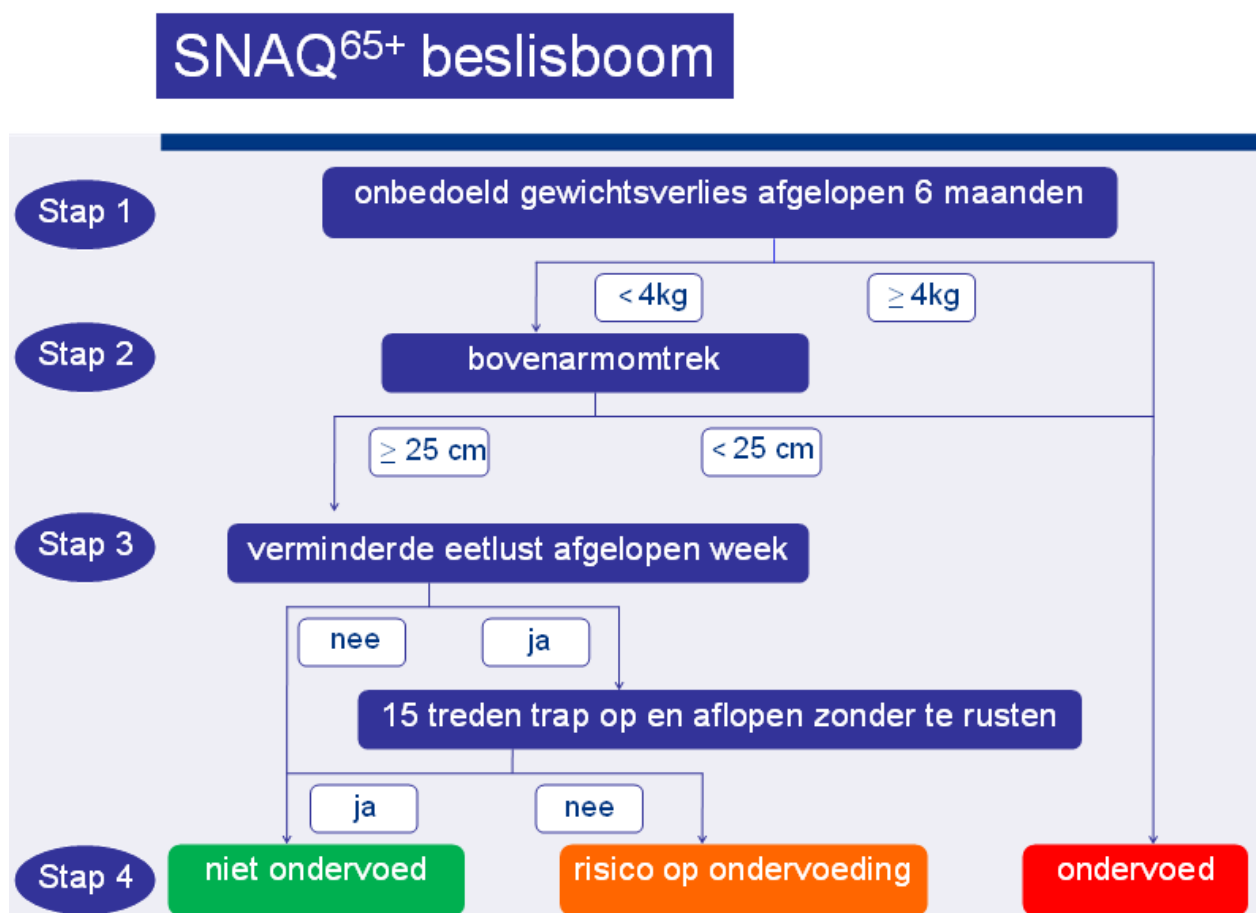
factor 'functionele beperkingen' noodzakelijk was. Uiteindelijk resulteerde dit in de beslisboom van de SNAQ⁶⁵⁺ (zie paragraaf 4.2). Vervolgens is de SNAQ⁶⁵⁺ gevalideerd in een grote Italiaanse dataset (InCHIANTI studie), met vergelijkbare gegevens van meer dan 1100 thuiswonende ouderen.

4.2 Instrument SNAQ⁶⁵⁺

Er is gestreefd naar eenvoudigheid en snelheid in het gebruik van de SNAQ⁶⁵⁺. Dit betekent dat als het antwoord op de eerste vraag is dat de cliënt 4 kg of meer onbedoeld is afgevallen in de afgelopen 6 maanden, de stappen 2 en 3 kunnen worden overgeslagen en direct naar stap 4 (het behandelbeleid) kan worden gegaan. Is de cliënt minder dan 4 kg afgevallen dan dient de armomtrek van stap 2 te worden gemeten. Als deze minder dan 25 cm dan kan men ook direct doorgaan met stap 4.

Als de armomtrek 25 cm of meer is dan wordt overgegaan naar stap 3. Als de eetlust goed is, dan hoeft de vraag over functionaliteit niet meer te worden gesteld. Het behandelbeleid van stap 4 is altijd van belang. Het behandelplan met de groene, oranje en rode kolommen wordt toegelicht in paragraaf 5.

In onderstaande beslisboom is het stappenplan voor het gebruik van de SNAQ⁶⁵⁺ schematisch weergegeven.



4.3 De onderdelen van SNAQ⁶⁵⁺

Stap 1: bepaal het gewichtsverlies

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

De eerste stap is vragen of een cliënt onbedoeld 4 kg of meer is afgevallen in de afgelopen zes maanden. Voor onbedoeld gewichtsverlies wordt vaak het afkappunt van 5% of 10% aangehouden. Er is gekozen om dit te vertalen naar kilogrammen, omdat dit eenvoudiger na te vragen en te berekenen is. Daarbij ligt het afkappunt bij 4 kg of meer, omdat een gemiddeld verlies van 5% in de afgelopen zes maanden voorspellend is voor een hogere mortaliteit. In LASA komt 5% gewichtsverlies bij ouderen overeen met 4 kg.

Als de cliënt niet weet of hij/zij is afgevallen, vraag dan na of: kleding ruimer is gaan zitten, de riem een gaatje strakker moet of het horloge ruimer om de pols zit.

Uitslag

Groen

- Indien er geen sprake is van gewichtsverlies of als het gewichtsverlies minder is dan 4 kg, gaat u naar stap 2.

Rood

- Als er sprake is van 4 kg of meer onbedoeld gewichtsverlies is de cliënt ondervoed en gaat u naar de rode kolom van het behandelplan (stap 4).

Stap 2: meet de bovenarmomtrek

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



stap 2

Meet de bovenarmomtrek

De tweede stap is het bepalen van de bovenarmomtrek. Voor bovenarmomtrek geldt een afkappunt 25 cm. Dit was het resultaat van een vergelijkende studie van de relatie tussen meerdere antropometrische maten en 6- en 15-jaars overleving bij ouderen door Wijnhoven e.a.. Een bovenarmomtrek van 25 cm komt ongeveer overeen met een BMI van 21 kg/m².

De armomtrek wordt gemeten om het midden van de blote linker bovenarm. Om het midden van de bovenarm te bepalen buigt de cliënt de onderarm in een hoek van 90°, waarbij de handpalm naar binnen is gericht. Door middel van palpatie wordt de plaats van het acromion (het driehoekig uitsteeksel aan de top van het schouderblad/de punt van de schouder; verwar dit niet met het botpunt van het sleutelbeen, wat meer naar voren ligt!) bepaald en gemarkeerd met een cosmetisch potlood (figuur 1). Markeer eveneens de olecranon (onderste punt van de elleboog). Leg nu het meetlint met de nul op het acromion en laat het langs de zijkant van de arm in een verticale lijn naar de olecranon lopen. Met behulp van het meetlint wordt het midden tussen deze twee markeerpunten bepaald en gemarkeerd (figuur 2). Op deze hoogte wordt de armomtrek gemeten (figuur 3).

Instructies meten armomtrek

1. De cliënt staat rechtop, met de armen langs de zijden van het lichaam, de handpalmen naar de heupen toegedraaid.
2. Ga naast de patiënt staan en leg het meetlint op de juiste hoogte om de arm van de cliënt.

3. Begin bij het nulpunt van het meetlint en trek het om de bovenarm heen. Let op dat het meetlint niet afzakt en dat deze parallel aan de vloer loopt.
4. Ga indien nodig door de knieën zodat de positie van de meetlint gezien kan worden aan de voor- en achterkant van het lichaam.
5. Meet de armomtrek zonder met het meetlint de huid in te drukken, tot de dichtstbijzijnde 0.1 cm.
6. Laat het lint los en noteer direct de waarde.

Uitslag

Groen

- Indien de bovenarmomtrek 25 cm of meer is, gaat u naar stap 3.

Rood

- Indien de bovenarmomtrek kleiner is dan 25 cm, is er sprake van ondervoeding en gaat u naar de rode kolom van het behandelplan (stap 4).

Stap 3: Eetlust en functionaliteit

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

De combinatie van weinig eetlust en een verminderde functionaliteit (geen trap op en af kunnen lopen zonder te rusten) geeft een significant verhoogde kans op sterfte, terwijl de aanwezigheid van één van deze beide items dit niet laat zien. De kans op sterfte neemt toe in de tijd. Deze mensen zijn dus niet direct ondervoed, maar hebben wel een grote kans om ondervoed te raken. Daarom is het belangrijk om deze groep te monitoren en op tijd in te grijpen.

- a. De vraag over eetlust is als volgt: Had u de afgelopen week een verminderde eetlust?
- b. Daarna vraagt u de functionaliteit na met de volgende vraag: Bent u in staat een trap van 15 treden op en af te lopen zonder te rusten? Mocht de patiënt dit niet weten, omdat hij/zij bijvoorbeeld geen trap heeft of al heel lang niet meer trap gelopen heeft, kan een alternatieve vraag worden gesteld: kunt u 5 minuten buiten lopen zonder te rusten? Bij rolstoelafhankelijke patiënten is de alternatieve vraag: kunt u zelf de rolstoel 5 minuten aanduwen zonder uit te hoeven rusten.

Uitslag

Groen

- Indien een cliënt alleen een verminderde eetlust heeft of niet in staat is een trap op en af te lopen zonder te rusten (óf 5 minuten buiten lopen zonder te rusten, óf 5 minuten de rolstoel aan te duwen), is er geen sprake van ondervoeding en gaat u naar de groene kolom van het behandelplan (stap 4).

Oranje

- Indien een cliënt een verminderde eetlust heeft en bovendien niet in staat is een trap op en af te lopen zonder te rusten (óf 5 minuten buiten lopen zonder te rusten, óf 5 minuten de rolstoel aan te duwen), is er sprake van een risico op ondervoeding en gaat u naar de oranje kolom van het behandelplan.

5. Bepaal het behandelbeleid

Bepaal het behandelbeleid

niet ondervoed	risico op ondervoeding	ondervoed
<ul style="list-style-type: none"> • geen actie 	<ul style="list-style-type: none"> • geef informatie over de gevolgen van ondervoeding en het belang van goede voeding • adviseer gebruik van volle producten en extra eetmomenten (6 x per dag) • geef de folder mee • overleg indien nodig met huisarts of diëtist 	<ul style="list-style-type: none"> • geef informatie en advies als bij risico op ondervoeding én • overleg met de huisarts • verwijst binnen 1 werkdag naar de diëtist

stap 3
Gewicht & gewichtsverlies 65⁻

stap 4
SNAQ⁶⁵⁺

Op basis van de screeningsuitslag van het instrument Gewicht & Gewichtsverlies⁶⁵⁻ of de SNAQ⁶⁵⁺ treedt het multidisciplinaire behandelplan in werking:

- Bij een score 'groen' is sprake van ondervoeding en hoeft er geen voedingsinterventie te worden gestart.
- Bij een score 'oranje' is sprake van risico op ondervoeding. De cliënt krijgt informatie over de gevolgen van ondervoeding en het belang van een goede voeding. Bovendien krijgt de cliënt uitleg en een folder over energie- en eiwitrijke hoofdmaaltijden en tussentijdse verstrekingen en het advies om zich regelmatig te wegen.
- Bij een score 'rood' is sprake van ondervoeding. Het eerste advies is gelijk aan dat bij de cliënt met risico op ondervoeding. Bovendien schakelt de arts of verpleegkundige binnen één werkdag na screening de diëtist in. Binnen twee werkdagen nadat de cliënt is aangemeld bij de diëtist neemt de diëtist telefonisch contact op. De diëtist bepaalt de ernst van de voedingstoestand, geeft een uitleg over de behandeling en een eerste globaal advies. Binnen vijf werkdagen na het telefonisch consult vindt een eerste consult plaats waarin de diëtist een op de behoefte van de patiënt afgestemde eiwit- en energieverrijkte voeding behandeling adviseert. Evaluatie van de behandeling vindt binnen twee tot tien werkdagen plaats. De diëtist maakt gebruik van de principes van motivational interviewing.