

Screening op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen: het stoplichtsysteem van de SNAQ^{RC}

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding

dr.ir. Hinke M. Kruizenga, diëtist-onderzoeker VUmc Amsterdam & projectleider ondervoeding, Stuurgroep Ondervoeding (www.stuurgroepondervoeding.nl) / Correspondentie: h.kruizenga@vumc.nl

Inleiding

Eten en drinken is essentieel voor het behoud van de gezondheid en hebben daarnaast ook een belangrijke sociale en genotsfunctie. Ondanks de grote betekenis van een goede voedingstoestand krijgen eten en drinken in de zorg niet altijd de aandacht die ze verdienen. De prevalentie van ondervoeding is in algemene ziekenhuizen 15-40%, in de woon-, zorg- en welzijngroepen (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) 12-28% en in de thuiszorg 18-26% (Landelijke Preventiemeting Zorgproblemen 2004-2009).¹ We spreken bij ouderen van een slechte voedingstoestand wanneer de BMI kleiner of gelijk is aan 20 en/of wanneer er in de laatste zes maanden sprake is van een onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% en/of er meer dan 5% onbedoeld gewichtsverlies is ontstaan in de laatste maand. Er is sprake van een matige voedingstoestand bij een BMI van 20-22 en/of een gewichtsverlies van 5-10% in de laatste zes maanden.²

Bewaken van de voedingstoestand

Tijdige diagnostiek en behandeling van ondervoeding leiden tot verbetering van de voedsel- en vochtinname, herstel en handhaving van het gewicht, verbetering van de voedingstoestand, verbetering van parameters zoals onder meer spierkracht, vermindering van complicaties en een hogere kwaliteit van leven.

In een aantal verpleeghuizen wordt al structureel gescreend op ondervoeding. Door screening is vroegtijdige her- en onderkenning van ondervoeding mogelijk. In het verbeterde 'kwaliteitskader verantwoorde zorg' (www.zichtbarezorg.nl) is screening op ondervoeding opgenomen. Er wordt nagevraagd of er structurele risicosignalering op ondervoeding wordt uitgevoerd, wat de uitslag van deze risicosignalering was en of er adequate opvolging heeft plaatsgevonden. Verder worden de vragen van de SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care; een nieuw ontwikkeld screeningsinstrument) voor elke

cliënt nagevraagd met exclusie van terminale en oncologische cliënten.

In verpleeg- en verzorgingshuizen was er, in navolging van de SNAQ^{RC}-screening in de ziekenhuizen, behoefte aan een praktisch en weinig arbeidsintensief instrument voor de screening en behandeling van cliënten met kans op ondervoeding. Daarom hebben V&VN en de Stuurgroep Ondervoeding met subsidie van het programma Zorg voor Beter van ZonMw het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse Verpleeg- en Verzorgingshuizen' uitgevoerd.

De doelen van dit project waren:

- de ontwikkeling van een snel en eenvoudig screeningsinstrument voor routinematige screening van verpleeg- en verzorgingshuiscliënten inclusief de kruisvalidatie (zie kader 1);
- de ontwikkeling van een screenings- en behandelplan voor ondervoeding; en
- de ontwikkeling en uittesten van een toolkit met benodigdheden voor toepassing in de praktijk.

Kader 1: Ontwikkeling van de SNAQ^{RC}

Het onderzoek is in de periode van februari tot juni 2007 (periode 1) en april tot mei 2008 (periode 2) uitgevoerd in acht Nederlandse verpleeg en verzorgingshuizen. De SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care) is ontwikkeld door in periode 1 bij 308 cliënten uit een uitgebreide vragenlijst te meten welke vragen het meest voorspellend waren voor ondervoeding. De combinatie van vier vragen met de BMI bleek daarbij voldoende voorspellend. Deze vragen zijn in periode 2 gekruisvalideerd in een groep van 720 cliënten. In dit onderzoek golden de volgende definities: *Slechte voedingstoestand*: BMI \leq 20 en/of \geq 10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste zes maanden en/of \geq 5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand.

Matige voedingstoestand: BMI van 20-22 en /of een gewichtsverlies van 5-10% in de laatste zes maanden.

In de ontwikkelgroep was 8% van de cliënten in een slechte voedingstoestand en 11% in een matige voedingstoestand. In de populatie waarin de kruisvalidatie is uitgevoerd was 23% in een slechte en 16% in een matige voedingstoestand. In figuur 1 staan de vragen die het meest voorspellend bleken voor ondervoeding. Er is gekozen voor een scoresysteem met stoplichtkleuren zodat er geen score opgeteld moet worden en de uitslag sprekend en duidelijk is. De diagnostische waarde van de SNAQ^{RC} is goed: sensitiviteit 87%, specificiteit 82%, positief voorspellende waarde 59% en negatief voorspellende waarde 95%.³



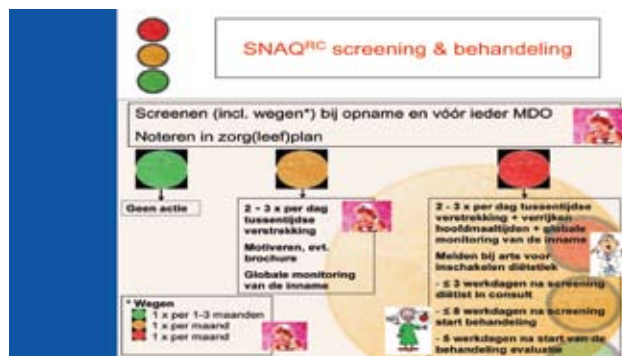
Figuur 1

Het SNAQ^{RC} screening en behandelplan

De verzorgende weegt de cliënt bij opname en voor elk MDO. De lichaamslengte wordt bij opname gemeten door de onderbeenlengte te meten en de lichaamslengte te berekenen (zie toolkit op www.stuurgroepondervoeding.nl). De verzorgende neemt bij opname en voor ieder MDO de SNAQ^{RC} af bij de cliënt, bepaalt de BMI met de draaischijf en bepaalt de stoplichtscore rood, oranje of groen. De stoplichtscore wordt opgenomen in het zorgplan van de cliënt en wordt besproken in het MDO. Vervolgens wordt het behandelplan gevolgd zoals beschreven op de achterzijde van de SNAQ^{RC} (figuur 2).

Multidisciplinaire taakverdeling

De verzorgende screent elke (nieuwe) cliënt bij opname en voor elk MDO op ondervoeding. De verzorgende zorgt bij een oranje en rode score, dat de cliënt dagelijks twee tot drie extra verstrekkingen krijgt, naast de drie hoofdmaaltijden.



Figuur 2

De verzorgende geeft een rode score direct door aan de arts, zodat deze kan bepalen of de inzet van diëtetiek en/of andere professionele deskundigheid binnen het afgesproken behandelbeleid nodig is. De verzorgende stimuleert en motiveert de cliënten met een oranje of rode score en monitort globaal de voedingsinname door middel van de methode 'Meet en Weet wat de cliënt eet' (zie www.stuurgroepondervoeding.nl in toolkit V&V) en verder monitort ze het gewicht 1x/maand.

De verzorgende rapporteert in het zorgdossier als de inname van vocht en voeding verandert.

De arts schakelt de diëtist en/of zo nodig andere professionals (ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut) in bij de diagnostiek en behandeling van cliënten die rood scoren.

De diëtist objectiveert (het verloop van) de voedingstoestand (diagnose ondervoeding) en optimaliseert de inname van vocht en voeding door middel van adviezen aan de cliënt en de verzorging.

Behandelplan en evaluatie

De diëtist berekent de voedingsbehoefte en in hoeverre de voedingsinname hiermee in overeenstemming is. De energiebehoefte wordt berekend met de Harris&Benedict-formule of de FAO/WHO-formule. In het algemeen is een toeslag van 30% voor activiteit voldoende.

Voor de meeste ondervoede cliënten geldt dat 1,2-1,5 g eiwit per kg lichaamsgewicht voldoende is. In de formules voor energiebehoefte kan ook bij ondergewicht en overgewicht gebruik worden gemaakt van het actuele gewicht en voor de eiwitbehoefte moet bij cliënten met een BMI > 27 het gewicht bij BMI 27 gebruikt worden.

Start behandelplan

De diëtist wordt binnen drie dagen in consult geroepen en zet binnen acht dagen het behandelplan in. Binnen vijf dagen na de start van het behandelplan is het eerste evaluatiemoment. Na deze eerste evaluatie verloopt de evaluatie van de behandeling volgens schema 1.



Behandelplan **ondervoede cliënten** (onder behandeling van diëtist)

Inname versus behoefte	Advies	Vervolg (incl termijnen)
100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekingen en evt. drinkvoeding)	Globale monitoring inname door voedingsassistent / verzorging
75-100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekingen en evt. drinkvoeding)	≤ 10 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of aanvullen met drinkvoeding
50 - 75% van de behoefte	Drinkvoeding of sondevoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 5 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of overgaan op sondevoeding
< 50% van de behoefte	Volledige of aanvullende sondevoeding, indien mogelijk drinkvoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 2 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of orale voeding (drinkvoeding) indien mogelijk

Schema 1

Hoe de SNAQ^{RC} in te voeren?

In het project 'vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen' is ervaring opgedaan in de implementatie van de tijdige screening en behandeling in V&V-sector. Op de site van de Stuurgroep Ondervoeding staat een toolkit met bruikbare informatie. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een brede implementatie van screening en behandeling van cliënten die zijn opgenomen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Dit kan gebeuren door het instellen van een brede projectgroep in de instelling. De wenselijke samenstelling van de projectgroep is:

- verpleegkundig (of zorg)manager (vertegenwoordiger met invloed namens het management);
- specialist ouderengeneeskunde;
- hoofd facilitaire dienst/hoofd keuken;
- kok;
- kwaliteitsfunctionaris;
- (praktijk)verpleegkundige of nurse practitioner;
- verzorgende of EVV'er;
- voedingsassistent;
- diëtist.

De taak van de instellingsbrede projectgroep is:

- het agenderen van aandacht voor ondervoeding in de locaties;
- het informeren en zo nodig mobiliseren van de achterban;
- het faciliteren van de uitvoering en waar nodig belemmeringen wegnemen;
- het bewaken van de voortgang met terugkoppeling naar de raad van bestuur.

De projectgroep kan verder werkgroepen op de afdelingen in het leven roepen.

Elke deelnemende (verpleeg)afdeling formuleert daarmee een werkgroep (= verbeterteam). De werkgroepleden kennen de collega's goed en kunnen

aansluiten bij de werkwijze en de doelgroep van de (verpleeg)afdeling. De werkgroepen zijn er verantwoordelijk voor om het verbeterproject op de eigen (verpleeg)afdeling uit te voeren. In de afdelingswerkgroep kunnen de volgende mensen zitten: manager of hoofd van de afdeling; twee verzorgenden; voedingsassistenten; specialist ouderengeneeskunde van de afdeling; diëtist van de afdeling.

Website en toolkit

Op de website, www.stuurgroepondervoeding.nl, is er relevante informatie voor de verpleeg- en verzorgingshuizen beschikbaar en is de toolkit te vinden. Op deze site staat naast het wetenschappelijke artikel over de ontwikkeling en de validatie van de SNAQ^{RC} ook de richtlijn Screening & behandeling van ondervoeding.² Hierin staat beschreven hoe er op ondervoeding gescreend kan worden in alle sectoren van de gezondheidszorg.

Ten slotte

De SNAQ^{RC} lijkt een goed en praktisch hulpmiddel om de voedingstoestand van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen te verbeteren. Dit is van groot belang aangezien de gevolgen van ondervoeding ernstig zijn. Het instrument levert hiermee een belangrijke bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten in deze instellingen

Diagnostische waarde SNAQ en SNAQ^{RC}

	SNAQ ^{RC}	SNAQ
Sensitiviteit	92%	92%
Specificiteit	95%	95%
Positief voorspellende waarde	78%	92%
Negatief voorspellende waarde	94%	95%

Kader 2: Screening op ondervoeding is noodzakelijk; ook op de transferafdeling

Mede-auteurs: Diana A.P. Vredegoor Bsc, diëtist Osiragroep Amsterdam & transferafdeling VUmc Amsterdam / **drs. Dineke M. Janse van Mantgem,** specialist ouderengeneeskunde Osiragroep Amsterdam & transferafdeling VUmc Amsterdam

Achtergrond

De populatie die verblijft op een transferafdeling, valt tussen de ziekenhuis en de verpleeghuispopulatie. Er zijn nog geen onderzoeksgegevens bekend over de prevalentie van ondervoeding op de transferafdeling. Doordat er geen cijfers over de prevalentie bekend zijn, is het lastig om te beslissen welk screeningsinstrument het meest valide is in deze groep.

Op de transferafdeling van het VUmc hebben Diana Vredegoor, Dineke Janse van Mantgem en Hinke Kruizenga de prevalentie van ondervoeding gemeten en is gekeken welk screeningsinstrument het beste kan worden toegepast voor de vroege herkenning van deze groep.

Methode

De onderzoeksgroep bestond uit 100 cliënten die op transferafdeling van het VUmc verbleven in de periode maart 2008 tot en met mei 2008. De voedingstoestand is bepaald en de diagnostische waarde van de twee meest relevante screeningsinstrumenten, de SNAQ en de SNAQ^{RC}, zijn gemeten.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat van de 100 cliënten die in deze periode op de transferafdeling van het VUmc verbleven, 39% ($n = 39$) ernstig ondervoed waren. Hiervan hadden 13 cliënten (33%) een $BMI \leq 20$. Zesentwintig cliënten (42%) hadden meer dan 5% gewichtsverlies gehad in een maand en tevens hadden 26 cliënten meer dan 10% gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden. Negen cliënten hadden een mengvorm van chronische en acute ondervoeding, zich uitend in een te lage BMI en onbedoeld recent gewichtsverlies.

Van de 100 cliënten waren 25 cliënten (25%) matig ondervoed en 36 (36%) niet ondervoed. Van deze laatste groep had 50% een $BMI \geq 28$. De sensitiviteit en de specificiteit van de SNAQ en de SNAQ^{RC} waren boven de 90%.

Conclusie

De prevalentie van ondervoeding op de transferafdeling is hoog, zelfs hoger dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen. De SNAQ en de SNAQ^{RC} zijn beide zeer geschikt om als screeningsinstrument in deze setting te gebruiken. Gezien het hoge percentage overgewicht op de afdelingen is het een optie om met de SNAQ^{RC} te gaan screenen aangezien met dit instrument de cliënten met een $BMI > 28$ ook herkend worden. Aan de andere kant is het de vraag of het relevant is om te screenen op overgewicht aangezien de transferafdeling een tijdelijke verblijfplek is waar een behandeling van overgewicht niet gelijk prioriteit heeft. Het gebruiksgemak van de SNAQ pleit voor een keuze voor dit instrument.

Literatuur

1. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009.
2. Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding, Stuurgroep Ondervoeding, oktober 2009, www.stuurgroepondervoeding.nl.
3. Kruizenga HM, Vet HCW de, Marissing CME van, et al. The SNAQRC, an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *J Nutr Health Aging* 2010; 14(2): 83-89.