

'Als diëtist alleen los je ondervoeding niet op'

Screening op ondervoeding gebeurt op grote schaal. Maar als ondervoeding wordt ontdekt, dan is het vaak in een laat stadium. "We moeten ons veel meer richten op de preventie van ondervoeding", stelt prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar.

Daarbij pleit ze voor interprofessionele samenwerking dat nog een stapje verder gaat dan multidisciplinaire samenwerking.

TEKST IR. ANGELA SEVERS FOTO'S MICHEL CAMPFENS

Ondervoeding is tegenwoordig 'top of mind' en vooral in ziekenhuizen wordt volop gescreend. Toch is er volgens Harriët Jager-Wittenaar nog veel winst te behalen, vooral bij de groep patiënten die bij screening in de categorie matig risico vallen. Jager-Wittenaar: "Zij krijgen in het ziekenhuis vaak alleen voorlichting en extra tussendoortjes. Maar begeleiding door een diëtist zou bij deze groep de kans op toekomstige ondervoeding echt kunnen verkleinen. Ik zou heel graag zien dat diëtisten in de eerste lijn patiënten met matig risico op ondervoeding krijgen doorverwezen, ofwel vanuit het ziekenhuis, ofwel vanuit de thuissituatie. Ondervoeding staat tegenwoordig hoog op de agenda. Maar als we de prevalentie van ondervoeding omlaag willen brengen, dan zullen we ook aan de preventie van ondervoeding moeten werken." Jager-Wittenaar werd vorig jaar benoemd tot bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale voedingszorg aan het Radboudumc in Nijmegen en sprak op 19 september 2024 haar inaugurele rede uit.

Screening in de huisartsenpraktijk

Om ondervoeding in een eerder stadium te herkennen of liever nog te voorkomen, is Jager-Wittenaar groot voorstander van screenen in de huisartsenpraktijk: "Niet als een grote extra taak, maar vooral als integraal onderdeel van diagnostiek die al plaatsvindt door de huisarts en/of praktijkondersteuner." Als voorbeeld noemt ze screeningtools die gebruik maken van zelfscreening, zoals de PG-SGA SF (zie kader verderop). Voorafgaand aan een consult vult de patiënt zelf het patiëntdeel in, met vragen over gewicht, voedingsinname, voedingsgerelateerde klachten en dagelijkse activiteiten en functioneren. Jager-Wittenaar:

"Hiermee worden veel risicofactoren voor ondervoeding in kaart gebracht, zoals verminderde eetlust, moeilijk slikken, vermoeidheid of pijn. Dit kunnen ook symptomen zijn van een aandoening, waar een heel behandeltraject voor nodig is. Voor een effectieve behandeling is een goede voedings-toestand belangrijk, want dat bevordert het herstel en verkleint de kans op complicaties." Volgens Jager-Wittenaar zouden huisartsen dus symptomen niet alleen moeten navragen om een medische diagnose te stellen, maar ook om te bepalen of de patiënt risico op ondervoeding heeft. Wanneer een huisarts alert is op symptomen die de voedingsinname bemoeilijken en daarop actie onderneemt, kan de patiënt het ziekte- en behandeltraject beter doorstaan. "Soms volstaat het geven van voorlichtingsmateriaal.

'Zelfs in een eenmalig consult kun je iemand al bewustmaken van het risico op ondervoeding'

Maar wetende dat er 2,5 miljoen volwassenen Nederlanders laaggeletterd zijn, en begeleiding nodig is om het voedingspatroon aan te passen aan de verhoogde voedingsbehoefte en voedingsproblemen tijdens ziekte, is verwijzing naar een diëtist in veel gevallen noodzakelijk. Zelfs in een eenmalig consult kun je iemand al bewustmaken van het risico

'Liever screenen op het risico op ondervoeding'

Prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar

1997 Afgestudeerd als diëtist aan Hanze
1997 Diëtist in Universitair Medisch Centrum Groningen
2010 Gepromoveerd aan Rijksuniversiteit Groningen (“Pre- and post-treatment malnutrition in head and neck cancer patients”)
2010 - 2023 Senior onderzoeker UMCG
2014 - heden Lector Malnutrition and Healthy Ageing, Hanze
2021 - heden Mede-leider van de GLIM Implementation Working Group
2021 - heden Gastprofessor Vrije Universiteit Brussel
2023 - heden Mede-leider van de GLIM Risk of malnutrition Working Group
2023 - heden Bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale voedingszorg aan Radboudumc in Nijmegen



op ondervoeding en goed informeren over het kiezen van voedingsmiddelen ter voorkoming daarvan. Maar vaak is langere diëtistische begeleiding nodig om daadwerkelijk effect van de diëtbehandeling op de voedingstoestand te kunnen hebben.”

Weloverwogen keuze van screeningtools

Het ultieme doel is voorkomen dat ondervoeding ontstaat. Jager-Wittenaar: “Er wordt wel gescreend op ondervoeding, maar ik zou liever screenen op risico op ondervoeding. Daarvoor is het nodig dat we juist ook risicofactoren voor

ondervoeding gaan herkennen.” Binnen het Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) consortium is Jager-Wittenaar daarom samen met o.a. prof. dr. Marian de van der Schueren van Wageningen University & Research bezig om wereldwijde consensus te creëren over een conceptuele definitie van risico op ondervoeding en de operationalisatie ervan. Jager-Wittenaar: “Wat bedoelen we precies met risico op ondervoeding en hoe stellen we het vast? De huidige screening is vooral gericht op het herkennen van ondervoeding, maar de preventie van ondervoeding staat wereldwijd nog niet op de radar.” Beide hoogleraren gaan ook kijken wat dit betekent voor de huidige screeningtools. Jager-Wittenaar: “We willen niet per se nieuwe screeningtools ontwikkelen, want er zijn er al veel. Sommige screenen vooral op ondervoeding, zoals de Short Nutritional Assessment Questionnaire, afgekort SNAQ en de Malnutrition >

Universal Screening Tool, afgekort MUST. Maar er zijn ook al andere screeningtools, zoals de eerder genoemde PG-SGA SF, die zowel screenen op ondervoeding als op risicofactoren. Ik denk dat SNAQ en MUST, waar zo'n 15 jaar geleden in Nederland massaal voor is gekozen om ondervoeding op de kaart te zetten, in de toekomst minder belangrijk zullen gaan worden. Maar het is uiteindelijk aan

organisaties zelf om hier keuzes in te maken. Uiteindelijk willen we het werkveld handvatten geven voor een wel-overwogen keuze van screeningtools. Wil je vooral bestaande ondervoeding behandelen of juist ook inzetten op de preventie van ondervoeding?"

Prevalentie van ondervoeding bij ouderen in Nederland

- 8,5% van de zelfstandig thuiswonende 65-plussers
- 16% van de thuiswonende kwetsbare 65-plussers, zoals ouderen met thuiszorg, slechte eetlust, mobiliteitsbeperking, alleenwonend of boven de 85 jaar
- 38% van de ouderen bij opname in het ziekenhuis op de afdeling geriatrie

MONDAY-onderzoek

Op dit moment herkennen we volgens Jager-Wittenaar ondervoeding over het algemeen veel te laat: "Van de cliënten die vanwege ondervoeding of risico daarop verwezen worden naar eerstelijns diëtistenpraktijken, is de helft al ernstig ondervoed." Dat blijkt uit de eerste tussentijdse resultaten van het MONDAY-onderzoek (MOnitoring Nutritional status DietArY intake), dat Jager-Wittenaar coördineert. Dit is een langlopend, landelijk onderzoeksproject, waarin het verloop van de voedingsinname en voedingstoestand systematisch wordt gemeten bij cliënten die bij bijna 30 eerstelijns diëtistenpraktijken in behandeling zijn voor (risico op) ondervoeding. Jager-Wittenaar: "Doordat diëtisten zelf een centrale rol spelen in de dataverzameling, is MONDAY een 'practice-based' onderzoek. Daar is wel een standaardisatie qua werkwijze aan voorafgegaan, want voor zo'n



onderzoek zijn uniforme meetmethoden en meetmomenten nodig. Zo worden de eiwit- en energiebehoefte met de MONDAY-werkwijze op een eenduidige manier bepaald. Deze werkwijze schrijft echter niet voor hoeveel eiwit en energie de diëtist vervolgens aan patiënten adviseert. Het is aan de diëtist zelf om invulling te geven aan een individueel advies." Ook de contactmomenten zijn gestandaardiseerd in de MONDAY-werkwijze, zodat data ook op

'De MONDAY-werkwijze heeft effect. Een mooie opsteker voor de toegevoegde waarde van de diëtist!'

uniforme meetmomenten worden verzameld: "Sommige diëtisten waren gewend om de contactmomenten te verspreiden over 3 maanden, een half jaar en soms zelfs langer. In de MONDAY-werkwijze zijn de contactmomenten allemaal geconcentreerd in de eerste 3 maanden van de behandeling, want daarin verwacht je ook het grootste effect." En dat het effect heeft, blijkt ook uit de eerste tussentijdse resultaten. Jager-Wittenaar: "De inname en voedingstoestand verbeteren significant: op groepsniveau is er sprake van een klinisch relevante toename van circa 400 kcal en 20 gram eiwit per dag in 12 weken. Een mooie opsteker voor de toegevoegde waarde van de diëtist!" Tot begin 2025 loopt de dataverzameling van MONDAY door en de publicatie van de eindresultaten volgt daarna.

Interprofessioneel samenwerken

In de hele keten van zorg is volgens Jager-Wittenaar meer aandacht nodig voor ondervoeding, met een vroege herkenning in de eerste lijn, voordat iemand in het ziekenhuis terecht komt. Samenwerking is daarbij belangrijk. "Als diëtist alleen los je ondervoeding niet op. Je hebt verschillende disciplines nodig, zoals fysiotherapeuten, verpleegkundigen, verzorgenden en huisartsen. Zoek als diëtist deze samenwerking op en overleg hoe je gezamenlijk kunt optrekken in de preventie en behandeling van ondervoeding." Jager-Wittenaar pleit daarbij voor interprofessioneel samenwerken: "Daarmee bedoel ik wat anders dan multidisciplinair samenwerken. Men denkt vaak dat multidisciplinair samenwerken het hoogste niveau van samenwerken is, maar het kan nog een stap verder. Bij multidisciplinair samenwerken overleg je wel met verschillende disciplines, maar maakt ieder een eigen behandelplan. In de praktijk is er dan vaak onvoldoende afstemming over gezamenlijke doelen. Bij interprofessioneel samenwerken maak je met elkaar een gezamenlijk

behandelplan en spreek je af welke rol iedere individuele behandelaar heeft. Dat kan de zorg efficiënter en effectiever maken."

InterGAIN

In ziekenhuizen wordt interprofessioneel samenwerken volgens Jager-Wittenaar her en der al toegepast, maar voor de eerste lijn is het echt nieuw en ook internationaal zijn er nog geen voorbeelden. Jager-Wittenaar is momenteel bezig om interprofessionele samenwerking te ontwikkelen rondom de herkenning en behandeling van ondervoeding en sarcopenie bij thuiswonende ouderen. Het gaat om het 3-jarige InterGAIN-onderzoeksproject dat eind 2022 is gestart. Jager-Wittenaar: "Hierin ontwikkelen we een interprofessioneel zorgpad met afspraken om ondervoeding te herkennen: via screening bij de huisarts of signalering door een wijkverzorgende. Vervolgens stelt een interprofessioneel behandelteam een gezamenlijk behandelplan op. In dit team zitten diëtisten, fysiotherapeuten, huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en specialisten ouderengeneeskunde. We zijn afgelopen jaar in Drenthe en Friesland gestart met het testen van dit zorgpad. Na 1 jaar gaan we evalueren aan de hand van het zogenoemde Quadruple Aim Model: we kijken naar gezondheid waaronder voedingsinname en voedings-toestand, ervaren kwaliteit van zorg, werkplezier en kostenbeheersing. Eind 2025 hopen we zo een blauwdruk te hebben hoe je interprofessionele samenwerking rondom ondervoeding en sarcopenie in de thuissituatie regionaal kunt inrichten."



Screeningtool PG-SGA SF

De PG-SGA bestaat uit twee delen. Het eerste deel is de Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF). Dit is een vragenlijst die patiënten of cliënten zelf invullen. Op basis van de PG-SGA SF score kan het risico op ondervoeding en noodzaak tot voedingsinterventies worden bepaald.

Het tweede deel van de PG-SGA wordt doorgaans ingevuld door de diëtist, soms in samenwerking met andere professionals zoals de fysiotherapeut. In dit 'professional' deel wordt in kaart gebracht in welke mate er sprake is van katabolie, door het beoordelen van aanwezige katabole aandoeningen en metabole stress door koorts en gebruik van medicatie. In een kort lichamenlijk onderzoek worden de spier- en vetmassa en vochtstatus beoordeeld.

Op basis van de PG-SGA SF en het lichamenlijk onderzoek tezamen wordt beoordeeld of er sprake is van ondervoeding en kan de ernst van de ondervoeding worden bepaald.