

EENDUIDIG SCREENEN OP ONDERVOEDING VERBETERT KLINISCHE ZORG

De discussiebijeenkomst 'Op weg naar één screeningsinstrument voor ziektegerelateerde ondervoeding in Nederland' heeft geleid tot de afspraak over eenduidige screening op ondervoeding.

Bij haar zoektocht naar een goed screeningsinstrument voor ziektegerelateerde ondervoeding merkte Lenny van Venrooij al snel dat hier landelijk grote vraag naar was. Zij startte aanvankelijk met het 'Richtlijnenproject preoperatieve poli cardiochirurgie'. Niet alleen voor deze groep patiënten maar voor alle patiënten, zowel in de eerste, tweede als derde lijn, bleek grote behoefte te bestaan aan een eenduidig instrument om te screenen op ondervoeding. Daarom verrichtte zij een systematische review naar snelle, gemakkelijke (quick and easy) screeningsinstrumenten voor het bepalen van ondervoeding voor de gehele zorgsector. Het uitgangspunt hierbij was dat screenen voorafgaat aan het stellen van de diagnose en dat dit snel en gemakkelijk uitvoerbaar moet zijn.

AANBEVELINGEN

Van Venrooij legt uit hoe zij in haar review tot aanbevelingen komt: "Bij alle gepubliceerde onderzoeken hebben we gekeken naar de diagnostische waarde oftewel de sensitiviteit



Prof. dr. R.P. Bleichrodt: "Het belangrijkste is dát er gescreend wordt op ondervoeding. In veel ziekenhuizen wordt nog helemaal niet gescreend en bestaat er dus nog onvoldoende aandacht voor dit probleem."

Diëtist drs. L.M.W van Venrooij verrichtte een systematische review naar screeningsinstrumenten voor ondervoeding gesubsidieerd door Centrum Richtlijnen voor het Klinisch Handelen in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

Prof. dr R.P. Bleichrodt, als chirurg en hoogleraar verbonden aan het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen, is lid van de stuurgroep 'Wie beter eet wordt Sneller Beter'.

en specificiteit van de instrumenten. Er zijn 39 studies naar 'quick and easy' screeningsinstrumenten vergeleken met een referentiemethode. Hierbij speelt dat er geen consensus bestaat over de referentiestandaard. Er is helaas nog geen 'gouden standaard' voor ondervoeding, een methode waarvan je met zekerheid kunt zeggen dat je alle mensen die ondervoed zijn eruit pikt. Daarom hebben we minimale eisen gesteld aan de gebruikte referentiestandaard." De eisen die Van Venrooij stelden waren dat antropometrische veranderingen in de tijd, (bijvoorbeeld gewichtsverlies) en een indruk van de huidige lichaamssamenstelling werden weergegeven, bijvoorbeeld met de Body Mass Index (BMI). Bij 12 studies van de 39 was er geen acceptabele referen-



Lenny van Venrooij: "Voor implementatie van een screeningsinstrument moet je haalbaarheid in de praktijk' en 'ideaal' tegen elkaar afwegen."

tiestandaard. Na het toepassen van grenzen voor betrouwbaarheid en kwaliteitsbeoordeling van de studies bleven slechts twee studies over voor de algemene ziekenhuispopulatie: een studie met de MST (Malnutrition Screening Tool) en een studie met de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire). De SNAQ leek het meest geschikt als 'quick and easy' screeningsinstrument voor het gebruik in ziekenhuizen. Voor patiënten op de polikliniek bleek nog geen voldoende kwalitatief onderzocht instrument beschikbaar te zijn.

DISCUSSIEBIJEENKOMST

Tijdens de discussiebijeenkomst 'Op weg naar één screeningsinstrument voor ziektegerelateerde ondervoeding in Nederland' in november 2005 werden de resultaten uit de review van Van Venrooij bediscussieerd ten opzichte van de ESPEN richtlijn. Deze richtlijn is een aanbeveling die door specialisten op voedingsgebied in Europa is gedaan (2002) over hoe te screenen op ondervoeding; de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in de eerstelijnsgezondheidszorg en de Nutritional Risk Screening (NRS) in ziekenhuizen.

Van Venrooij over de bijeenkomst: "De SNAQ en de MUST waren uiteindelijk de twee screeningsmethoden waarover de landelijke discussie ging. De MUST is uitgebreider en meer diagnostisch gericht, maar voor de verpleging in de dagelijkse praktijk niet altijd haalbaar. Daarom luidt de afspraak: de MUST als het kan en anders de SNAQ. Deze laatste methode heeft als nadeel dat er geen BMI gemeten wordt, maar heeft desondanks in de klinische setting toch nog een sensitiviteit van 80 procent. Voor implementatie moet je dus 'haalbaarheid in de praktijk' en 'ideaal' tegen elkaar afwegen." Bleichrodt vult aan dat er voor- en tegenstanders waren voor het gebruik van de BMI: "Sommigen willen wel rekenen en anderen niet. Indien men niet wil

rekenen is heel pragmatisch gekozen voor een screening zonder BMI berekening. De SNAQ heeft goede kansen om eenvoudig geïmplementeerd te worden."

Van Venrooij benadrukt dat het goed mogelijk is dat er andere geschikte screeningsinstrumenten zijn: "Wij hebben echter alleen maar diagnostisch gevalideerde methoden onderzocht, omdat we hierbij sensitiviteit en specificiteit kunnen beoordelen. Maar dat is wel wat je wilt weten voor de praktijk; krijg ik als diëtist door middel van een quick and easy methode dezelfde patiënten onder behandeling als ik na een uitgebreide en meer diagnostische methode had gehad?"

Bleichrodt is, evenals van Venrooij, blij met de uitkomst van de discussie: "Er ligt nu een afspraak waarmee we in de praktijk wat kunnen. Als 'gouden standaard' is er het uitgebreidere instrument MUST en anders kan gekozen worden voor een eenvoudig te implementeren methode, de



MUST	STAP 1	STAP 2	STAP 3	STAP 4
	BMI (kg/m ²) >20 = 0 18.5-20 = 1 <18.5 = 2	Ongewenst gewichts- verlies in de afgelopen 3-6 maanden	Als de patiënt ernstig ziek is en er is of zal waarschijnlijk meer dan 5 dagen geen voedsel- inname zijn	Risico op ondervoeding: Tel de scores van stap 1, 2 en 3 op.
	Lengte : Gewicht : BMI :	< 5% = 0 5-10% = 1 > 10% = 2	Score = 2	Totaalscore 0 = laag risico 1 = medium risico 2 of meer = hoog risico
Score				
Stap 5. Behandelpunten afstemmen op de totaalscore van de screening				

SNAQ. Belangrijkste is echter dát er gescreend wordt. In veel ziekenhuizen wordt helemaal nog niet gescreend en dus bestaat er nog onvoldoende aandacht voor ondervoeding.” Als voorzitter van de bijeenkomst was Bleichrodt zeer gespist op het komen tot een afspraak: “We moeten voorkomen dat patiënten ondervoed raken. Uit verschillende buitenlandse en Nederlandse onderzoeken blijkt dat ongeveer een kwart van de patiënten ondervoed het ziekenhuis binnenkomt. Als je daar niets aan doet, blijkt veertien dagen na opname al 40 procent ondervoed te zijn. Dat gaat dus heel hard.”

IMPLEMENTEREN

Van Venrooij: “De implementatie van de screening is een heel intensief proces. Je moet met alle betrokken disciplines praten over hoe het meetinstrument kan worden geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. Het moet werkbaar zijn in alle processen en systemen in het ziekenhuis.” Van Venrooij raadt diëtisten aan om de screeningsmethode die binnen de eigen instelling gebruikt wordt kritisch te bekijken. Haar advies luidt: “Stap bij voorkeur over naar de MUST of de SNAQ. Dit bevordert de professionaliteit van je beroepsgroep en biedt de mogelijkheid om cijfers over ondervoeding in kaart te brengen en instellingen te vergelijken. Maar het allerbelangrijkste is het feit dat er gescreend wordt.”

VERVOLG OP SCREENEN

Met de eerste ideeën over het behandelplan na screenen op basis van de SNAQ is Van Venrooij heel content. Er zijn drie gradaties: score 0 of 1 is goed gevoed. Score 2 is matig gevoed; aanbevolen wordt tweemaal daags een energie- en eiwitverrijkt tussendoortje te geven in combinatie met een aangepaste energie- en eiwitverrijkte voeding. Score 3 en hoger is slecht gevoed; een energie- en eiwitverrijkte voeding wordt geadviseerd en verwijzing naar de diëtist.

Van Venrooij: “In het AMC gaat een deel van de discussie

nu over of patiënten met score 2 standaard drinkvoeding kunnen krijgen. Soms kan drinkvoeding net dat beetje extra geven, waardoor een patiënt voldoende goed gevoed blijft. Maar niet alle patiënten zijn even mondig om naar de diëtist te vragen als dit alsnog nodig is. De verpleging moet de patiënt dan informeren over de voeding en in de peiling houden. De vraag is of dat de bedoeling is. In ieder geval dient de screening tijdens de opname wekelijks worden herhaald.”

Bleichrodt ziet voor klinische voeding vooral een rol weggelegd bij patiënten die een grote kans hebben op ondervoeding. Dat zijn vooral oncologische patiënten, patiënten met ziekten van het maag-darmkanaal, chronische ziekten, brandwonden, infecties en geriatrische patiënten. Hij benadrukt: “Wees er vroegtijdig bij, want hiermee voorkom je een hoop problemen.”

Ester Goddijn

LITERATUUR

- Venrooij LMW van, Vos R de, Borgmeijer-Hoelen MMMJ, Kruijenga HM, Jonkers-Schuitema CF, Mol BAMJ de. Which Quick-and-Easy Screening Tool to detect Disease-Related Undernutrition is most valid in the hospital in- and outpatient setting? A systematic review Abstract ASPEN Februari 2006 (JPEN)
- Kruijenga HM, Seidell JC, de Vet HC, Wiersma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). Clin Nutr 2005 February;24:75-82.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutrition (2003) 22(4): 415-421.

INTERNET

www.vumc.nl, zoekterm ‘SNAQ’