

# SCREENEN OP ONDERVOEDING BIJ KINDEREN VAN GROOT BELANG

Het Ziekenhuis de Gelderse Vallei te Ede startte vorig jaar als eerste ziekenhuis met het screenen van kinderen op het risico tot ondervoeding. Welke methode gebruiken zij? En hoe is de implementatie verlopen?

“

Al sinds 1996 screenen wij volwassenen op het risico van ondervoeding. Het screenen van kinderen was hierop een logische vervolgstap”, vertelt Anja Boot. Anja zit vanaf het prille begin in het voedingsteam van het ziekenhuis en was samen met Wilma Verburgt actief betrokken bij het implementeren van de screeningstest. Deze methode is ontwikkeld door Nutricia in samenwerking met kinderartsen, kindardiëtisten en kinderverpleegkundigen van verschillende ziekenhuizen waaronder het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Het is een praktisch hulpmiddel waarmee de voedingstoestand van kinderen (0-18 jaar) kan worden vastgesteld en (dreigende) ondervoeding kan worden opgespoord. Anja en Wilma hebben ervoor gekozen om het screeningskaartje om te zetten in een screeningslijst. Deze wordt toegevoegd aan de verpleegkundige dossiers van kinderen.

## WEGEN, METEN EN KIJKEN

Ondervoeding in ziekenhuizen komt nog altijd vaak voor en betreft zowel volwassenen als kinderen. Onderzoek bevestigt dit: 79 kinderen (26 procent) van de 296 onderzochte patiënten was ondervoed (Sermet-Gaudelus et al). Niet alle ondervoede kinderen worden als zodanig gediagnosticeerd tijdens opname in het ziekenhuis, slechts 65 procent (Kelly et al). “En dat geldt ook voor de thuissituatie”, zegt Pieter Meijers. “Ouders zien vaak niet dat hun kind ondervoed is,

## GEVOLGEN ONDERVOEDING

Korte termijn: verminderde wondgenezing, lagere weerstand, grotere kans op infecties en langere ziekenhuisopname. Ook het welbevinden van het kind vermindert.  
Lange termijn: achterblijvende groei, verminderde cognitieve en sociale ontwikkeling.

ook al is hun betrokkenheid enorm groot. Ondervoeding is een langzaam proces waarbij het kind geleidelijk vet en spierweefsel verliest. Dit alles is niet altijd direct zichtbaar. Met wegen, meten en kijken (screenen) komt de ondervoeding aan het licht. Tijdig ingrijpen bij ondervoede kinderen is extra belangrijk. Vooral snel groeiende kinderen en adolescenten zijn heel kwetsbaar.”

De oorzaak van ondervoeding loopt uiteen van verminderde voedselinname en verhoogde voedselbehoefte door ziekte tot abnormale verliezen (braken en diarree). “Ondervoede kinderen stagneren eigenlijk op alle fronten en dat heeft grote gevolgen voor de groei en ontwikkeling van kinderen. Als bijvoorbeeld de ontwikkeling van de hersenen niet goed plaatsvindt, heeft dat consequenties voor de intelligentie. Een verminderde botopbouw heeft osteoporose tot gevolg. Bij ondervoeding schakelt het lichaam over op de waakvlam waardoor alle organen op een lager pitje draaien. Ook de levendigheid van kinderen verdwijnt. Zodra de voedingstoestand verbetert, knappen de kinderen zienderogen op en komt de levendigheid weer terug”, aldus de kinderarts. Goed gevoede kinderen herstellen sneller en hebben minder kans op complicaties en infecties. Ook de conditie en weerstand verbetert. Bovendien stijgt het welbevinden van het kind en daalt de opnameduur in het ziekenhuis.

---

*Dr. P. Meijers is kinderarts in het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede en werkt intensief samen met nurse practitioner kunstmatige voeding i.o. A. Boot en kindardiëtist W. Verburgt.*

---



Anja Boot (links), Pieter Meijers en Wilma Verburg hebben de screeningstest in het Ziekenhuis Gelderse Vallei met succes geïmplementeerd.

## IN DE PRAKTIJK

Anja Boot vertelt: “Het implementeren van een standaard screeningstest binnen het ziekenhuis is een intensief proces. Een groot deel hiervan bestaat uit het motiveren en toelichten waarom het screenen zo belangrijk is”. Dr. Meijers beaamt dit: “Het gaat niet alleen om het invullen van de screeningstest. De uitkomsten vertalen naar de juiste zorg is minstens zo belangrijk. Het tijdig ingrijpen bij ondervoede kinderen is immers van essentieel belang voor de ontwikkeling, groei en genezing van zieke kinderen. Dit hele proces moet je in goede banen leiden”. Anja Boot: “Wij hebben er een project van gemaakt in samenwerking met kinderartsen en diëtisten. Achteraf gezien hadden we de verpleegkundigen er eerder bij moeten betrekken. Je kunt verpleegkundigen geen kant en klare screeningstest aanbieden. Zij willen graag vanaf het begin meedenken en van de hoed en de rand weten. Om de test goed te implementeren is ook scholing nodig. Daarom hebben wij klinische lessen georganiseerd voor de verpleegkundigen. Het helpt ook om de screeningstest zo aantrekkelijk mogelijk te introduceren. Zo hebben wij speciale pennen laten maken met “ff checken” en posters met deze tekst op de afdelingen gehangen. Daarnaast hebben wij op elke afdeling een aanspreekpunt aangesteld: een persoon die verantwoordelijk is voor de screening en voor de instructie aan nieuw personeel.”

## BLIJVEN TOETSEN

Intussen worden alle kinderen in het ziekenhuis in Ede structureel gescreend op ondervoeding. Dit vindt plaats tijdens het eerste opnamegesprek van de verpleegkundigen. De screening bestaat uit zes vragen die met een ja of nee zijn te beantwoorden. Dit resulteert in een score: geen risico, risicopatiënt of hoog risico op ondervoeding. Bij risicopatiënten vindt overleg met de kinderarts en diëtist plaats. De zes vragen op de screeningslijst zijn redelijk snel te beantwoorden en alle vragen komen tijdens het intakegesprek naar voren (zie kader op pagina 19).

“Het voordeel van de screeningstest is dat er nu veel eerder aan de bel wordt getrokken zodat we ook snel actie kunnen ondernemen”, zegt Pieter Meijers. “Daarbij is het verpleeg-

### IMPLEMENTATIE SCREENINGSLIJST

- maak er een project van
- betrek de verpleegkundigen er vanaf het begin bij
- leg uit en motiveer
- organiseer een of meer klinische les(sen)
- introduceer de test zo aantrekkelijk mogelijk
- stel op elke afdeling een aanspreekpunt aan
- blijf toetsen

## SCREENINGSKAART

Zes vragen die met 'ja' of 'nee' zijn te beantwoorden:

1. Verkeert de patiënt in een slechte voedingstoestand op basis van uw klinische blik?
2. Is er sprake van:
  - een ziektebeeld met verhoogd risico op ondervoeding en/of
  - een te verwachten grote operatie?
3. Is er sprake van:
  - diarree (> 5x daags dunne ontlasting) en/of
  - braken (> 3x daags) en/of
  - verlies via open wonden en/of
  - slikproblemen?
4. Is er sprake van
  - 50% van de normale vocht en/of voedselinname gedurende 5 dagen of
  - nauwelijks vocht en/of voedselinname langer dan 3 dagen?
5. Kind van 0-2 jaar: is het gewicht gelijk gebleven of afgenomen in de laatste 2 maanden?  
Kind van 2-18 jaar: is er > 5% gewichtsverlies in de laatste 3 maanden?
6. Is er sprake van een afbuigende groeicurve voor lengte voor leeftijd?

Aan de hand van bovenstaande vragen ontstaat een score:

- 3 tot 6 vragen: ja  
Zeer hoog risico op ondervoeding. Schakel kinderarts en diëtist in voor volledige diagnose en specifiek voedingsadvies.  
Controleer twee keer per week het gewicht.
- tot 2 vragen: ja  
Risicopatiënt. Overleg met kinderarts voor volledige diagnose, schakel eventueel diëtist in. Controleer twee keer per week het gewicht. Evalueer na een week
- 0 vragen: ja  
Geen voedingsinterventie nodig.

kun je vaak nog heel veel doen met verrijkte drankjes en sapjes”, vertelt Wilma Verbugt. Anja Boot: “Het screenen en de bij behorende vervolgacties in goede banen leiden is een hele klus. Wij hebben echt geluk dat de kinderverpleegkundigen voor deze vernieuwing openstaan. Verder is het een continue proces dat tijd en aandacht vergt en je moet het ook blijven toetsen”.

## ONDERVOEDING VERSUS OVERVOEDING

Pieter Meijers: “Ondervoeding heeft in ons ziekenhuis alle aandacht en we kunnen hier nu goed op anticiperen. Op de kinderafdeling komt ondervoeding twee keer zoveel voor als overvoeding. Maar op de polikliniek zie je het aantal kinderen met overgewicht stijgen. Een groot deel hiervan is allochtoon. Deze groep kent een heel andere problematiek waar helaas nog geen pasklare oplossing voor beschikbaar is. Hieraan zal de komende jaren worden gewerkt”.

Katinka Huiskamp

## LITERATUUR

- Sermet-Gaudelus et al, Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr* 2000;72: 64-70. USA 2000 American Society for Clinical Nutrition.
- Kelly et al, Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. From the Department of Human Nutrition, University of Glasgow, Royal Infirmary, Glasgow, and Department of Surgery, Royal Infirmary, Glasgow, UK 1999; 4 August and 9 December in revised form.

kundig personeel bewuster geworden van de gevolgen die ondervoeding met zich meebrengt. Zij leggen nu eerder de link tussen voeding en het genezingsproces. Vroeger vond men voeding heel vanzelfsprekend, nu wordt hiermee bewuster omgegaan”.

Anja Boot: “Het screenen is een standaardprocedure. Hoe de voedingsinterventie er vervolgens uitziet verschilt per persoon. Wij werken met gestandaardiseerde protocollen voor de verpleegkundigen. Als de uitslag van de screeningstest aangeeft dat kinderen hoog risico op ondervoeding hebben, wordt de kindardiëtist ingeschakeld”. “In overleg met de kinderarts wordt bekeken welke energie- of eiwitrijke voeding nodig is. Naast sondevoeding en drinkvoeding