Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Rode draad verbeterdoel medisch specialistische zorg (msz)

Ondervoeding: optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname

Utrecht, oktober 2026

Beeld: ANP / Flip Franssen

Inhoudsopgave

Gebruikte afkortingen 3

Context van het verbeterdoel 4

Ter inspiratie: Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) 5

Ter inspiratie: Dijklander Ziekenhuis 7

Gebruikte afkortingen

EPD	elektronisch patiëntendossier
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition
IC	Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MIS	managementinformatiesysteem
msz	medisch specialistische zorg
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NICU	Neonatale Intensive Care Unit
PG-SGA SF	Patient-Generated Subjective Global Assessment – Short Form
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire
STRONGkids	Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth kids
VVT	verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg

Deze Rode draad gaat over het verbeterdoel Ondervoeding. Dit document is bedoeld ter inspiratie voor zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten die mogelijk ondervoed zijn. Zowel voor, tijdens als na een klinische opname.

Inspiratie voor verbetering

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) organiseerde de online inspiratiesessie 'Ondervoeding: optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname' op 5 oktober 2026. Meer dan honderd zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers uit verschillende ziekenhuizen namen deel. Zoals ieder jaar leidde een expert de inspiratiesessie in. Daarna vertelden sprekers van twee ziekenhuizen – het LUMC en Dijklander Ziekenhuis – over hun goede voorbeelden, successen en uitdagingen. Deelnemers stelden vragen in de chat en deelden eigen voorbeelden.

Context van het verbeterdoel

Waarom aandacht voor ondervoeding niet af mag zwakken
Prof. dr. Koen Joosten is kinderarts in het Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis. Hij is daar voorzitter van de voedselkwaliteitcommissie. Daarnaast is hij lid van de programmaraad van het Kenniscentrum Ondervoeding en lid van de werkgroep van het verbeterdoel Ondervoeding. Koen start met een alarmerend feit: ondervoeding blijft een hardnekkig probleem. Bij ongeveer 15% van de volwassen patiënten wordt in het ziekenhuis ondervoeding vastgesteld. Bij kinderen ligt dit percentage zelfs nog iets hoger – ongeveer 20% (ofwel één op de vijf) van de kinderen die het ziekenhuis binnenkomen, blijkt ondervoed te zijn.

Van 2008 tot 2020 werd de kwaliteitsindicator ondervoeding uitgevraagd. Die leidde tot verbeteringen zoals betere screening (van 50% naar 80% bij kinderen). Toch bleef er werk te verzetten, met name in de implementatie van screening, evaluatie en verbetering van de voedingszorg en in de ketenzorg na ontslag. Sinds 2023 helpt het verbeterdoel daarbij.

Stand van zaken rond belangrijke thema's

Koen vertelt dat twee thema's goed lopen: de oprichting en versterking van voedingscommissies en verbetering van screening op ondervoeding. De screening is tegenwoordig grotendeels geïntegreerd in het EPD. Ziekenhuizen zijn inmiddels begonnen met gerichte poliklinische screening van risicogroepen. Ook positief is dat de onderwerpen preoperatieve screening en vroegtijdige voedingsinterventies worden genoemd als aandachtspunten voor de toekomst. Hetzelfde geldt voor implementatie van internationaal afgesproken GLIM-criteria voor diagnose van ondervoeding. Een andere positieve ontwikkeling is dat veel instellingen werken aan eiwit- en energierijke voedingsconcepten. Daarnaast is er meer aandacht voor maaltijdoptimalisatie. De actualisatie van de succesfactoren voor patiëntenvoeding en Goede Zorg Proef Je helpen hierbij, ook bij vragen omtrent meer plantaardig eiwit.

Volgens Koen hebben twee andere thema's meer aandacht nodig. De eerste is implementatie van multidisciplinaire samenwerking, concreet gemaakt in nieuwe protocollen waarin verantwoordelijkheden van artsen, verpleegkundigen en diëtisten beter zijn vastgelegd. Het tweede onderbelichte thema is verbeterde continuïteit van zorg na ontslag. Slechts 5 op de 67 ziekenhuizen geeft expliciet aan dat ze de overdracht met betrekking tot de voedingszorg naar huisarts of eerstelijnsdiëtist op orde hebben.

Knelpunten

De overdracht van de voedingszorg na ontslag kent nog een tekortkoming: hij is onvoldoende gestandaardiseerd. Het is volgens Koen één van de diverse knelpunten die zich binnen ziekenhuizen op verschillende niveaus bevinden: die van de logistiek, het personeel en de patiënt. Een ander knelpunt is dat de screening vóór de opname achterblijft, hoewel ziekenhuizen zich hier wel bewust van zijn. Ook zijn

kennis, bewustwording en scholing niet altijd toereikend waardoor ondervoeding gemist kan worden. En ten slotte worden behandel- en voedingsdoelen niet altijd duidelijk vastgelegd.

Voeding als integraal onderdeel van zorg

Het is zaak om deze knelpunten aan te pakken. Want, benadrukt Koen in zijn antwoorden op enkele vragen die hij krijgt, voeding is niet een bijzaak, maar een essentieel onderdeel van de medische behandeling die continu aandacht verdient. “Er zijn talloze studies die laten zien dat een ondervoede patiënt een slechtere uitkomst heeft als het gaat om bijvoorbeeld wondgenezing en infecties en ondervoede patiënten blijven langer in het ziekenhuis. En, minstens zo belangrijk, na ontslag is er thuis ook een belangrijk herstelmoment.” Adequate voeding – in combinatie met beweegtherapie – brengt patiënten sneller terug op het niveau waar ze waren voordat ze ziek werden.

Koen stelt dat een multidisciplinaire aanpak nodig is, waarbij facilitair zorgmedewerkers, verpleegkundigen, diëtisten, logopedisten en artsen samen aan voedingsconcepten werken. Nieuwe ontwikkelingen zoals AI kunnen helpen de registratie van de inname van voedingsmiddelen te registreren. “Er is nu veel meer mogelijk dan toen we met screenen begonnen.”

Tip: Houd rekening met factoren die voedingsinname belemmeren

“Zijn we ons genoeg bewust van de reden waarom een patiënt onvoldoende eet?”, vraagt Koen. “Rond kennis en bewustwording op patiëntniveau valt nog heel veel winst te behalen. Ook bij het hele team rond de patiënt, want dat hoort te weten waarom hij op dat moment niet wil eten. Je kunt hem wel een bord voorzetten, maar als hij niet eet omdat hij een medicatiebijwerking, misselijkheid of angst heeft, dan zijn we ook niet goed bezig.”

Ter inspiratie: Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

Het LUMC startte een project om de screening op ondervoeding efficiënter te maken. Herma Hollander, hoofd van onder andere de dienst Diëtetiek, en Marlies Lagendijk, diëtist, vertellen hier graag meer over. Met het ZonMw-project Screen-Slim streeft het LUMC naar een situatie waarbij slimme triage en samenwerking in de keten leiden tot passende zorg. In de pilot gebruikt het LUMC nu de PG-SGA Short Form (SF) op oncologische afdelingen. Dit screeningsinstrument sluit beter aan bij hoogrisicogroepen dan de traditionele tool MUST. Uitgangspunt is dat de verpleegkundige eigenaar is van het screeningsproces. De focus ligt op handelen en minder op afvinken.

Het LUMC screent daarnaast al lange tijd met MUST. Elke afdeling kan op het kwaliteitsdashboard het percentage gescreende patiënten zien en het percentage ondervoede patiënten dat onder behandeling is van de diëtist. Herma: “Dat dashboard houden we nog steeds in de lucht, omdat afdelingen er heel eenvoudig op kunnen zien waar ze mee bezig zijn en wat ze kunnen verbeteren.” Tegelijkertijd kent MUST een aantal belangrijke tekortkomingen. “Het is erg getalsmatig. We vonden ook dat we te weinig regie bij de verpleging hadden liggen en die zag screening ook als een administratieve last.”

> “*We wilden zorgen dat de juiste patiënt op het juiste moment bij de diëtist terechtkomt*”

Herma en haar collega’s van Diëtetiek vonden dat oncologiepatiënten om een meer patiëntgerichte benadering vragen. “Als een patiënt negatief scoort op ondervoeding, wil dat niet zeggen dat die verder geen begeleiding nodig heeft. We wilden zorgen dat de juiste patiënt op het juiste moment bij de diëtist terechtkomt. Maar niet iedere patiënt kan bij Diëtetiek terecht. Dus keken we wanneer we het screenen kunnen overslaan: bijvoorbeeld op de IC, NICU of bij hoofd-halsradiotherapie,

waar patiënten al tot een hoogrisicogroep behoren. Slim screenen betekent soms ook níét screenen."

Regie bij verpleegkundige

Om tot betere screening te komen, startte het LUMC meerdere verbeteringen, waarvan Screen-Slim er één is. Herma noemt drie belangrijke uitgangspunten daarvan: "Zorg ten eerste dat je een instrument gebruikt dat past bij de patiëntengroep. Leg het eigenaarschap vervolgens bij verpleegkundigen en zorg er ten slotte voor dat je vervolgzorg organiseert na de screening." De pilot met PG-SGA SF op de oncologische verpleegafdeling is een concrete invulling daarvan. Daar bestaan een hoog risico op ondervoeding en complexe voedingsproblemen, terwijl MUST onvoldoende behandelingsperspectief biedt.

Mede op basis van onderzoeken van het Kenniscentrum Ondervoeding viel de keuze op screeningsinstrument PG-SGA SF. "Het neemt alle drie domeinen van ondervoeding mee – voedingsinname, lichaamssamenstelling en functioneren", vertelt Marlies. Ook houdt het rekening met ziekte- en risicofactoren. De verpleegkundige voert de screening uit, interpreteert de resultaten en zet vervolgacties in, zoals doorverwijzing naar een diëtist. Die laatste is consultatief beschikbaar, verzorgt scholing en klinische lessen en ondersteunt bij de interpretatie van de uitkomst – want de getallen zijn heel anders dan bij MUST.

> "*Onze belangrijkste les: een nieuwe tool heeft alleen effect als de gebruiker eigenaar is van het proces*"

"We kozen ervoor om die pilot te starten met de overgang van ons HiX custom made dossier naar het standaard contentdossier", zegt Marlies. "De verpleegkundigen vullen de vragenlijst nu nog in in het dossier bij opname, maar we hebben de wens om hem vóór de opname via het patiëntportaal aan te bieden. De vragenlijst kan patiënten thuis motiveren om goed te blijven eten, en ze informeren over risicofactoren bij ondervoeding."

Juiste zorg op de juiste plek

Tastbare resultaten van de pilot zijn nu al dat er meer eigenaarschap is over het screeningproces, de screening dichter bij de patiënt plaatsvindt en dat de borging in de dagelijkse praktijk beter is. Maar er wordt op meer plekken in het LUMC geëxperimenteerd. Ook op de polikliniek oncologie en longoncologie werd een aantal zaken in het verbeterproces opgenomen. Herma: "Na actieve screening door verpleegkundigen volgt triage, waarbij relatief eenvoudige voedingsproblematiek overgedragen wordt naar de eerste lijn. Complexe oncologische voedingsproblematiek blijft bij ons. Daarmee willen we zorgen dat de juiste zorg op de juiste plek is en dat wij alleen ziekenhuiszorg leveren waar nodig. Zodat wij voldoende capaciteit houden voor complexe patiënten."

> "*Voor ons is screening pas succesvol als vervolgzorg geregeld is*"

Ondervoeding stopt echter niet bij ontslag, realiseren ook Herma en Marlies zich. "Voor ons is screening pas succesvol als vervolgzorg geregeld is. Daarom kiezen we voor een warme overdracht van de zorg, van diëtist naar diëtist in plaats van alleen een vermelding in de ontslagbrief. Of een overdracht naar eerstelijnsdiëtist, VVT of revalidatie, afhankelijk van de zorgvraag. Specialistische LUMC-zorg geven we alleen zolang als nodig. Belangrijk is dat we duidelijke afspraken maken over wie de behandeling overneemt. Wij dragen niet alleen informatie over, maar ook de verantwoordelijkheid voor het vervolg van de voedingszorg."

Verbeteren is een continu proces

Het proces verloopt nog niet perfect, erkent Herma. "Maar wij zien het screenen en behandelen van ondervoeding, net als het verbeteren daarvan, als een continu proces. Het verbeterdoel zet ons aan om na te denken over wat er goed gaat en waar we nog kunnen verbeteren." Hun presentatie eindigt met deze dikgedrukte zin: 'Niet méér screenen, maar slimmer screenen.'

Ter inspiratie: Dijklander Ziekenhuis

Een trio van het Dijklander Ziekenhuis in Hoorn en Purmerend neemt het stokje over van het LUMC-duo. Diëtist Anne Mijzen, internist-oncoloog Marieke Schooneman en kinderarts en medisch manager kwaliteit Coby Bilijam zijn uitgenodigd voor deze inspiratiesessie vanwege het ziekenhuisbrede voedingsteam dat is opgericht om de klinische voedingszorg te optimaliseren. Het voedingsteam is uitgesproken multidisciplinair: er zitten uiteraard diëtisten in, verpleegkundigen, verschillende artsen en een centrumhoofd, teamleider, apotheker en kwaliteitsmedewerker.

> "*We maakten van ondervoeding een kwaliteitsthema, zodat het ziekenhuisbreed regelmatig aandacht krijgt*"

"Het voorkomen en behandelen van ondervoeding is niet alleen een verbeterdoel bij ons: we maakten er zelfs een kwaliteitsthema van, zodat het ziekenhuisbreed regelmatig aandacht krijgt", zegt Anne. Ze vertelt dat volwassen patiënten in het Dijklander Ziekenhuis gescreend worden met de SNAQ-vragenlijst. "Bij een SNAQ-score van 3 of hoger gaat er een automatische consultaanvraag naar diëtisten. Voordeel is dat we op deze manier zo min mogelijk patiënten missen. Nadeel is het hoge aantal aanvragen dat bij ons terechtkomt."

Voorlichting en tussendoortjes

Om te zorgen dat het voedingsteam genoeg tijd en aandacht heeft voor complexere patiënten, is het begin dit jaar gestart met een pilot. Daarin krijgen patiënten die waarschijnlijk relatief snel zullen herstellen een voedingsvoorlichtingsfilmpje te zien, waarbij eetadviezen voor tijdens de opname, maar ook erna gegeven worden. Daarnaast krijgen ze drie keer per dag een energie- en eiwitverrijkt tussendoortje. De servicemedewerkers kunnen daarbij kiezen uit een door het voedingsteam opgestelde menukaart.

Anne: "Vervolgens toetsen we of deze patiënten voldoende innemen door middel van de MEET & WEET-registratielijsten. Daarmee kun je heel makkelijk puntsgewijs scoren hoeveel eiwitten een patiënt binnenkrijgt. De verpleegkundige kan dit zelf ook beoordelen en, als iemand waarschijnlijk te weinig inname heeft, opnieuw naar ons verwijzen." Deze tool zet het voedingsteam al langer in bij patiënten zonder SNAQ-score, zegt Anne. "Omdat we weten dat oudere patiënten met een lage score wel degelijk risico lopen op ondervoeding." Ze voegt nog toe dat er twee keer per jaar een overleg is met de eerstelijnsdiëtisten, met als doel de lijntjes kort te houden. "We verzorgen daarbij ook casuïstiek en scholing."

Kinderen zo nodig langer gevolgd

Coby vertelt over het beleid bij kinderen: "Bij elke opname doen we een screening door middel van de STRONGkids. Ook meten we gewicht en lengte. Beide nemen we mee tijdens de dagelijks visites. Bij een matig verhoogd risico op ondervoeding, bieden we in overleg met Diëtetiek tussendoortjes aan. Verder registreren we de voedingsinname. Tijdens elke visite is er aandacht voor voeding en wordt zo nodig ook de inname verder aangepast." Bij een verhoogd risico op ondervoeding wordt de diëtist binnen 24 uur ingeschakeld en maakt Diëtetiek een individueel voedingsbehandelplan. Als kinderen het ziekenhuis verlaten, krijgen ze een voedingsadvies mee. Ook is er een poliklinische follow-up door de kinderarts bij kinderen met ondervoeding of een verhoogd risico daarop. Als het nodig is, worden ze overgedragen aan de eerstelijnsdiëtetiek of kijkt het multidisciplinaire eetteam mee.

> "*Vakgroepen en afdelingen kunnen elkaars resultaten bekijken: "Als een andere afdeling iets veel beter doet, dan kun je daar te rade gaan*"

Vergelijken en van elkaar leren

Coby vertelt dat het team het voedingsbeleid analyseert en beoordeelt met een managementinformatiesysteem (MIS). Dat maakt de screening per specialisme, locatie en periode inzichtelijk, net als het percentage ondervoede patiënten. “We voegden benchmarkgegevens toe, zodat we weten wat er van ons wordt verwacht en waar we staan.” Vakgroepen en afdelingen kunnen elkaars resultaten bekijken, zodat vergelijken en van elkaar leren mogelijk is. “Als een andere afdeling iets veel beter doet, dan kun je daar te rade gaan.”

Inspelen op veranderingen dankzij rapportage

Uit de monitoring met het MIS komen een paar acties en verbetermaatregelen voort. Scores worden bijgehouden op verbeterborden op de afdelingen. Coby: “En we nemen de resultaten op in een rapportage die drie keer per jaar wordt gedeeld met afdelingen, vakgroepen en management. Ons MIS geeft zo de mogelijkheid om jaarrond actie te ondernemen op grond van veranderingen in de indicatoren.” Een verbeterpunt is momenteel de preoperatieve screening op de polikliniek. Hier vindt nog geen actie plaats als blijkt dat een patiënt ondervoed is, vanwege de korte tijdsduur tussen polibezoek en operatie.

Ten slotte geeft Marieke een kort overzicht van de verbetermaatregelen waar het voedingsteam zich op richt: het verder ontwikkelen van de expertisefunctie, waarbij het vraagbaak wil blijven. En het verbeteren van de positionering binnen het ziekenhuis, met name binnen lopende projecten rond gezonde voeding en leefstijl.