

AGENDA ONDERVOEDING^{NL}

Met dank aan:

ANITA ISAKU-MANASIJEV (VILANS) ANJA EVERS (KCO) ANJO GELUK (DENKTANK 60+ NOORD) ANNE LUTGERINK (VOEDINGSCENTRUM) ANNEKE MELS (PARKINSONNL) ANNELIES HALM (NVLF) BIANCA ROOTSAERT (NVD) CAROLIEN FRENKEL (VNFKD) CHANTAL VAN HEESWIJK (DC010) DEBBIE TEN CATE (V&VN) ELIEN PETERSE (KNMP) ELKE NAUMANN (HAN/KCO) ELS VAN GURP-HAM (VOEDINGSCENTRUM) EVA LODEWIJKS (OPELLA) HANNEKE DE BOER (MANTELZORGNL) HARRIËT JAGER-WITTENAAR (RADBOUDUMC/HANZE) HERMA HAKKER (STICHTING HUMANITAS) HINKE KRUIZENGA (AMSTERDAMUMC) IRENE MOMMERS (BEBRIGHT) JACQUELINE KREMER (KINDERHULP) JOLIEN KOOPMAN (VELIGHEIDNL) JOS SCHOLS (VERENSO/MUMC) KAREN FREIJER (ERASMUS MC) KARIN HEIJBLOM (KNGF) LIDEWIJ KUIPER (BEBRIGHT) LIEKE VISSER (NFK) LIESBETH SCHUIJS-VAN LEEUWEN (DIEK EN DUMC) LINDA VAN DER PALEN (HVA) LINDA VAN ZONSBEEK (NBC) LOES SCHUT (ERGOTHERAPIE NEDERLAND) LON CLAASSEN (NATIONAAL FONDS TEGEN KANKER) LOWIE TE DORSTHORST (LORENZ) MARIAN DE VAN DER SCHUEREN (HAN/WUR) MARINKA LAUTENBACH (ZORGGROEP GRONINGEN) MARJOLEIN VISSER (VU AMSTERDAM) MARJOLEIN WIKKERMAN (NVD) MARTINE SEALY (HANZE) MENRIKE MENKVELD (ALLIANTIE VOEDING IN DE ZORG) MICHELLE VAN ROOST (BGN) NICOLE GRAS (MINISTERIE VWS) OLGA BENJAMIN (NKD) PATRICIA SEITZINGER (HVA) PETRA SLOOT (NVLF) PETRA VERHOEF (VOEDINGSCENTRUM) ROBERT GREENE (HUNGERNDTHIRST) SANDER BALJÉ (MINISTERIE VWS) SANDRA BEIJER (IKNL/MUMC) SASKIA KLEIN VELDERMAN (NVM) SYLVIA ELZING (NUTRICIA) THEO SPAAN (PDSB) TOM SCHOEN (PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND) TONNIE VAN GENUGTEN (HHS) WILKE VAN ANSEM (ZONMW) WILLEMIJN MEIJER (NIVEL)

Voorwoord

Ondervoeding is een vaak onderschat, maar belangrijk vraagstuk van deze tijd. Het raakt aan vitaliteit en gezondheid, maar evenzeer aan zelfstandigheid, waardigheid en kwaliteit van leven. Te vaak wordt ondervoeding pas herkend wanneer de gevolgen al groot zijn: verlies van kracht, verminderde deelname aan het dagelijks leven, onnodige complicaties en een verhoogd risico op overlijden. Tijdige diagnose en werken aan voorkomen of behandeling van ondervoeding vraagt inzet van veel verschillende kanten. Daarom zijn aandacht, bewustzijn en samenwerking nodig.

De urgentie is onmiskenbaar. Honderdduizenden Nederlanders leven met (het risico op) ondervoeding. Het is een probleem dat zich niet laat vangen binnen één groep of plek, maar zichtbaar wordt bij ouderen, kinderen, mensen met een chronische aandoening en iedereen die zich in kwetsbare omstandigheden bevindt. Het is een maatschappelijke opgave die de hele samenleving raakt.

Samen met heel veel organisaties geloven we dat de grootste winst ligt in het voorkomen van ondervoeding. Door mensen te ondersteunen bij voeding, door een omgeving te scheppen waarin passende voeding vanzelfsprekend is en door sociale verbanden te versterken. Tegelijk is tijdige signalering essentieel, evenals een persoonlijke behandeling die rekening houdt met verschillen in cultuur, gezondheidstoestand en leefwereld.

Deze agenda kijkt vooruit. De doelen die we samen maakten worden bereikt door verschillende bestaande en nieuwe initiatieven te verbinden vanuit de met elkaar afgestemde richting. Beleidsmakers, professionals en burgers: ieder heeft zijn rol en verantwoordelijkheid. De weg naar 2035 vraagt om vasthoudendheid en om het bundelen van kennis en ervaring die er al is. Wat telt, is dat wij samen de keuze maken om meer structureel en met overtuiging het onderwerp ondervoeding aandacht te geven bij werken aan welzijn en gezondheid van mensen.

Met deze agenda willen wij het gesprek openen, de krachten bundelen in lijn met de doelen en een duurzame verandering in gang zetten. Uit zorg voor allen die nu en straks gebaat zijn bij meer gezondheid, meer kracht en waardig leven.

Bianca Rootsaert — Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Petra Verhoef — Voedingscentrum

Den Haag, september 2025

Metadoel

Minder mensen met ondervoeding

Minder belasting
van het zorgsysteem



Meer kwaliteit
van leven voor
kwetsbare mensen

Meer mensen kunnen
meedoen in de maatschappij

Doelen

Onderstaande gekleurde bolletjes corresponderen met de categorieën van beroepsgroepen op de volgende pagina en geven aan welke groepen met welk doel aan de slag kunnen.

Bewustwording en beleid

Signalering

Screening, diagnostisering, behandeling

1



In 2035 zijn volwassenen zich bewust van wat ondervoeding is, hoe ondervoeding ontstaat, welke signalen erop wijzen en wat volwassenen zelf kunnen doen om het te voorkomen of aan te pakken.

2



In 2035 zijn mensen uit risicogroepen zich bewust van hun verhoogde kans op ondervoeding en weten welke passende acties ze kunnen ondernemen om dit te voorkomen of aan te pakken.

3



In 2035 voelen wijkprofessionals in de eerstelijnszorg, het sociaal domein en binnen woonzorglocaties in de wijk zich verantwoordelijk voor het signaleren van risicofactoren op ondervoeding en ondernemen zij daarop passende acties.

5



In 2035 screenen zorgprofessionals tijdens de gehele cliënt/patiëntreis structureel en uniform op risicofactoren voor en kenmerken van ondervoeding en ondernemen bijbehorende acties.

6



In 2035 wordt ondervoeding structureel en uniform gediagnosticeerd in alle zorgsettings onder de regie van de diëtist.

7



In 2035 worden cliënten/patiënten en mantelzorgers betrokken bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan en zijn gepersonaliseerde behandelingen van (risico op) ondervoeding onderdeel van de totale behandeling.

4



In 2035 wordt het belang van het voorkomen van ondervoeding breed uitgedragen en is preventie structureel verankerd in het publieke gezondheidsbeleid en in het beleid van alle betrokken partijen.

8



In 2035 is de behandeling van (risico op) ondervoeding structureel geïntegreerd in de zorgstrategieën, protocollen en het kwaliteitsbeleid van alle zorginstellingen en –organisaties.

Nederlanders → eigen regie

Professionals → ondersteuning en zorg

Beleidsmakers → randvoorwaarden

Betrokken (beroeps)groepen

Niet uitputtend

Medisch

- Apotheker
- Arts
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Klinisch technoloog
- Orthopedagoog-generalist
- Physician assistant
- Psychotherapeut
- Tandarts
- Verloskundige
- Verpleegkundige

Paramedisch

- Apothekersassistent
- Diëtist
- Doktersassistent
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Huidtherapeut
- Klinisch fysicus
- Logopedist
- Medewerker jeugdzorg
- Mondhygiënist
- Oefentherapeut
- Optometrist
- Orthoptist
- Podotherapeut
- Praktijkondersteuner Huisarts (POH)
- Psycholoog
- Radiodiagnostisch laborant
- Radiotherapeutisch laborant
- Tandprotheticus
- Verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG'er)

Coördinatie & dagelijks leven

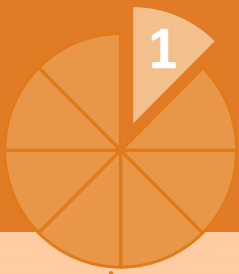
- Activiteitenbegeleider
- Begeleider maatschappelijke zorg
- Casemanager
- Gastvrouw/gastheer
- Geestelijk verzorger
- Gewichtconsulent
- Helpende (plus)
- Huishoudelijke hulp
- Kok (in zorginstelling)
- Leefstijlcoach
- Medewerker consultatiebureau
- Medewerker kinderopvang/BSO
- Sociaal werker
- Voedingsassistent

Kennis & beleid

- Ambtenaar
- Beleidsmaker, -adviseur en -uitvoerder
- Bestuurder en manager
- Docent
- Kwaliteitsfunctionaris
- Medewerker kennisinstituut
- Onderzoeker
- Voedingsvoorlichter

Informeel

- Burger (naasten, bureu)
- Cliënt/patiënt zelf
- Mantelzorger
- Vrijwilliger



In 2035 zijn volwassenen zich bewust van wat ondervoeding is, hoe ondervoeding ontstaat, welke signalen erop wijzen en wat volwassenen zelf kunnen doen om het te voorkomen of aan te pakken.

Norm

In 2035 is het percentage volwassenen dat zich bewust is van ondervoeding aantoonbaar gestegen.



Huidige situatie

- De kennis over ondervoeding onder Nederlandse volwassenen is beperkt, evenals het inzicht in risicofactoren.
- Publieke communicatie over ondervoeding is schaars.
- In Nederland wordt het ondervoedingsbewustzijn van ouderen op diverse plekken in kaart gebracht.
- Het begrip 'ondervoeding' wordt regelmatig verkeerd geïnterpreteerd en geassocieerd met situaties in ontwikkelingslanden of oorlog.



Oorzaken van situatie

- Er is onvoldoende structurele aandacht voor ondervoeding in de samenleving.
- Desinformatie over voeding op sociale media draagt bij aan verwarring.
- Volwassenen zijn onbekend met het 'probleem' en de 'gevolgen' van ondervoeding. Afvallen wordt bij kwetsbare groepen vaak niet als risicovol ervaren, terwijl aankomen wél als negatief wordt gezien.



Beoogde verandering

- Volwassenen zijn zich bewust van wanneer en hoe ondervoeding kan ontstaan op specifieke momenten in hun leven en dat van hun naasten. Zij weten dat aandoeningen of veranderende omstandigheden kunnen vragen om aanpassing van hun voedingspatroon.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Ontwikkelen en implementeren van een communicatiestrategie gericht op structurele en brede publieksvoorlichting (gezondheidsvoorlichting/marketingcommunicatie), zowel online als offline, in publieke én zorgomgevingen en hierop samenwerken met partners binnen en buiten de zorg (bijv. retail).
- Versterken van de communicatie-infrastructuur zodat informatie over ondervoeding continu beschikbaar, herkenbaar en betrouwbaar is.
- Vergroten van de zichtbaarheid van bestaande betrouwbare bronnen zoals het Voedingscentrum.
- Toetsen en waar nodig doorontwikkelen van de Malnutrition Awareness Scale (MAS) voor toepassing bij alle volwassenen.

Effecten

Impact

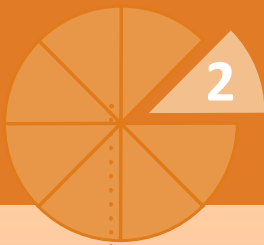
Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

Nader uit te werken



In 2035 zijn mensen uit risicogroepen zich bewust van hun verhoogde kans op ondervoeding en weten welke passende acties ze kunnen ondernemen om dit te voorkomen of aan te pakken.

Norm

In 2035 is het percentage mensen uit risicogroepen dat zich bewust is van hun verhoogde kans op ondervoeding aantoonbaar gestegen.



Huidige situatie

- Veel mensen binnen risicogroepen hebben beperkte kennis van hun verhoogde risico op ondervoeding.
- Ondervoeding wordt vaak niet herkend als een relevant gezondheidsprobleem; het wordt ervaren als een 'ver-van-mijn-bedshow'.



Oorzaken van situatie

- Onvoldoende structurele en continue voorlichting gericht op risicogroepen.
- Voorlichting sluit vaak niet aan bij de belevingswereld en het begripsniveau van de doelgroep.
- Veel verwarrende en foutieve informatie over voeding en ondervoeding circuleert op sociale media en online platforms.



Beoogde verandering

- Mensen met een verhoogd risico op ondervoeding én hun naasten of mantelzorgers zijn alert op signalen en risicofactoren, en ondernemen zelf actie waar nodig.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Opstellen van een communicatiestrategie en bouwen van een infrastructuur voor structurele, doelgroepgerichte voorlichting (culturen, talen, laaggeletterdheid,..) via diverse kanalen (gezondheidsvoorlichting/marketingcommunicatie).
- Introduceren en promoten van zelftesten bij risicogroepen.
- Inrichten van een (online) laagdrempelig steunpunt voor risicogroepen (aansluitend op bestaande professionele helpdesks).
- Inzetten van sociale netwerken en organisaties om doelgroepen effectief te bereiken.

Effecten

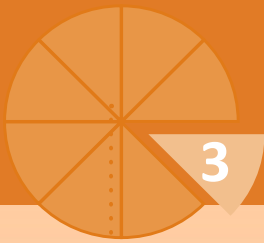
Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing



In 2035 voelen wijkprofessionals in de eerstelijnszorg, het sociaal domein en binnen woonzorglocaties in de wijk zich verantwoordelijk voor het signaleren van risicofactoren op ondervoeding en ondernemen zij daarop passende acties.

Norm

In 2035 worden signalen vaker herkend en opgevolgd. Ondervoeding wordt in 2035 regelmatig besproken in een interprofessioneel teamoverleg in de wijk.



Huidige situatie

- Ondervoeding wordt nog te weinig gesignaleerd.
- Beschikbare tools en interventies, zoals Goed Gevoed Ouder Worden en de signaleringskaart (ontwikkeld en beheerd door het Kenniscentrum Ondervoeding) voor het sociaal domein, worden beperkt gebruikt.
- Bij interprofessionele samenwerking zijn taken en rollen ten aanzien van signaleren van risicofactoren op ondervoeding en ondernemen van passende actie onvoldoende duidelijk.



Oorzaken van situatie

- Sociaal domein en zorgdomein zijn onvoldoende met elkaar verbonden, waardoor signalen op ondervoeding verloren gaan.
- Professionals voelen zich niet altijd toegerust om het gesprek over voeding te voeren met mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP), andere culturele achtergronden of handicap/aandoening.



Beoogde verandering

- Professionals in de wijk (zorg en welzijn) zijn alert op risicofactoren voor ondervoeding en nemen bij signalering gericht en adequaat actie. Dit betreft wijkprofessionals in de eerstelijnszorg, het sociaal domein, binnen woonzorglocaties in de wijk of speciaal onderwijs.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Ondervoeding een structureel en geïntegreerd onderwerp maken maken van het multidisciplinair overleg (MDO) en multidisciplinair netwerk overleg (MNO) in de wijk – hechte wijkverbanden.
- Vergroten van kennis over risicofactoren en stimuleren van gebruik van signaleringskaarten binnen het sociaal domein.
- Versterken van het handelingsvermogen van professionals om in gesprek te gaan met mensen met een lage SEP of andere achtergronden.
- Helder maken van taken en rollen in het interprofessionele team bij het signaleren van risicofactoren op ondervoeding en ondernemen van passende actie.
- Meer aandacht voor (risico op) ondervoeding binnen het onderwijs – initiële opleidingen.
- Vergroten van kennis en bijscholen van wijkprofessionals.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing



In 2035 wordt het belang van het voorkomen van ondervoeding breed uitgedragen en is preventie structureel verankerd in het publieke gezondheidsbeleid en in het beleid van alle betrokken partijen.

4

Norm

In 2035 is de preventie van ondervoeding expliciet opgenomen in beleidsdocumenten, voorzien van handelingsperspectieven en randvoorwaarden. Tevens verschijnen er meerdere keren per jaar publicaties over ondervoeding, waaronder prevalentiecijfers, in zowel publieke als professionele media.



Huidige situatie

- Ondervoeding wordt weinig geadresseerd in beleidsstukken.



Oorzaken van situatie

- Ondervoeding krijgt binnen beleid doorgaans beperkte aandacht en is zelden een prioriteit. Beleidsmakers beschikken niet altijd over voldoende kennis van de gevolgen en impact.
- Er is geen duidelijke probleemeigenaar en landelijk beleid op het thema ondervoeding ontbreekt.
- Door gebrekkige monitoring zijn cijfers beperkt beschikbaar, waardoor de urgentie onvoldoende zichtbaar is.



Beoogde verandering

- Beleidsmakers erkennen ondervoeding als een relevant maatschappelijk probleem en weten wat zij hierover kunnen opnemen in hun beleidsstukken.
- Het thema is structureel opgenomen in gezondheidsbeleid zoals het Samenhangende preventiestrategie (NPA), IZA/AZWA (GALA), gemeentebestuur, regioplannen, visies, meerjarenplannen en kennisagenda's van beroepsgroepen en alle betrokkenen van de Agenda Ondervoeding NL (stuurgroep, klankbordgroep en expertgroep).
- Er is gedeelde verantwoordelijkheid voor de realisatie van samenhangend regionaal en landelijk beleid op preventie van ondervoeding.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Advies/handelingsopties bieden aan beleidsmakers en –uitvoerders.
- Ondervoeding op de kaart zetten bij de politiek.
- Verzamelen van data en publiceren van prevalentiecijfers om beleidsadvies te onderbouwen.
- Prevalentie van ondervoeding meenemen in andere monitoring.
- Ondervoeding een onderwerp maken aan Regionaal Eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV) tafel en van het multidisciplinair overleg (MDO/MNO) in de wijk – hechte wijkverbanden.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

In 2035 screenen zorgprofessionals tijdens de gehele cliënt/patiëntreis structureel en uniform op risicofactoren voor en kenmerken van ondervoeding en ondernemen bijbehorende acties.

5

Norm

In 2035 zijn er vastgestelde momenten waarop in zorgsettings wordt gescreend en op die momenten wordt ten minste 80% van de mensen gescreend. In 2035 is in alle zorgsettings beleidsmatig vastgelegd hoe screeningsuitslagen leiden tot concrete acties en hoe de opvolging daarvan wordt bewaakt.



Huidige situatie

- In Nederland wordt een veelheid aan screeningsinstrumenten toegepast. De resultaten hiervan sluiten onvoldoende op elkaar aan, wat leidt tot uiteenlopende risico-inschattingen.
- Preventieve signalering van risicofactoren vindt nog onvoldoende plaats.
- Chronische ondervoeding, die geleidelijk ontstaat, krijgt weinig aandacht.
- Er is te weinig aandacht en ondersteuning voor het vervolproces na screening; vervolgacties kosten tijd en die is voor zorgprofessionals vaak beperkt beschikbaar.
- Er is te weinig afstemming en samenwerking over lijnen heen.
- Binnen interprofessionele teams is er vaak onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, concrete taakafspraken ontbreken regelmatig.



Oorzaken van situatie

- Breder toepasbare tools zoals Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) zijn later beschikbaar geworden.
- Professionals ervaren een gebrek aan tijd om te handelen, waardoor de verantwoordelijkheid regelmatig wordt doorgeschoven naar de eerstelijnszorg.
- Het delen van screeningsinformatie verloopt via het delen van gegevens uit Elektronisch Patiënten/Cliënten Dossier (EPD/ECD) systemen en dat bemoeilijkt de overdracht van gegevens tussen zorginstellingen.



Beoogde verandering

- Professionals beschikken over brede kennis van de impact van ondervoeding op behandelresultaten. Zij herkennen risicofactoren, kenmerken en risicogroepen, weten wat hun rol is bij screening, en weten wie ze wanneer moeten inschakelen of wanneer diagnostiek nodig is.
- In alle zorgsettings vindt frequente signalering van ondervoeding plaats.
- Waar mogelijk worden dezelfde instrumenten gebruikt in alle domeinen, die screenen op risicofactoren voor en kenmerken van ondervoeding.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Eén screeninginstrument kiezen dat geschikt is voor alle settings en populaties.
- Digitaal ondersteunen van screening zodat mensen en professionals minimaal belast worden. Vragen aan mensen integreren met bestaande informatievragen.
- Screeninguitslag (bron) registreren in bestaande systemen om dubbele uitvraag te voorkomen.
- Screening op (risico op) ondervoeding opnemen in richtlijnen van ouderenzorg, medisch specialisten, sociaal domein en gehandicaptenzorg. Coördinatie tussen zorgprofessionals en over lijnen heen inregelen.
- Screening aanpak uitbreiden in alle zorgsettings met 'vervolg handelingen' – handelingsperspectief in kaart brengen.
- Vaardigheden van zorgprofessionals trainen om gesprek te voeren over ondervoeding met cliënt/patiënt.
- Meer aandacht organiseren voor ondervoeding en screening op (risico op) ondervoeding binnen het onderwijs – initiële opleidingen.
- Vergroten van kennis en bijscholen van zorgprofessionals.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

In 2035 wordt ondervoeding structureel en uniform gediagnosticeerd in alle zorginstellingen onder de regie van de diëtist.

6

Norm

In 2035 wordt bij minimaal 80% van de personen met een (hoog) risico op ondervoeding door middel van stap 2 en 3 van de GLIM-procedure vastgesteld of er sprake is van ondervoeding en wordt de ernst bepaald.



Huidige situatie

- Stap 2 en 3 van de Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)-procedure wordt op dit moment onvoldoende volledig uitgevoerd, met name spiermassa en inflammatie worden vaak niet bepaald.



Oorzaken van situatie

- De implementatie van de GLIM-procedure is nog in ontwikkeling.
- Onvoldoende kennis over/ervaring met implementatieprocessen.
- Te weinig tijd voor diagnostiek door beperkte personele bezetting.
- Ondervoeding krijgt te weinig prioriteit binnen de organisatie.
- Er zijn operationele belemmeringen, zoals geen toegang tot objectieve methoden om de spiermassa te bepalen ("meetapparatuur niet beschikbaar"), onduidelijkheid over/gebrek aan afkapwaarde voor te lage spiermassa, moeilijkheden met vaststellen inflammatie, evalueren gewichtsverlies en beoordeling voedingsinname.



Beoogde verandering

- Door middel van het bepalen van gewichtsbepaling, BMI, spiermassa, inflammatie en voedingsinname/assimilatie wordt in de toekomst op een structurele en uniforme manier ondervoeding vastgesteld en gebruikt voor het opstellen van het behandelplan.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Implementatieplannen ontwikkelen voor het structureel en uniform vaststellen van ondervoeding.
- Vergroten van kennis en vaardigheden van implementatieprocessen.
- Opnemen van criteria in systemen, om gebruiksvriendelijkheid van de GLIM-procedure te verhogen.
- Scholing organiseren over GLIM-procedure in (post)HBO-onderwijs voor diëtisten.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

Nader uit te werken

In 2035 worden cliënten/patiënten en mantelzorgers betrokken bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan en zijn gepersonaliseerde behandelingen van (risico op) ondervoeding onderdeel van de totale behandeling.

Norm

In 2035 maken behandelplannen deel uit van het overkoepelende behandelplan of het interprofessioneel zorgplan.



Huidige situatie

- Behandeling van ondervoeding wordt vaak los gezien van de totale behandeling van een aandoening.
- Onvoldoende begrip en samenwerking over de lijnen heen, te weinig interprofessionele en transmurale samenwerking op ondervoeding.
- Er wordt te weinig overlegd met de cliënt/patiënt over zijn wens om wel/niet behandeld te worden bij ondervoeding.



Oorzaken van situatie

- Voeding en ondervoeding worden onvoldoende erkend als integraal onderdeel van behandeling en zorg.
- Er is te weinig aandacht voor de leefsituatie van de cliënt/patiënt, zoals de mogelijkheid om boodschappen te doen of maaltijden te bereiden, armoede en culturele overtuigingen.
- De kennis over de impact van ondervoeding op behandeluitkomsten is bij veel zorgprofessionals beperkt.
- Systeemgrenzen ('schottenproblematiek') belemmeren samenhangende zorg en continuïteit in voedingsbeleid
- ICT systemen sluiten niet op elkaar aan, waardoor informatie overdracht moeilijk is.



Beoogde verandering

- Er wordt interprofessioneel en transmuraal samengewerkt op basis van een gezamenlijk behandelplan voor ondervoeding.
- Cliënten/patiënten worden, samen met hun naasten, begeleiders en mantelzorgers, actief betrokken bij de behandeling. Daarbij wordt gestimuleerd dat zij, samen met hun sociale omgeving, zelf regie nemen waar mogelijk.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Inzetten op gepersonaliseerd advies en afgestemd op voedingsstatus, aandoening, wensen van persoon en zorgfase/prognostisch profiel (bv. palliatieve fase).
- Voorlichting en samen beslissen een plek geven in de behandeling.
- Werken met interprofessioneel en transmuraal behandelplan.
- Versterken van de samenwerking tussen sociale domein en zorg ten aanzien van de behandeling van ondervoeding.
- Ondervoedingsmodules opnemen in alle richtlijnen en behandeling van ondervoeding onderdeel van diverse zorgpaden maken.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

In 2035 is de behandeling van (risico op) ondervoeding structureel geïntegreerd in de zorgstrategieën, protocollen en het kwaliteitsbeleid van alle zorginstellingen en –organisaties.

Norm

In 2035 hebben alle zorginstellingen protocollen voor de behandeling van (risico op) ondervoeding met daarbij behorende kwaliteitsindicatoren.



Huidige situatie

- Er is te weinig tijd, kennis en middelen in zorginstellingen en –organisaties voor de behandeling van ondervoeding en er is te weinig flexibiliteit om diverse behandelvormen in te zetten.



Oorzaken van situatie

- Randvoorwaarden voor opvolging na screening en diagnostiek ontbreken; dit wordt als te kostbaar en complex ervaren.
- Voeding wordt vaak nog gezien als een 'hotelfunctie' in plaats van als essentieel onderdeel van verpleegkundige zorg. Het is aanbodgedreven in plaats van vraaggestuurd.
- De impact van behandeling van ondervoeding is onvoldoende zichtbaar en wordt niet systematisch aangetoond.



Beoogde verandering

- Het behandelen van ondervoeding is verankerd in het zorgbeleid van zorginstellingen en -organisaties.



Mogelijke oplossingsrichtingen

- Faciliteren van gepersonaliseerde voedingszorg.
- Opnemen van indicatoren in platforms zoals ZorgkaartNederland om instellingen onderling te vergelijken op het gebied van behandeling van ondervoeding.
- Vertalen van behandeling van ondervoeding (voedingszorg) naar passende bekostiging en contractafspraken.
- Implementeren van dashboards met doorlopende monitoringsinformatie op de kwaliteitsindicatoren bij 'protocollen'.

Effecten

Impact

Acties

Stakeholders

Lopende
initiatieven

Timing

Begrippenlijst

Begrip	Omschrijving	Bron
Ondervoeding	Een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten	Cederholm T, Barazzoni R, Austin P et al. Definitions and terminology of clinical nutrition: an ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr 2017;(1):49–64
Risicofactoren voor ondervoeding	Elke variabele die de voedingsstoffenbalans beïnvloedt en daarmee de kans op het ontstaan van ondervoeding vergroot	
Risicogroepen voor ondervoeding	Populaties die op basis van hun kenmerken of aanwezigheid van risicofactoren een verhoogde kans hebben om ondervoed te raken	
Voorkomen van ondervoeding	Het tijdig herkennen van risicofactoren en kenmerken van ondervoeding en het nemen van maatregelen om te zorgen dat iemand voldoende energie, eiwitten en andere voedingsstoffen binnenkrijgt om ernstig gewichtsverlies en verlies van spiermassa te voorkomen	
Signaleren van ondervoeding	Het tijdig herkennen van risicofactoren voor en signalen die erop wijzen dat iemand onvoldoende energie, eiwitten en andere voedingsstoffen binnenkrijgt waardoor gewichtsverlies en verlies van spiermassa kan ontstaan	
Screenen op risico op ondervoeding	Het systematisch opsporen van mensen die een verhoogde kans hebben om ondervoed te raken	
Screenen op ondervoeding	Het systematisch opsporen van mensen die ondervoed zijn	
Diagnosticeren van ondervoeding	Vaststellen van ondervoeding bij een persoon	
Behandelen van ondervoeding	Het verbeteren van de slechte voedingstoestand van een persoon met behulp van voedingsinterventies, al dan niet gecombineerd met andere typen interventies (bijvoorbeeld beweginginterventies, sociale interventies) om zo de inname van energie, eiwit en andere voedingsstoffen te optimaliseren	
Behandelplan	Een in samenspraak met cliënt/patiënt opgesteld plan, waarin de diagnose, hulpvraag, beperkingen, mogelijkheden en wensen, doelen, actieplan, evaluatie en rapportage worden beschreven	
Zorgsetting	Een onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines, die samen de manier van zorglevering bepalen	Nza. Informatiekaart settings in het zorgprestatie model. Via: https://puc.overheid.nl/doc/PU_C_659073_22/1
Cliënt-/patiëntreis	De volledige route die een cliënt/patiënt doorloopt: van klachten en verwijzing tot diagnose, behandeling en nazorg	
Interprofessionele samenwerking/team	Een samenwerkingsvorm waarbij meerdere professionals met verschillende professionele achtergronden zorg, begeleiding en ondersteuning aanbieden aan cliënten/patiënten. In dit proces worden de cliënt/patiënt en zijn sociale netwerk - als zij dat willen en er op dat moment toe in staat zijn - actief betrokken bij het hele proces van signalering, diagnostiek, keuze van behandeling, behandeling zelf, monitoring, nazorg en evaluatie om de hoogste kwaliteit van zorg te leveren binnen verschillende contexten	Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. Journal of Interprofessional Care 2013;27(1):4-9
Multidisciplinair overleg (MDO)	Een gestructureerde bijeenkomst waarin zorgprofessionals uit verschillende disciplines samenkomen om de zorg voor een specifieke cliënt/patiënt af te stemmen, te evalueren en te verbeteren	

Begrippenlijst

Begrip	Omschrijving	Bron
Multidisciplinair netwerkoverleg (MNO)	Een gestructureerd overleg, gericht op samenwerking tussen organisaties en professionals binnen een wijk, regio of netwerk, vaak zonder dat er direct een individuele cliënt/patiënt wordt besproken	
Hechte wijkverbanden	Een lokaal samenwerkingsverband waarin professionals uit zorg en sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid en het welzijn van wijkbewoners	Visie Eerstelijnszorg 2030
Regionaal Eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV)	Een samenwerkingsstructuur waarin eerstelijns professionals zich regionaal organiseren om samenhangende, toegankelijke en toekomstbestendige zorg te realiseren	Visie Eerstelijnszorg 2030
Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)-procedure	Een internationaal framework waarin de cliënt/patiënt eerst wordt gescreend op risico op ondervoeding, vervolgens bij een positieve screeningsuitslag de GLIM-criteria (lage body mass index, ongewenst gewichtsverlies, lage spiermassa, verminderde inname/assimilatie en inflammatie/ziektelast) worden toegepast en bij vastgestelde ondervoeding vervolgens de ernst van ondervoeding wordt bepaald	Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr 2019;38(1):1-9
Samenhangende preventiestrategie (NPA)	In juni 2025 afgesloten strategie die voortborduurde op het Nationaal Preventieakkoord van 2018	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/06/13/samenhangende-preventiestrategie
Integraal Zorgakkoord (IZA)	In september 2022 afgesloten akkoord tussen ministerie van VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten, patiëntenverenigingen en andere partijen	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg
AZWA (GALA)	In juli 2025 afgesloten akkoord die voortborduurde op het Gezond en Actief Leven Akkoord van 2023	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/03/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-onderhandelaarsakkoord
Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF)	Een screeningstool voor (risico op) ondervoeding	https://www.pt-global.org/
Malnutrition Awareness Scale (MAS)	Vragenlijst om ondervoedingsbewustzijn te meten bij ouderen	Visser M, Sealy MJ, Leistra E et al. The Malnutrition Awareness Scale for community-dwelling older adults: Development and psychometric properties. Clin Nutr 2024;43(2):446-452

