

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Gepersonaliseerde voedingszorg of standaardzorg?

Maarten R. Soeters en Hinke Kruizenga

Een optimale voedingstoestand van ziekenhuispatiënten is een van de belangrijkste voorwaarden voor een optimaal en efficiënt herstel tijdens een periode van ziekte. Ook in ontwikkelde landen is ondervoeding in zorginstellingen een aanzienlijk probleem dat leidt tot extra complicaties, een langere opnameduur en hogere kosten.¹ Recentelijk publiceerde *The Lancet* de resultaten van de EFFORT-studie.² In deze trial werd onderzocht of geïndividualiseerde voedingsondersteuning gericht op eiwit- en calorie-inname, het risico op nadelige effecten vermindert bij ondervoede patiënten in het ziekenhuis. Het onderzoek liet zien dat geïndividualiseerde voedingsondersteuning in het ziekenhuis zinvol is, maar ook dat écht gepersonaliseerde voedingszorg op dit moment nog niet gegeven wordt.

Eerder belichtten wij onder andere in dit tijdschrift dat het moeilijk is om ziekenhuispatiënten optimaal te voeden.^{3,4} Enerzijds leidt het ziekteproces tot een grotere energiebehoefte. Anderzijds leidt anorexie tijdens een periode van ziekte tot een lagere voedingsinname. Deze combinatie resulteert in eiwitafbraak en een afname van de spiermassa, wat versterkt wordt door inactiviteit. Ook zijn artsen onvoldoende geschoold om voedingsproblemen het hoofd te bieden en is er weinig directe financiële aanmoediging om voeding en leefstijl in ziekenhuizen te verbeteren.⁵ De kosten van voeding zijn een fractie van de klinische en poliklinische zorg en investeren in voeding is kosteneffectief. Dit alleen is al een reden om patiënten optimaal te voeden. Veel van de klinische richtlijnen richten zich op de inname van voldoende eiwitten en calorieën. Deze algemene aanbeveling betreft vooral symptoombestrijding en is ongenueanceerd, want de centrale vraag ('Hoe kan de katabole status tijdens ziekte worden omgebogen in een anabole status?') blijft grotendeels onbeantwoord. Er is in de richtlijnen minder aandacht voor de inname van andere nutriënten, zoals koolhydraten en vetten. Daarnaast wordt er maar mondjesmaat rekening gehouden met patiëntkenmerken, zoals smaak, etenstijden, portiegrootte en (cultuurgebonden) eetgewoonten. Er is echter een verandering gaande op het gebied van maaltijdconcepten, zoals 'At your request' van Ziekenhuis Gelderse Vallei en 'FoodforCare' van het Radboudumc. Binnen de oncologie is er steeds meer ervaring met smaaksturing, waardoor patiënten met meer voldoening eten, ondanks de effecten van medicatie en ziekte op de smaakbeleving.

EFFORT-studie

De EFFORT-studie is een multicentrische trial die werd uitgevoerd in 8 Zwitserse ziekenhuizen. De interventie was gericht op het realiseren van persoonlijke eiwit- en caloriedoelen. Hiertoe kregen patiënten in de interventiegroep eiwitrijke producten en met eiwit verrijkte tussenmaaltijden. De controlegroep kreeg geen dieetbegeleiding en geen aanvullende voeding. De primaire uitkomstmaat was samengesteld op basis van verschillende nadelige effecten, zoals sterfte, IC-opname, heropname, ernstige complicaties en functionele achteruitgang. Uiteindelijk liet de interventie een bescheiden, maar statistisch significant gunstig effect zien op de samengestelde uitkomst. Daarnaast hadden patiënten in de interventiegroep een lager risico op sterfte en functionele achteruitgang. Ook had de interventie een positief effect op de kwaliteit van leven. De onderzoekers concluderen dat de voedingsinterventie bij ondervoede ziekenhuispatiënten zorgt voor betere klinische uitkomsten. Ze benadrukken het belang van systematische screening op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis, gevolgd door een voedingsevaluatie en geïndividualiseerde voedingsondersteuning. Wij zijn het eens met de onderzoekers, maar er zijn wel enkele pijnpunten aan te wijzen.

Pijnpunten

Screening op ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen is al sinds 2007 onderdeel van de basisset van kwaliteitsindicatoren van de IGJ. Alle ziekenhuizen screenen op ondervoeding en bij patiënten met een positieve screeningsuitslag wordt de diëtist bij de behandeling betrokken en geldt er een multidisciplinaire behandelrichtlijn.⁶ Met andere woorden: voedingszorg in de Nederlandse ziekenhuizen voldoet aan het interventieprotocol van de EFFORT-studie. Daardoor kan men zich afvragen of de patiënten in de controlegroep van de EFFORT-studie niet per definitie onvoldoende behandeld werden. Hierbij moet wel vermeld worden dat de vereiste eiwitinname bij 70-80% van de patiënten lukte, terwijl dat in Nederlandse ziekenhuizen op dag 4 van de opname 50% is.⁷

Dus ook in Nederlandse ziekenhuizen is winst te behalen.

De EFFORT-studie laat onderbelicht dat een vroege herkenning en een optimale behandeling van ondervoeding een multidisciplinaire en transmurale aanpak nodig heeft. Artsen, verpleegkundigen, diëtisten, voedingsassistenten, de facilitaire afdeling en de maaltijdleverancier komen in het Amsterdam UMC samen in het voedingsprogramma 'Zorg op het bord'.⁸ In dit programma wordt op micro- en macroniveau gewerkt aan de integratie en optimalisatie van de voeding in de zorg, het onderwijs en het onderzoek in het ziekenhuis, maar ook voor en na de ziekenhuisopname. Dit transmurale aspect verdient aandacht, omdat de gemiddelde opnameduur in Nederlandse ziekenhuizen nog maar circa 5 dagen bedraagt.

Ten slotte speelt fysieke activiteit, zoals beweging, training of fysiotherapie, een belangrijke rol in het behoud van spiermassa tijdens een periode van ziekte en in het doorbreken van de katabole respons.⁹ De onderzoekers van de EFFORT-studie benoemen dit niet, maar een voedingsinterventie moet samen opgaan met een beweginginterventie.

Tot slot

De resultaten van de EFFORT-studie onderstrepen het belang van een vroege herkenning en een optimale behandeling van ondervoeding bij ziekenhuispatiënten. Het is een pragmatische trial waarin het effect van de optimale voedingsinterventie niet is onderzocht. Onze verwachting is dat er nog verdere verbeteringen mogelijk zijn in de totale aanpak van de vroege herkenning en behandeling van ondervoeding tijdens en na de ziekenhuisopname. Een écht gepersonaliseerde aanpak van de voedingsstatus van ziekenhuispatiënten vraagt veel meer dan alleen aandacht voor de eiwit- en calorie-inname. Een multidisciplinaire aanpak moet gericht zijn op de combinatie van patiëntkenmerken, zoals smaak en etenstijden, en optimale evidencebased voedingszorg. Aandacht voor beweging en algemeen welzijn zijn daarbij een vereiste. Wellicht wordt het tijd voor een meer holistische benadering van de voedingszorg voor patiënten in het ziekenhuis.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4266
- Amsterdam UMC, Amsterdam. Afd. Endocrinologie en Metabolisme: dr. M.R. Soeters, internist-endocrinoloog. Afd. Diëtetiek en Voedingwetenschappen: dr.ir. H. Kruizenga, diëtist en epidemioloog.
- Contact: M.R. Soeters (m.r.soeters@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 18 augustus 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D4266

Literatuur

1. Kruizenga H, van Keeken S, Weijs P, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr.* 2016;103:1026-32. [doi:10.3945/ajcn.115.126615](https://doi.org/10.3945/ajcn.115.126615). [Medline](#)
2. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2019;393:2312-21. [doi:10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4). [Medline](#)
3. Jonkers CF, Soeters MR. [Ondervoed in het ziekenhuis](#). *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2018;162:D3048.
4. Dijkhoorn DN, van den Berg MGA, Kievit W, Korzilius J, Drenth JPH, Wanten GJA. A novel in-hospital meal service improves protein and energy intake. *Clin Nutr.* 2018;37:2238-45. [doi:10.1016/j.clnu.2017.10.025](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.10.025). [Medline](#)
5. Van Dam-Nolen HK. Voeding en leefstijl in de opleiding geneeskunde: een overzicht. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017.
6. Kruizenga H, Beijer S, Huisman-de Waal G, et al. [Richtlijn ondervoeding. Herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen](#). Amsterdam: Stuurgroep Ondervoeding; 2019.
7. [Factsheet - Resultaten kwaliteitsindicator 8.2.2.A. Behandeling van ondervoeding bij volwassenen 2017](#). Amsterdam: Stuurgroep Ondervoeding; 2018.
8. Zorg op het bord. Amsterdam UMC. www.amc.nl/web/plan-mijn-bezoek/zorg-op-het-bord-1/goede-voeding-in-het-ziekenhuis/zorg-op-het-bord.htm, geraadpleegd op 28 augustus 2019.
9. Liao CD, Tsao JY, Wu YT, et al. Effects of protein supplementation combined with resistance exercise on body composition and physical function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2017;106:1078-91. [doi:10.3945/ajcn.116.143594](https://doi.org/10.3945/ajcn.116.143594). [Medline](#)