

Ondervoeding

Caroline van Wayenburg, Jaap van Binsbergen

Inleiding

In de Nederlandse gezondheidszorg is weinig aandacht voor ondervoeding. Dit is begrijpelijk, want we komen nu eenmaal vaker in aanraking met de gevolgen van *over*voeding. Toch zijn de gevolgen van ondervoeding ook in westerse landen aanzienlijk en zelfs – economisch gezien – groter dan die van obesitas. In Groot-Brittannië bedragen de kosten van obesitas voor maatschappij en gezondheidszorg naar schatting 3,5 miljard pond per jaar,¹ maar die van ondervoeding meer dan het dubbele: 7,3 miljard pond per jaar.² Bij ondervoeding is de wondgenezing verslechterd en de kans op infecties vergroot. Daardoor liggen ondervoede patiënten vaker en langduriger in het ziekenhuis, hebben ze vaker een huisarts nodig en worden ze eerder opgenomen in een verpleeg- of verzorgingstehuis. Ondervoede patiënten hebben veelal een verminderde kwaliteit van leven en sterven eerder, mede door verlies aan spiermassa en -kracht.³

Ondervoeding kan komen door armoede, vereenzaming of problematisch alcoholgebruik, maar gaat vaak samen met ziekten en ouderdom. Ziekten als COPD (chronisch obstructief longlijden), reumatoïde artritis, chronisch hart- of nierfalen en kanker verhogen het rustmetabolisme en kunnen leiden tot cachexie, een pathologische vorm van ondervoeding waarbij ook de eetlust afneemt. Fysiologische veranderingen op hoge leeftijd leiden tot verlies van eetlust en spiermassa, een verschijnsel dat bekend staat als sarcopenie. Bijkomende beperkingen als gevolg van een

ziekte, bijvoorbeeld benauwdheid, depressie of dementie, kunnen de voedselinname nog verder doen afnemen. Bij ouderen komt de micronutriëntenvoorziening in gevaar bij een voedselinname van minder dan 1500 kcal per dag.⁴ Kortom, ondervoeding is een multifactoriële aandoening die vraagt om een multidisciplinaire aanpak.³

Om aan te tonen dat ondervoeding een onderbelicht probleem is in de huisartsenpraktijk, presenteren we de prevalentiecijfers van ondervoedingsgerelateerde diagnoses bij patiënten van 15 jaar en ouder uit Nederlandse huisartsenregistratienetwerken.⁵ Daarna beschrijven we de prevalentie van ondervoeding in één van de risicogroepen – COPD-patiënten –, en bekijken we in hoeverre de ondervoeding verband houdt met de ernst van de COPD en de ouderdom van patiënten.⁶ We bespreken tot slot de consequenties voor de klinische praktijk.

Prevalentie in de algemene bevolking

Huisartsenpraktijken die gelieerd zijn aan universiteiten vormen in Nederland een aantal registratienetwerken. We vroegen veertien van deze huisartsenregistratienetwerken om voor alle patiënten van 15 jaar en ouder prevalentiecijfers aan te leveren over ondervoedingsgerelateerde diagnoses. De prevalentie definieerden we als het aantal patiënten met één of meer nieuwe of klinisch nog relevante episoden per duizend patiëntjaren, waarbij het ging om de codes T03 (verminderde eetlust), T05 (voedingsprobleem

Samenvatting

Van Wayenburg C, Van Binsbergen J. Ondervoeding. Huisarts Wet 2011;54(3):133-7.

Ondervoeding is een diagnose die Nederlandse huisartsen niet vaak stellen. Dat komt niet per se doordat zij in hun praktijk zo weinig gevallen van ondervoeding tegenkomen, maar vooral doordat zij het niet als aparte diagnose registreren en eerder op zoek gaan naar het onderliggend lijden. Ondervoeding is echter niet zeldzaam, met name niet bij bepaalde risicogroepen zoals ouderen en chronisch zieken.

Uit de prevalentiecijfers van zes huisartsenregistratienetwerken blijkt dat ijzergebreksanemie (ICPC-code B80) en pernicioze/foliumzuurdeficiëntieanemie (B81) de meest gestelde 'ondervoedingsdiagnoses' zijn, met respectievelijk 2,8 tot 8,9 en 1,5 tot 6,2 episoden per duizend patiëntjaren. Het gaat daarbij vaak om 75-plussers. Onderzoek onder 277 COPD-patiënten wees uit dat 11,2% een BMI ≤ 21 kg/m² had, en 3,2% een BMI $< 18,5$ kg/m².

Omdat ondervoeding, zeker bij kwetsbare patiënten, ernstige klinische complicaties kan veroorzaken, is het belangrijk er

alert op te zijn. Als huisartsen vaker gewichtsverlies/cachexie (ICPC-code T08) als aparte diagnose zouden vastleggen, zouden voedingsinterventies mogelijk sneller worden ingezet. Het zou de eigen alertheid vergroten en de eventuele overdracht naar andere zorgverleners verbeteren. Zo helpt regelmatig wegen van risicopatiënten om ondervoeding tijdig te signaleren. De recent gepubliceerde Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ondervoeding biedt aanknopingspunten voor diagnostiek, behandeling en verwijzing.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. C.A.M. van Wayenburg, huisarts en epidemioloog; prof. dr. J.J. van Binsbergen, bijzonder hoogleraar voedingsleer en huisarts geneeskunde, alsmede huisarts te Brielle.

Correspondentie: c.vanwayenburg@elg.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: de Nederlandse Zuivel Organisatie heeft de onderzoeken ondersteund.

Beschouwing op basis van proefschrift. Van Wayenburg CAM. Nutrition in general practice. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2010.

De kern

- ▶ Ondervoeding is een onderbelicht probleem met grote klinische consequenties.
- ▶ Huisartsen registreren ondervoeding nauwelijks als aparte diagnose, waarschijnlijk doordat ze het niet los zien van het onderliggend lijden.
- ▶ Huisartsen moeten vooral bij risicopatiënten bedacht zijn op ondervoeding, en deze ook registreren als opzichzelfstaande diagnose (T08 gewichtsverlies/cachexie).
- ▶ De LESA Ondervoeding geeft een leidraad voor de aanpak.

volwassene), B80 (ijzergebreksanemie), B81 (pernicieuze/foliumzuurdeficiëntieanemie), T91 (vitamine-/voedingsdeficiëntie) en T08 (gewichtsverlies/cachexie) uit de International Classification of Primary Care (ICPC). Bij de aangeleverde prevalentiecijfers vermeldden de registratienetwerken of zij ondervoeding altijd als zelfstandige diagnose registreerden, of ook wel als deeldiagnose bij een eventueel onderliggend lijden – denk aan een deelepisode gewichtsverlies/cachexie onder de diagnose longkanker.

Zes registratienetwerken stuurden ons hun prevalentiecijfers: de Tweede Nationale Studie (NS2), het Transitieproject, de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR), het Registratienet Huisartsenpraktijken (RNH), het Registratie Netwerk Groningen (RNG) en het

Registratie Netwerk Universitaire Huisartsenpraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO). Transitieproject en NS2 registreren ondervoeding als aparte diagnose, CMR en RNH documenteren alleen het onderliggend lijden op het hoogste nauwkeurige niveau, en RNG en RNUH-LEO hebben geen afspraken hieromtrent. De patiëntenpopulatie van de zes netwerken is qua leeftijd en geslacht representatief voor de Nederlandse bevolking, met een kleine oververtegenwoordiging van vrouwen en van de leeftijdsgroep 25-44 jaar. Het Transitieproject bevat relatief veel ouderen, van wie het merendeel vrouw is. Omdat de leeftijdsopbouw binnen deze netwerken iets verschilt, hebben we de aangeleverde cijfers direct gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking en uitgesplitst per leeftijdscategorie (zie tabel 1).

De meest gestelde diagnoses waren ijzergebreksanemie (B80) met 2,8 tot 8,9 en pernicieuze/foliumzuurdeficiëntieanemie (B81) met 1,5 tot 6,2 episoden per duizend patiëntjaren. De diagnoses gewichtsverlies/cachexie (T08), vitamine-/voedingsdeficiëntie (T91), verminderde eetlust (T03) en voedingsprobleem volwassene (T05) hadden prevalenties tussen 0 en 3,2 episoden per duizend patiëntjaren. Alle diagnoses behalve 'voedingsprobleem volwassene' kwamen vaker voor bij 75-plussers dan in andere leeftijdsgroepen. IJzergebreksanemie kwam ook veel voor bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Ondanks de verschillen in registratie varieer-



Foto: Ronald Roosen, met dank aan Gezondheidscentrum Gein

Tabel 1 Prevalentie van ondervoedingsgerelateerde diagnoses in zes Nederlandse huisartsenregistratienetwerken (per 1000 patiëntjaren)

ICPC-diagnose	E-lijstdiagnose CMR	Leeftijd	Transitieproject		NS2		CMR		RNH		RNG		RNUH-LEO		
			♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
T03 (verminderde eetlust)	2920 (anorexia excl. anorexia nervosa)	15-24	0,9	1,1	0,2	0,6	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,4	0,2	0,3	
		25-44	0,4	0,8	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	
		45-64	0,4	0,5	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
		65-74	0,2	0,9	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,5	0,2	
		75+	1,0	2,5	1,3	1,6	0,8	0,0	0,0	0,3	0,6	1,1	1,0	1,8	
		15+*		0,7		0,3		0,0		0,1		0,2		0,3	
T05 (voedingsprobleem volwassene)	1061 (voedingsproblemen)	15-24	0,2	1,1	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	0,0	0,7	
		25-44	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,6	0,3	0,6	
		45-64	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,4	
		65-74	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	
		75+	0,3	1,2	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,5	0,5	
		15+*		0,3		0,3		0,2		0,2		0,3		0,4	
B80 (ijzergebreksanemie)	1111 (ijzergebreksanemie)	15-24	1,0	14,2	0,7	0,3	0,3	8,5	0,1	1,0	1,1	11,9	1,0	5,3	
		25-44	0,5	16,1	0,6	0,9	0,2	10,0	0,3	2,7	0,8	16,4	0,3	11,0	
		45-64	1,2	10,9	1,7	1,2	1,9	8,6	1,5	6,2	2,2	10,0	1,2	9,6	
		65-74	6,1	14,3	6,8	3,0	5,3	1,5	2,7	4,8	9,6	11,1	9,5	5,4	
		75+	19,7	30,7	21,7	5,1	8,6	21,2	7,2	9,5	25,6	25,4	17,1	24,3	
		15+*		8,9		8,3		5,7		2,8		8,9		6,5	
B81 (pernicieuze/foliumzuurdeficiëntieanemie)	1101 & 1109 (pernicieuze anemie & overige gebreksanemieën)	15-24	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,5	0,7	
		25-44	0,1	0,7	0,3	0,4	0,0	0,5	0,2	0,6	0,2	1,3	0,5	2,1	
		45-64	0,6	1,3	1,3	0,2	0,8	1,5	0,6	1,5	1,1	1,7	2,1	4,4	
		65-74	2,3	7,1	5,0	0,1	5,3	3,4	2,5	3,2	3,3	4,5	18,0	11,0	
		75+	6,8	13,3	16,6	0,9	15,6	6,2	9,9	10,2	7,1	7,8	53,7	39,5	
		15+*		1,6		2,8		1,6		1,5		1,7		6,2	
T91 (vitamine-/voedingsdeficiëntie)	0921 (hypovitaminose)	15-24	0,3	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	
		25-44	0,2	0,2	0,1	0,9	0,0	1,5	0,3	0,6	0,0	0,2	0,5	1,2	
		45-64	0,8	0,2	0,6	1,2	0,2	1,6	0,4	0,4	0,2	0,1	1,2	1,4	
		65-74	0,6	1,6	2,1	3,0	3,1	6,1	1,3	1,0	0,0	0,0	4,2	6,3	
		75+	1,7	2,2	5,2	5,1	11,7	11,9	1,3	2,2	0,3	1,6	10,2	12,6	
		15+*		0,5		1,1		1,9		0,6		0,2		2,1	
T08 (gewichtsverlies/cachexie)	4570 (gewichtsverlies)	15-24	2,1	4,1	1,8	2,8	0,6	0,6	0,2	0,1	1,8	2,0	1,4	3,4	
		25-44	1,3	3,2	0,9	2,3	0,4	0,9	0,1	0,5	0,8	2,2	1,0	2,4	
		45-64	3,2	3,0	1,4	2,3	0,2	0,1	0,3	0,4	1,5	1,9	2,5	2,7	
		65-74	3,1	5,0	4,1	3,4	3,1	0,8	0,9	0,7	2,8	3,3	3,2	3,9	
		75+	5,1	9,4	7,3	8,0	4,7	4,9	1,3	1,0	4,3	4,9	15,1	11,5	
		15+*		3,2		2,4		0,9		0,4		2,0		3,1	

* Gestandaardiseerd voor de Nederlandse bevolking gedurende de observatieperiode.

Transitieproject, 1 februari 1985 tot 1 januari 1995. De teller is het aantal episoden.

NS2 = Tweede Nationale Studie, 1 mei 2000 tot en met 30 april 2002. De teller is het aantal patiënten met één of meer episoden of problemen, de noemer is het populatiegemiddelde aan begin en eind van de observatieperiode.

CMR = Continue Morbiditeitsregistratie, 1 januari 1999 tot en met 31 december 2003. De teller is het aantal episoden.

RNH = Registratienet Huisartsenpraktijken, 1 mei 2000 tot en met 30 april 2002. Puntprevalenties. De teller is het aantal patiënten met één of meer episoden of problemen.

RNG = Registratie Netwerk Groningen, 1 januari 1999 tot en met 31 december 2003. De teller is het aantal patiënten met één of meer episoden of problemen.

RNUH-LEO = Registratie Netwerk Universitaire Huisartsenpraktijken Leiden en Omstreken, 1 augustus 1998 tot 1 augustus 2003. De teller is het aantal episoden.

den de prevalenties tussen de netwerken niet sterk.

Als enige netwerk registreert het Transitieproject, naast de diagnose, ook de reden van het spreekuurbezoek. Uit deze gegevens kwam naar voren dat patiënten vaker op het spreekuur kwamen met de klachten verminderde eetlust, voedingsprobleem volwassene en gewichtsverlies/cachexie dan dat dit ook de uiteindelijk geregistreerde diagnose was.

Uit deze gegevens kwam naar voren dat lang niet alle keren dat een klacht verband hield met een algemene ondervoedingsdiagnose (verminderde eetlust, voedingsprobleem volwassene, gewichtsverlies/cachexie), dat ook de uiteindelijk geregistreerde diagnose was. De drie andere ondervoedingsdiagnoses (ijzergebreksanemie, pernicieuze/foliumzuurdeficiëntieanemie, vitamine-/voedingsdeficiëntie) werden daarentegen juist vaker geregistreerd als diagnose dan als reden voor het spreekuurbezoek.

Een risicogroep onderzocht: COPD-patiënten

Huisartsen uit vijftien praktijken in en rondom Nijmegen rekruteerden COPD-patiënten ouder dan 35 jaar voor een gerandomi-

Tabel 2 Odds ratio's (OR) voor BMI ≤ 21 kg/m²

Groepen	OR ruw	95%-BI	OR gecorrigeerd	95%-BI
GOLD 2 versus 1	1,20	0,42-3,42	1,11*	0,36-3,42
GOLD 3 & 4 versus 1	2,56	0,81-8,04	2,24*	0,69-7,32
> 65 jaar versus ≤ 65 jaar	0,68	0,32-1,44	1,05†	0,47-2,38

* Gecorrigeerd voor leeftijdscategorie, geslacht en roken.

† Gecorrigeerd voor GOLD-stadium, geslacht en roken.

seerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van zelfmanagement op het beloop van hun ziekte. Uit probleelijsten selecteerden de huisartsen potentiële deelnemers met ICPC-code R95 (emfyseem/COPD) of met een ATC-code (Anatomisch Therapeutisch Chemisch classificatiesysteem) 'griepvaccinatie'. Daarnaast selecteerden zij deelnemers door gericht het medicijngebruik na te gaan. Alle deelnemers werden uitgenodigd voor spirometrie, meting van lichaamsgewicht en lengte en afname van enkele vragenlijsten. Bij de deelnemers van 65 jaar en ouder nam de praktijkondersteuner de Mini Nutritional Assessment (MNA) af, die speciaal ontwikkeld is voor deze leeftijdsgroep om ondervoeding

te detecteren. De MNA bevat items zoals BMI, arm- en kuitomtrek, vragen over voedsel- en vochtinname (aantal maaltijden en benodigde hulp) en algemene vragen naar verblijfplaats, medicatie, mobiliteit, stress, decubitus, dementie of depressie, zelfperceptie betreffende gezondheid en voedingsstatus. De deelnemers vulden aanvullend hun leeftijd, geslacht en (voormalige) rookgewoonten in. Bij een MNA-score van 23,5 of hoger beschouwt men iemand als 'niet ondervoed', een score van 17 tot 23,5 punten wijst op 'risico op ondervoeding' en een MNA-score lager dan 17 duidt op 'ondervoed'. Iedereen met een BMI ≤ 21 kg/m² classificeerden wij als ondervoed, maar aangezien de Wereldgezondheidsorganisatie de grens voor ondergewicht legt bij 18,5 kg/m² namen we ook deze grens mee in de analyse.

De huisartsen selecteerden 1918 patiënten, van wie er 1386 in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Van deze kandidaten deden er 728 daadwerkelijk mee met de baselinemeting. Na spirometrie bleken 301 patiënten geen COPD te hebben volgens de criteria van het Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-stadium 0) en bleken de data van 150 patiënten incompleet. Uiteindelijk bleven er voor de analyse 277 patiënten over. De gemiddelde leeftijd was 66,6 jaar (SD 10,5), 185 (67%) waren man, 60 (22%) hadden GOLD-stadium 1 (mild COPD), 164 (59%) GOLD-stadium 2 (matig COPD), 46 (17%) GOLD-stadium 3 (ernstig COPD) en 7 (3%) GOLD-stadium 4 (zeer ernstig COPD). Leeftijd en geslacht waren gelijkmatig verdeeld over de GOLD-stadia. Van de deelnemers hadden er 31 (11,2%) (relatief meer vrouwen dan mannen) een BMI ≤ 21 kg/m² en 9 (3,2%) een BMI $< 18,5$ kg/m².



Foto: New Image

De deelnemers in GOLD-stadium 3/4 hadden gemiddeld een lagere BMI (25,0 kg/m²) dan die in stadium 2 (27,0 kg/m²) en stadium 1 (26,9 kg/m²). Ze hadden ook relatief vaak een BMI $< 18,5$ kg/m²: 6 (11%), tegenover 2 (1%) in GOLD-stadium 2 en 1 (2%) in GOLD-stadium 1. Bij een BMI van 21 kg/m² als afkappunt zou dit verschil tussen de GOLD-stadia niet zichtbaar zijn.

Abstract

Van Wayenburg C, Van Binsbergen J. Malnutrition. Huisarts Wet 2011;54(3):133-7.

Malnutrition is a diagnosis not often made by general practitioners, not because they rarely see it but because they seldom register it as a separate diagnosis as they tend to investigate the underlying disease. In fact, malnutrition is not that rare, and especially not in certain risk groups, such as the elderly and those with chronic illnesses. Prevalence data from six Dutch general practice research and registration networks revealed that iron deficiency anaemia (ICPC code B80) and pernicious/folate deficiency anaemia (B81) were most common 'malnutrition' diagnoses, with 2.8-8.9 and 1.5-6.2 episodes/problems per 1000 patient-years, respectively, and especially among elderly people (> 75 years). Investigation of 277 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) revealed that 3.2% had a BMI $< 18,5$ kg/m² and 11.2% a BMI ≤ 21 kg/m². Because malnutrition, and especially in vulnerable patients, can give rise to severe clinical complications, it is essential to be alert to its presence. If general practitioners would record weight loss/cachexia (ICPC code T08) as a separate diagnosis more often, this would facilitate timely dietary intervention and possibly referral to a dietician. Patients at risk should be weighed regularly in order to detect malnutrition. The recently published LESA (Dutch national primary care collaborative agreement) provides guidelines for diagnostics, treatment, and referral for malnutrition.

We hebben een aparte analyse gewijd aan de deelnemers boven de 65 jaar. Onze onderzoekspopulatie telde 157 65-plussers, van wie 15 (10%) met een BMI ≤ 21 kg/m² en 4 (3%) met een BMI $< 18,5$ kg/m². Afgaand op de 139 ingevulde MNA-vragenlijsten hadden 23 (17%) van deze 65-plussers risico op ondervoeding, met een MNA-score 17-23,5 en waren er 3 (2%) ondervoed, met een MNA-score < 17 . Er waren 6 (21%) 65-plussers in GOLD-stadium 1 met een MNA-score $< 23,5$, 12 (14%) in GOLD-stadium 2 en 8 (33%) in GOLD-stadium 3/4.

Tabel 2 geeft de kans op ondervoeding (BMI ≤ 21 kg/m²) bij matig tot (zeer) ernstig COPD ten opzichte van mild COPD, en voor 65-plussers ten opzichte van 65-minners. Gezien de brede betrouwbaarheidsintervallen konden we geen van beide variabelen relateren aan een lage BMI, ook niet wanneer we corrigeerden voor mogelijke confounders zoals geslacht en (voormalige) rookgewoonten. Ook voor een BMI $< 18,5$ kg/m² vonden wij geen verband met beide variabelen.

Bij ouderen en chronisch zieken is alertheid geboden

Zoals we al hebben betoogd, krijgen ondervoedingsgerelateerde diagnoses niet altijd de aandacht die zij verdienen. Er is geen uniforme definitie van ondervoeding, en er is ook geen eenduidig meetinstrument. De LESA Ondervoeding adviseert BMI en onbedoeld gewichtsverlies aan te houden als maat voor chronische ondervoeding, en noemt daarnaast enige gevalideerde vragenlijsten zoals de SNAQ, maar bijvoorbeeld niet de MNA die wij

gebruikten voor onze COPD-patiënten.³ Ook zonder die eenduidigheid komt uit ons onderzoek en uit de literatuur voldoende naar voren dat ondervoeding ook in ons land voorkomt en dat het loont alert te zijn, met name bij ouderen en chronisch zieken. Van de door ons onderzochte COPD-patiënten had 11% een BMI ≤ 21 kg/m². Dat is bevestigd in het enige andere Nederlandse onderzoek naar de COPD-populatie in de eerste lijn, met dien verstande dat deze onderzoekers bij vrouwen een hogere prevalentie van ondergewicht vonden.⁸ Ook onze bevinding dat patiënten in GOLD-stadia 3/4 relatief vaak een te lage BMI hebben, werd bevestigd in dit onderzoek. Ons eigen onderzoek bevatte echter te weinig patiënten om die relatie ondubbelzinnig aan te tonen. De algemene prevalentiecijfers van ondervoeding zoals geregistreerd in de huisartsenregistratienetwerken zijn onderling moeilijk vergelijkbaar, omdat de afspraken over de registratie van en de criteria voor de diagnose per netwerk verschillen, maar wij vonden geen zichtbare verschillen. De voedingsdeficiëntiegerelateerde diagnoses ijzergebreksanemie en pernicieuze/foliumzuurdeficiëntieanemie komen nog het vaakst voor, maar worden vaker veroorzaakt door bloedverlies of verminderde opname dan door insufficiënte voeding. Gewichtsverlies/cachexie, een belangrijk signaal van ondervoeding, komt vaker voor dan het geringe aantal diagnoses doet vermoeden, doordat de huisarts die klacht niet altijd als aparte diagnose vermeldt maar alleen het onderliggend lijden registreert. In de schaarse literatuur over ondervoeding in de huisartsenpraktijk vonden wij prevalentiecijfers van 0 tot 13%, afhankelijk van de (sub)populatie en de diagnostische criteria.⁷ Onze bevinding dat bijna alle ondervoedingsdiagnoses vaker gerapporteerd worden bij 75-plussers is in lijn met de literatuur.⁹ Er is dan ook veel te zeggen voor vroegtijdige interventie bij ouderen die risico lopen op ondervoeding, want ouderen herstellen veel slechter van een eenmaal opgelopen gewichtsverlies¹⁰ en ondervoeding zorgt voor een hogere morbiditeit en mortaliteit. Over de effectiviteit van voedingsinterventies is echter het laatste woord nog niet gezegd. Een meta-analyse heeft uitgewezen dat voedingsinterventies bij patiënten met matig tot ernstig COPD geen effect hadden op antropometrische gegevens, longfunctie en inspanningstolerantie.¹¹ Daar zijn kanttekeningen bij te plaatsen, want de interventies duurden slechts kort, namelijk twee tot drie maanden, en waren wellicht effectiever geweest als zij vroeger gestart en langer volgehouden waren. Er zijn aanwijzingen dat voedingsinterventies bij kankerpatiënten wel een positief effect hebben op de kwaliteit van leven¹² en bij geriatrische ziekenhuispatiënten zelfs kosteneffectief kunnen zijn.¹³

Aanbevelingen voor de praktijk

Huisartsen zouden gewichtsverlies/cachexie (ICPC-code T08) vaker als op zichzelf staande diagnose moeten registreren. Dit zou de alertheid verhogen en de overdracht naar andere zorgverleners vergemakkelijken. De recent verschenen LESA Ondervoeding schetst een kader voor multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts/praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en diëtist. De eerstgenoemden hebben een signalerende functie bij ondervoeding,

niet alleen bij patiënten die symptomen van ondervoeding tonen (braken, diarree), maar ook bij risicopatiënten zoals chronisch zieken en ouderen. De meest kwetsbare ouderen vallen vaak onder de zorg van de wijkverpleegkundige. Regelmatig wegen van deze patiënten maakt het gewichtsverlies in kwetsbare perioden objectiveerbaar, zodat de wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts op korte termijn een diëtist kan inschakelen wanneer dat nodig is, of andere zorgdisciplines zoals ergotherapeut, fysiotherapeut of tandarts.

Veelal schiet de behandeling van (dreigende) ondervoeding erbij in omdat men voortvarend op zoek is naar het onderliggende probleem. Toch kunnen voedingsinterventie en diagnostiek gelijktijdig plaatsvinden. Het belang van een zorgvuldig voedingsbeleid zal in de toekomst alleen maar toenemen, door het groeiende aantal kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Hoeksteen zijn eiwit- en energierijke maaltijden, op gezette tijden en afgestemd op de zorgmomenten, want een uitgeputte patiënt heeft na zijn ochtendritueel geen puf meer voor zijn ontbijt. Ook snoeien in de medicatie kan helpen: sommige medicamenten kunnen mischien als combinatietablet worden gegeven of zelfs gestopt worden. Dat zal een beroep doen op de huisarts, in samenspraak met andere eerstelijns zorgverleners. De LESA Ondervoeding biedt aanknopingspunten.

Literatuur

- 1 Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity: Obesity – time to wake up. *BMJ* 2006;333:640-2.
- 2 Elia M. Nutrition and health economics. *Nutrition* 2006;22:576-8.
- 3 Mensink PA, De Bont MA, Remijnse-Meester TA, Kattemölle-van den Berg S, Liefwaard AH, Meijers JM, et al. LESA Ondervoeding. *Huisarts Wet* 2010;53:S7-10.
- 4 Lowenstein FW. Nutritional status of the elderly in the United States of America, 1971-1974. *J Am Coll Nutr* 1982;1:165-77.
- 5 Van Wayenburg CA, Van de Laar FA, De Wild GM, Okkes IM, Van den Akker M, Van der Veen WJ, et al. Nutritional deficiency in Dutch primary care: Data from general practice research and registration networks. *Eur J Clin Nutr* 2005;59 Suppl 1:S187-94.
- 6 Van Wayenburg CA, Bischoff EW, Dekhuijzen PN, Schermer T, Van Staveren WA, Van Weel C, et al. Assessing nutritional depletion and its risk factors in COPD patients in general practice. Unpublished 2010.
- 7 Van Wayenburg CA, Van de Laar FA, Van Weel C, Van Staveren WA, Van Binsbergen JJ. Nutritional deficiency in general practice: A systematic review. *Eur J Clin Nutr* 2005;59 Suppl 1:S81-7.
- 8 Steuten LM, Creutzberg EC, Vrijhoef HJ, Wouters EF. COPD as a multicomponent disease: Inventory of dyspnoea, underweight, obesity and fat free mass depletion in primary care. *Prim Care Respir J* 2006;15:84-91.
- 9 De Groot CP, Van den Broek T, Van Staveren W. Energy intake and micronutrient intake in elderly Europeans: Seeking the minimum requirement in the SENECA study. *Age Ageing* 1999;28:469-74.
- 10 Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994;330:1769-75.
- 11 Ferreira IM, Brooks D, Lacasse Y, Goldstein RS, White J. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 2. Art. No.: CD000998.
- 12 Fearon KC. Cancer cachexia: Developing multimodal therapy for a multidimensional problem. *Eur J Cancer* 2008;44:1124-32.
- 13 Rypkema G, Adang E, Dicke H, Naber T, De Swart B, Disselhorst L, et al. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. *J Nutr Health Aging* 2004;8:122-7.