Risico op ondervoeding bij opname in een ziekenhuis geeft aanleiding tot een slechtere outcome

In de literatuur circuleren heel uiteenlopende cijfers voor wat betreftde prevalentie van ondervoeding. Dit heeft voornamelijk te maken met de heterogeniteit van de bestudeerde doelgroepen en verschillen in de statistische benaderingen die gehanteerd worden. Specifiek voor Belgie zijn er in het verleden slechts enkele kleinschalige studies geweest, voornamelijk bij ouderen(1).

Om de prevalentie van het risico op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis te evalueren en te kijken of er een verband is met mortaliteit, heropnames en opnameduur, werd een grootschalige multicentrische studie uitgevoerd. Zes Vlaamse ziekenhuizen,die gebruik maken van hetzelfde elektronische patientendossier (KWS) en dus op een gestandaardiseerde manier werken, verzamelden hun data van 2018 voor verschillende acute afdelingen. De resultaten van deze studie werden gepubliceerd in het gerenommeerdetijdschrift 'American Journal of Clinical Nutrition' (2).Een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

Prevalentie risico op ondervoeding bij opname

Rekening houdend met de inclusiecriteria werden er in totaal85 677 patienten opgenomen, waarvan er 73 843 (of 86%) bij opname gescreend werden met de NRS-2002. De algemene prevalentie
van het risico op ondervoeding bij opname was 21.9%. Kijkt men echter naar de prevalentiecijfers per afdeling, is er een groot verschil merkbaar (tabel 1). Zoals verwacht zijn de prevalentiecijfers bij de geriatrische en oncologische patientengroepen het
hoogst. Opvallend was ook dat 1 op 4 van de mensen die alleen wonen en zelfs 1 op 3 van de mensen die uit een woon- en zorginstelling komen, een risico op ondervoeding hadden.

Aantal contacten met de diëtist

Hoewel in het algemeen 62% van de patienten met een risico op ondervoeding minstens 1 contact hebben met een dietist, is het ook daar duidelijk dat er grote verschillen zijn per afdeling. Vooralhet lage aantal contacten (53%) op oncologische afdelingen is opvallend (tabel 1). Een groot deel van de oncologische patienten wordt ambulant opgevolgd, maar op zich hebben ze ook tijdens een opname vaak specifieke noden.

Mortaliteit, heropname en opnameduur

Om een zo realistisch mogelijk beeld te krijgen van het effect van een risico op ondervoeding op parameters als mortaliteit, heropname en opnameduur, werd er gebruik gemaakt van 'propensity score matching'. Hierbij worden er fictief paartjes gemaakt van patienten die voor een aantal belangrijke parameters identiek zijn (leeftijdsrange, geslacht, woonsituatie, ziekenhuis, medische discipline, comorbiditeitsscore en type opname (spoed of electief)), maar waarbij de ene patient risico op ondervoeding heeft en de andere niet. De resultaten waren duidelijk, **patiënten met een risico op ondervoeding lopen tot 1.62 keer meer kans om te overlijden
binnen de 30 dagen en hebben tot 1.12 keer meer kans om heropgenomen te worden**. Puur op basis van opnameduur lijkt dat, naar analogie met de literatuur, patienten met een risico
2.9 dagen langer opgenomen zijn in het ziekenhuis en hierdoor dus inderdaad meer kosten voor het ziekenhuis en de maatschappij genereren. Als men echter gebruik maakt van de gerechtvaardigde opnameduur ('justified lenght of stay'), een systeem van de Belgische
overheid om ziekenhuisopnames te financieren, dan blijkt datpatienten met een risico op ondervoeding geen aanleiding geven tot meer opnamedagen dan patienten zonder risico.

Conclusie en toekomstblik

Uit bovenstaande resultaten kan afgeleid worden dat ondervoeding ook in Belgie een reeel en onderschat probleem is. Het gode nieuws is dat er iets aan gedaan kan worden. Er zijn 3 belangrijke aspecten die hierbij komen kijken.

1. Ten eerste is het belangrijk om mensen in een zo goed mogelijke nutritionele status te houden bij het verouderen en bij ziekte (leeftijdsonafhankelijk). Er moet meer aandacht zijn voor de nutritionele status bij patienten in de eerstelijnszorg en bij bewoners in de woon- en zorgcentra. Dietisten worden vaak nog onvoldoende betrokken in deze context. Het volstaat ook niet om een aangepaste of verrijkte maaltijd aan te bieden, er moet ook voldoende aandacht zijn voor wat er effectief gegeten wordt.
2. Ten tweede moeten er voldoende dietisten zijn in de ziekenhuizen. Zij hebben op dit moment onvoldoende tijd om alle patienten met een risico op ondervoeding te zien voor een uitvoerig assessment. Dit komt omdat veel patienten gezien worden in kader van voedingsgerelateerde symptomen, ziekte,dieet en individuele vragen en niet enkel in functie van een risico op ondervoeding. Daarbij komt dat 1 consult bij een dietist gedurende een vaak korte opname totaal niet volstaat om een slechte nutritionele status om te keren.
3. Om de interventies die gebeuren tijdens opname duurzaam te maken is het cruciaal dat de patienten die het nodig hebben ook na ontslag nutritioneel verder opgevolgd worden. Het feit
dat een consult bij een zelfstandige dietist niet terugbetaald wordt voor de meeste aandoeningen en dat ook bijvoedingen die toch nog steeds duur zijn en enkel via de apotheek
of thuiszorgfirma's geleverd kunnen worden niet terugbetaald zijn, spelen hier een zeer belangrijke rol in.

Nu er voor het eerst concrete cijfers zijn van de prevalentie en het effect van het risico op ondervoeding, zal de overheid hopelijk inzien dat een investering in een betere nutritionele status ook gezondheidswinst kan opleveren en kan bijdrage aan het verminderen van vermijdbare sterfte, een van de gezondheidsdoelstellingen in het huidige regeerakkoord.

Referenties

1. Vandewoude, M.F.J., van Wijngaarden, J.P., De Maesschalck, L., Luiking, Y.C., & Van Gossum, A (2019). The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res, 31, 175–183.
2. Meulemans, A., Matthys, C., Vangoitsenhoven, R., Sabino, J., Van Der Schueren, B., Maertens, P., Pans, C., Stijnen, P., & Bruyneel, L. (2021). A multicenter propensity score matched analysis in 73,843 patients of an association of nutritional risk with mortality, length of stay and readmission rates. American Journal of Clinical Nutrition, https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab135.

	Risk of malnutrition, % (*n*)	Consultation by dietitian, % (*n*)
Abdominal surgery	19.3 (805)	63.5 (511)
Abdominal transplantation	21.3 (23)	56.5 (13)
Cardiac surgery	10.1 (83)	90.4 (75)
Cardiology	13.2 (1134)	68.3 (774)
Cerebrovascular disease	17.1 (56)	60.7 (34)
Digestive medicine	34.5 (2347)	53.9 (1264)
Endocrinology	22.6 (196)	60.2 (118)
General internal medicine	33.3 (291)	77.7 (226)
General surgery	13.4 (190)	54.2 (103)
Geriatrics	34.0 (3004)	77.6 (2331)
Heart transplantation	17.7 (34)	52.9 (18)
Hematology	36.5 (393)	80.2 (315)
Hepatology	26.1 (268)	39.2 (105)
Nephrology	26.1 (504)	66.3 (334)
Neurology	17.3 (710)	57.0 (405)
Neurosurgery	9.2 (236)	55.5 (131)
Oncology	38.3 (1708)	53.0 (905)
Oral and maxillofacial surgery/otorhinolaryngology	18.9 (66)	66.7 (44)
Orthopaedics	7.7 (535)	48.0 (257)
Otolaryngology	14.9 (188)	47.9 (90)
Plastic or reconstructive surgery	5.2 (37)	27.0 (10)
Pneumology	32.7 (2091)	65.5 (1369)
Rehabilitation	16.5 (115)	81.7 (94)
Rheumatology	23.1 (74)	54.1 (40)
Thoracic surgery	27.3 (233)	51.5 (120)
Traumatology	10.8 (137)	56.5 (23)
Urology	8.5 (420)	36.9 (155)
Vascular surgery	13.9 (263)	57.8 (152)

Tabel 1