Geachte leden van de commissie 'Ondervoeding bij ouderen' ,

De Expertgroep 'Ondervoeding bij kanker', waarin alle professionals die te maken hebben met ondervoeding bij kanker vertegenwoordigd zijn, wil hierbij reageren op het rapport 'Ondervoeding bij ouderen' van de Gezondheidsraad dat onlangs aan de minister is aangeboden. De Expertgroep heeft recent de multidisciplinaire richtlijn 'Ondervoeding bij patiënten met kanker' opgesteld waarin alle beschikbare literatuur tot 2010 middels systematisch literatuuronderzoek is verzameld, beoordeeld en verwerkt tot conclusies en aanbevelingen. Deze richtlijn wordt momenteel geautoriseerd door alle beroepsgroepen die zich met ondervoeding bij kanker bezig houden en kan worden geraadpleegd via www.oncoline.nl. De richtlijn wordt rond 15 januari definitief vastgesteld.

Een aanzienlijk deel van de kankerpatiënten behoort tot de ouderen. Driekwart van alle mannen en twee derde van alle vrouwen bij wie kanker wordt vastgesteld, is ouder dan 65 jaar. Het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met kanker ouder dan 65 jaar neemt naar verwachting in de komende vijftien jaar met ongeveer 45% toe. Door de betere behandelmogelijkheden leven mensen met kanker langer. Daardoor neemt ook het aantal ouderen toe dat leeft met kanker en met de gevolgen ervan. Daarom heeft de Expertgroep met grote interesse het rapport 'Ondervoeding bij ouderen' gelezen. Omdat de minister in zijn adviesaanvraag verzoekt een advies op te stellen over ondervoeding, niet alleen bij ouderen maar ook bij (chronisch) zieken, zouden wij als Expertgroep op het gebied van ondervoeding bij kanker graag op een paar elementen uit dit rapport willen reageren.

Ethische verantwoordelijkheid
Het rapport beschrijft overzichtelijk de problematiek van ondervoeding bij ouderen en geeft een gedegen overzicht van de literatuur op dit gebied. Wij ondersteunen ten zeerste de conclusie van de Gezondheidsraad dat meer en kwalitatief goed onderzoek naar de effectiviteit van voedingsinterventie bij ouderen noodzakelijk is en we zijn blij dat dit zo nadrukkelijk bij de minister onder de aandacht wordt gebracht. Echter resultaten uit goed opgezette RCT's zoals aanbevolen zullen pas na jaren beschikbaar komen waarbij wij ons afvragen of het ethisch verantwoord is ouderen hierop te laten wachten. Het rapport van de Gezondheidsraad vermeldt dat 'vast staat dat het schadelijk is voor de gezondheid als iemand langdurig te weinig eiwit en energie binnenkrijgt'. Wat is dan de rechtvaardiging om onvoldoende voedingsinname vooralsnog niet te corrigeren, ook als andere onderliggende factoren een rol spelen zoals ziekte of psychische problematiek?

De stand van de wetenschap is onvoldoende om prevalentiegegevens op waarde te schatten.
Ook de Expertgroep liep tegen het probleem aan dat er, nationaal en internationaal, geen allesomvattende definitie van ondervoeding bestaat en dat er diverse parameters gebruikt worden om ondervoeding vast te stellen. Een exacte weergave van de prevalentie is dan ook niet mogelijk, maar wanneer de diverse onderzoeken worden gecombineerd kan er wel degelijk een duidelijke range worden aangegeven waaruit blijkt dat ondervoeding bij ouderen een substantieel probleem is.

Wachten op de 'gouden standaard'
Het ontbreken van de 'gouden standaard' voor ondervoeding is heel herkenbaar. Zowel nationale als internationale expertgroepen hebben zich hierover gebogen en verwachten dat dit probleem in de toekomst niet snel zal worden opgelost. Op het gebied van kanker bepleiten al deze experts, gezien de complexiteit van ziektegerelateerde ondervoeding bij kanker, het uitgangspunt dat niet kan worden volstaan met één enkele parameter maar dat een combinatie van parameters nodig is. Voor 'ondervoeding bij kanker' is onlangs een redelijke mate van consensus op dit gebied bereikt met aanbevelingen, die in de praktijk kunnen worden toegepast. Voor een gedetailleerde beschrijving hiervan wordt verwezen naar de artikelen van Fearon et al [Lancet Oncol. 2011;12:489-95] en Muscaritoli et al. [Clin Nutr. 2010;29:154-9]. Dit lijkt ons ook voor ondervoeding bij ouderen te verkiezen boven het wachten op de 'gouden standaard' die mogelijk nooit wordt gevonden.

Het advies van de Gezondheidsraad richt zich specifiek op ondervoeding als gevolg van onvoldoende inname van eiwit en energie
De minister geeft in de adviesaanvraag naar de Gezondheidsraad aan een advies op te stellen over ondervoeding bij ouderen en (chronisch) zieken. Het rapport van de Gezondheidsraad richt zich echter alleen op ondervoeding als gevolg van onvoldoende inname. Dit doet geen recht aan de werkelijkheid. Veel ouderen kampen met multimorbiditeit, waarbij meerdere 'chronische' aandoeningen een rol spelen. Naar ons idee kan bij ouderen onvoldoende inname niet los worden gezien van ziektegerelateerde ondervoeding zoals cachexie en ook de aan ouderdom en ziekte gerelateerde sarcopenie. Bij ouderen is de voedingsproblematiek complex en kan een verminderde voedingsinname door een scala aan factoren worden veroorzaakt waarbij de ziektecomponent een grote rol speelt.
Bij patiënten met kanker komt de Expertgroep tot de aanbeveling te bepalen of de ondervoeding wordt veroorzaakt door een verminderde voedingsinname (b.v. slik- of passageproblemen) of vooral door inflammatie en metabole ontregeling (door de ziekte veroorzaakt). Over het algemeen is het echter een combinatie van beiden waarbij de diverse factoren elkaar beïnvloeden en/of versterken.

Belang van screening op ondervoeding
Ook binnen de Expertgroep 'Ondervoeding bij kanker' is gediscussieerd over het belang van screening. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen screenen en een gedetailleerde beoordeling van de voedingstoestand (nutritional assessment). Bij het screenen zou gestreefd moeten worden naar een hoge sensitiviteit waarna door nutritional assessment de vals positieven eruit worden geselecteerd en alleen die mensen, die het nodig hebben, ook daadwerkelijk voedingsinterventie krijgen. De diëtist die in de praktijk een nutritional assessment uitvoert, neemt ook andere overwegingen mee voordat wordt overgegaan tot voedingsinterventie. De diëtistische diagnose wordt gevormd op basis van het gezondheidsprobleem zoals de cliënt dat ervaart, de medische factoren (o.a. doel medische behandeling, levensverwachting, comorbiditeit), psychische problemen, sociale factoren (woon-, leef- en arbeidsomstandigheden) en persoonlijke factoren (voeding- en bewegings-gewoonten, motivatie en de wens van de cliënt en zijn naasten). Op basis van de diëtistische diagnose kunnen, multidisciplinair en met de patiënt in de regiepositie, de doelen van de behandeling worden vastgesteld en kan de voedingsbehandeling verder worden uitgewerkt. Wij vinden het erg jammer dat het rapport en de publiciteit die daarna verscheen, de indruk wekt dat iedereen die een paar kilo is afgevallen, behandeld zou moeten worden voor ondervoeding dan wel bijvoeding moet krijgen, daar dit in de praktijk zeker niet het geval is.

Belang van voedingsinterventie
Screening heeft pas zin als de interventie die daarna wordt gegeven zinvol kan zijn. Binnen de oncologie wordt om die reden bij mensen met een progressieve tumor en zeer beperkte levensverwachting afgeraden om nog op ondervoeding te screenen en worden invasieve voedingsinterventies gericht op het zeker stellen van een adequate inname over het algemeen niet meer toegepast. Dat laat onverlet dat altijd een goede voedingszorg moet worden gegeven, die uit meer aspecten bestaat dan het toedienen van voldoende energie en eiwit. Ook bij ouderen zou dit onderscheid gemaakt kunnen worden zodat alleen die mensen voedingsinterventie krijgen die daar ook daadwerkelijk baat bij hebben.

Nog belangrijker is de vraag of voedingsinterventie bij ondervoede mensen leidt tot betere uitkomstmaten zoals overleving, verblijfsduur in het ziekenhuis, risico op complicaties waardoor een hogere zorgbehoefte en een verminderde zelfredzaamheid. Omdat deze uitkomstmaten maar zeer gedeeltelijk worden bepaald door de voedingstoestand en de voedingsinterventie zullen dergelijke harde uitkomsten niet eenduidig leiden tot de conclusie dat verbetering of verslechtering verband houdt met de gegeven voedingsinterventie. Hiervoor is het toch noodzakelijk te achterhalen of voedingsinterventie leidt tot een hogere voedingsinname en toename van gewicht, spiermassa en

spierkracht dan wel een minder grote achteruitgang van deze uitkomsten vergeleken met het uitblijven van een dergelijke interventie.

In de richtlijn 'Ondervoeding bij patiënten met kanker' is een poging gedaan om ondanks deze beperkingen een antwoord te geven op één van de uitgangsvragen: "Wat is het effect van voorlichting en voedingsadviezen (inclusief orale drinkvoeding) op ondervoeding bij kanker?" Op basis van de literatuur komt de Expertgroep tot de conclusie dat voorlichting en voedingsadviezen wel degelijk een positief effect hebben op de voedingstoestand. Een belangrijke voorwaarde bleek dat voor een dergelijk effect advisering door een diëtist, afgestemd op de individuele patiënt, noodzakelijk is. Algemene voedingsadviezen, inclusief advisering van eiwit- en energierijke bijvoeding (drinkvoeding), door andere zorgverleners, brochures en groepsvoorlichting bleken een dergelijk effect niet te bewerkstelligen. Drinkvoeding bleek alleen zinvol en effectief als dat onderdeel van een individueel afgestemd advies door de diëtist was.

Conclusie

De Expertgroep 'Ondervoeding bij kanker' ondersteunt meer en kwalitatief goed onderzoek naar de gevolgen van ondervoeding bij ouderen en, zoals verwoord in de brief aan de minister d.d. 29 november 2011, de noodzaak dat dit domein van voedingsonderzoek een krachtige impuls krijgt. Niet als fenomeen op zich, maar als onderdeel van de vraag wat goede en verantwoorde zorg bij ouderen is en welke rol aandacht voor de voedingstoestand daarbij kan spelen. De onderzoeksvraag versmallen tot het effect van bijvoeding als bron van energie en eiwit, vindt de Expertgroep slechts beperkt zinvol.

Om goed onderzoek naar de effecten van voedingsinterventie bij ondervoede ouderen te kunnen doen pleiten wij voor intensieve samenwerking tussen wetenschappelijke onderzoekers en de professionals in de praktijk. Bundeling van de expertise uit beide werkvelden biedt een belangrijke meerwaarde om tot kwalitatief goede patiënt- en praktijkgerichte studies te komen.

Namens de Expertgroep Ondervoeding bij Kanker

Dr. S. Beijer
Voorzitter Expertgroep Ondervoeding bij Kanker
Diëtist/Epidemioloog Integraal Kankercentrum Zuid Eindhoven