Ondervoeding bij ouderen: een zorg van de huisarts ?

Haio: DUJARDIN Charlotte , U.G.
Promotor: AVONTS Dirk
Praktijkopleider: Decloedt Peter , DELPUTTE Stijn

Context: Door de vergrijzing zal de huisarts in toenemende mate geconfronteerd worden met 'frail elderly'. Deze kwetsbare groep patiënten wordt gekenmerkt door een hoger risico op hospitalisaties, morbiditeit en mortaliteit, te wijten aan een fysiologische achteruitgang op multipele lichamelijke vlakken. Sarcopenie is een verwant probleem binnen de geriatrische populatie en draagt eveneens bij tot deze 'frailty'. De voedingstoestand van de patiënt, met name de aanwezigheid van ondervoeding, is hierbij één van de bepalende factoren. 'Frailty' is evenwel een gedeeltelijk reversibel proces, waardoor preventieve interventies kunnen zinvol zijn. In de huisartsenpraktijk is er echter nog vaak te weinig aandacht voor de voedingsstatus van de patiënt. Evenmin zijn er concrete handvatten aanwezig om ondervoeding doelgericht aan te pakken. Wel zijn er reeds gevalideërde instrumenten voorhanden, die toelaten te screenen naar ondervoeding of het risico daarop bij geriatrische patiënten.

Onderzoeksvraag: Wat is de rol van de huisarts betreffende het probleem van ondervoeding bij zelfstandig thuiswonende 75-plussers? Kan de huisarts zelf iets ondernemen? Welke adviezen kan hij geven, specifiek gericht op deze doelgroep? Zijn bijvoedingen aangewezen? Is het aanpakken van ondervoeding bij ouderen een taak die de huisarts toebehoort? Is dit haalbaar binnen de dagelijkse praktijk? En hoe kan er eventueel samengewerkt worden met andere zorgverleners in de eerste lijn?

Methode: Dit praktijkverbeterend project werd opgevat als een prospectief, mixed-methods cohorte onderzoek. Met behulp van de gevalideërde MNA-SF werd gescreend naar ondervoeding bij alleenwonende 75-plussers, die voor gepland nazicht door de huisarts gezien werden op consultatie of huisbezoek. Voor de deelnemende patiënten werden er in eerste instantie gegevens verzameld omtrent hun voeding en leefstijl via een voedingsdagboek en door middel van een interview. Tevens werd bij wijze van steekproef de inhoud van hun koelkast geregistreerd. Vervolgens ontvingen de patiënten praktische voedingsaanbevelingen aan de hand van een brochure en de begeleidende mondelinge uitleg. Na een opvolgperiode van minstens acht weken, werd een tweede interview georganiseerd om hun ervaringen te noteren. Tijdens de ganse duur werden deze parameters opgevolgd: gewicht, kuitomtrek (bilateraal), omtrek bovenbeen (bilateraal) en de score voor de 'chair standing test'. Dit alles werd in twee fasen, in twee verschillende praktijken uitgevoerd. Het doel was om de effectiviteit van de voedingsaanbeveling uit de eerste praktijk te kunnen vergelijken en waar nodig ook nieuwe aanbevelingen te introduceren en evalueren in de tweede praktijk.

Resultaten: De aandacht van de huisarts voor de voedingsstatus, werd door de patiënten globaal positief onthaald. De meesten vonden het zinvol om een brochure met tips te ontvangen, maar de werkelijke toepassing ervan wisselde van patiënt tot patiënt. Vooral probeerde men meer aandacht te hebben voor de introductie van tussendoortjes, wat echter eerder als moeilijk werd ervaren. Er werd voor de meeste patiënten een toename genoteerd van de omtrek van de kuit en het bovenbeen en tevens voor de score van de 'chair standing test'. De evolutie van het gewicht wisselde. Bij twee patiënten werden bijvoedingen opgestart, met in beide gevallen een gunstige evolutie van de gemeten parameters, maar ook in algemeen functioneren zoals gepercipieerd werd door de huisarts, de verpleegkundige en de mantelzorgers. De voorgestelde aanpak van ondervoeding bleek tijdsintensief, maar een gemiddelde van het benodigde tijdsbestek voor de

huidige interventie werd niet bepaald, omdat de duurtijd in de onderzoekssetting toch verschilt van de toepassing in de reële praktijk. Er werd tevens een formularium opgesteld, dat kan helpen bij de keuze van het type bijvoeding. Finaal werd ook een stappenplan gemaakt als leidraad voor de aanpak van ondervoeding door de huisarts.

Conclusie: Bij het interpreteren van de resultaten dient worden rekening gehouden met de rol van 'confounders' alsook zijn er belangrijke beperkingen verbonden aan de gebruikte uitkomstmaten. Dit zorgt ervoor de resultaten dienen te worden genuanceerd. We kunnen globaal besluiten dat de huisarts zeker een plaats heeft in de aanpak van ondervoeding, vooral om het probleem op te pikken en de behandeling te starten en coördineren. Samenwerking met andere hulpverleners, met name diëtisten en verpleegkundigen, alsook met andere mantelzorgers, lijkt evenwel belangrijk. De aanpak van ondervoeding blijft uiteindelijk toch patiëntspecifiek.