

Ondervoeding bij hulpbehoevende ouderen thuis en in een thuisvervangende omgeving

Screening, preventie en behandeling van ondervoeding bij ouderen: nut, bijwerkingen en kosten-efficiëntie

Dr. Wim Janssens
Geriatric, Universitair Ziekenhuis Gent

7 november 2013

SCREENING EN DIAGNOSE

Screening en diagnose

- ➔ geen eenduidige parameters
- ➔ weinig gegevens over “normale” oudere
- ➔ schalen
- ➔ antropometrische gegevens
- ➔ laboratoriumgegevens
- ➔ “schalen”, assessment

Screening en diagnose: antropometrische gegevens

- ➔ gewichtsdaling: zeer nuttig, bvb wekelijkse of maandelijkse gewichtscontrole thuis of in instelling
- ➔ BMI < 21: suggereert een probleem; streefwaarde is minimum 23 à 24 (of nog hoger?)
- ➔ middenarmomtrek en middenarmspieromtrek: vooral nuttig zo vochtretentie
- ➔ huidploidikte (biceps, triceps): geringe diagnostische waarde

Screening en diagnose: laboratoriumgegevens

- ➔ **albumine: goede standaard van eiwitstatus:**
 - ➔ gezond en ambulant: > 4 g/dl
 - ➔ zo < 3.2 g/dl in hospitaal: verhoogde mortaliteit
- ➔ **kortlevende eiwitten (pre-albumine, retinol binding protein): minder diagnostische waarde, wel eventueel in ICU om respons op therapie te evalueren**
- ➔ **cholesterol < 160 mg/dl in geïnstitutionaliseerde patiënten: verhoogde mortaliteit**
- ➔ **anergie: zowel in gezonde als in ondervoede patiënten**

Screening en diagnose: schalen

- ➔ **Mini Nutritional Assessment (MNA):** gouden standaard: gevalideerd, wijd verspreid, goed gekend, reproduceerbaar
- ➔ **Wanneer MNA:** bvb bij opname in instelling, bij significant gewichtsverlies, bij algemene achteruitgang
- ➔ **Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI):** risicoberekening obv gewicht, lengte/kniehoogte, leeftijd, geslacht en serumalbumine (internettool - <http://touchcalc.com/calculators/gnri>)

Mini Nutritional Assessment (18 vragen)

- ➔ voedselinname
- ➔ gewichtsverlies
- ➔ mobiliteit
- ➔ acute ziekte
- ➔ neuropsychologische problemen
- ➔ BMI
- ➔ levenssituatie
- ➔ medicijnen
- ➔ drukulcera
- ➔ aantal maaltijden
- ➔ eiwitinname
- ➔ fruit en groenten
- ➔ vochtinname
- ➔ zelfstandig eten?
- ➔ zelfperceptie naar malnutritie toe
- ➔ zelfperceptie naar gezondheid toe
- ➔ middenarmomtrek
- ➔ kuitomtrek

MNA

- ➔ totaal score op 30 punten
- ➔ $> \text{ of } = 24/30$: goede voedingstoestand
- ➔ $17-23.5/30$: risico op ondervoeding, verder na te kijken en eventueel interventie
- ➔ $< 17/30$: eiwitmalnutritie
- ➔ follow-up na 3 of 6 maand

Mini Nutritional Assessment (6 vragen)

- **Vertoont de patiënt een verlies aan eetlust? Heeft hij gedurende de voorbije 3 maanden minder gegeten door gebrek aan eetlust, spijsverteringsproblemen, moeilijkheden met kauwen of slikken?**
 - 0: ernstige anorexia
 - 1: matige anorexia
 - 2: géén anorexia
- **Recent gewichtsverlies:**
 - 0: gewichtsverlies > 3 kg
 - 1: weet niet/2: tussen 1 en 3 kg
 - 3: géén gewichtsverlies
- **Neuropsychologische problemen:**
 - 0: dementie of ernstige depressie
 - 1: dementie of matige depressie
 - 2: geen psychologische problemen
- **Motoriek:**
 - 0: van bed naar stoel
 - 1: autonoom binnenshuis
 - 2: komt buiten
- **Ernstige ziekte of psychologische stress de voorbije 3 maanden:**
 - 0: ja
 - 1: neen
- **Body Mass Index (BMI):**
 - 0: BMI < 19
 - 1: 19 < BMI < 21
 - 2: 21 < BMI < 23
 - 3: BMI > 23

MNA-SF: verkorte versie

- ➔ totaal op 18 punten
- ➔ $> \text{ of } = 12/18$: normaal
- ➔ $< 12/18$: volledige MNA te doen
- ➔ follow-up na 3 of 6 maand

Kosten-efficiëntie

➔ MNA:

- ➔ Cereda A, Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2012:
 - ➔ Eenvoudig, hoge sensitiviteit voor screening en assessment, reproduceerbaar
 - ➔ Door hoge sensitiviteit, mogelijks risico op overdiagnose, waardoor kosten-efficiëntie van interventies gebaseerd op MNA-score verder onderzoek verdient
- ➔ Inschlag C et al, EUGMS 2011 meeting:
 - ➔ 4x gevoeliger om risicopatiënten op te sporen ivm BMI alleen

- ➔ **GNRI: (Baumeister SE et al, Nutrition, 2011):**
 - ➔ Lage GNRI (at risk): 47% hogere totale kosten, 50% hoger risico op hospitalisatie, 62% hogere kosten bij opname, 27% hogere medicatiekosten dan mensen met normale waarden op GNRI
 - ➔ Snel, goedkoop, kan routinematig gebruikt worden
 - ➔ Voorspelt toekomstige kosten voor gezondheid en hoger risico op hospitalisatie bij onafhankelijk levende ouderen

PREVENTIE EN BEHANDELING

Inleiding

- ➔ **4 stappen:**
 - ➔ 1e stap: optimaliseren van de normale voedingsinname
 - ➔ 2e stap: associatie van bijvoeding
 - ➔ (3e stap: enterale nutritie)
 - ➔ (4e stap: totaal parenterale nutritie)

Stap 1: Optimalisatie van de maaltijden en de voedselinname

- ➔ opsporen en behandelen van risicofactoren en oorzaken van ondervoeding
- ➔ intussen optimaliseren van voedingstoestand

- ➔ **samenstelling van de maaltijd verbeteren:**
 - ➔ voldoende calorieën
 - ➔ optimale verdeling over KH, EW en vetten en evenwichtige verdeling over de (minstens 3) verschillende maaltijden
 - ➔ geïndividualiseerde maaltijden
 - ➔ met hulp van diëtist(e)
 - ➔ vermijden van té restrictieve diëten
 - ➔ sociale voorzieningen: maaltijden aan huis, bejaardenhulp, ...

- ➔ **optimaliseren van de voedselinname:**
 - ➔ kauw- en slikproblemen
 - ➔ regelmatige controle mond- en tandhygiëne (cave: gebitsprothese!)
 - ➔ voldoende geur en smaak
 - ➔ eventueel logopedisch advies
 - ➔ aanpassen maaltijden qua consistentie, echter let op voor té “eenvormige” maaltijden

- ➔ **optimaliseren van sociale functie van voeding:**
 - ➔ besteed aandacht aan de omgeving (comfort, gezelligheid, positie, geur en smaak, ...)
 - ➔ positie van de oudere:
 - ➔ oogcontact bij dementerenden
 - ➔ contact voor toedienen van de maaltijd

Stap 2: associëren van bijvoeding (slip-feeding)

- ➔ calorie- en/of eiwitrijke supplementen
- ➔ in aansluiting met maaltijd, als drank of dessert
- ➔ uitzonderlijk kortstondig als vervangmaaltijd
- ➔ verschillende smaken, naargelang wensen van patiënt

➔ **eiwitrijke bijvoeding:**

- ➔ +/- 200 kcal/200ml
- ➔ drank of pudding
- ➔ bij te lage EW-inname ovv vlees, vis, soja, ...
- ➔ bij verhoogde EW-behoefte (postoperatief, na heupfractuur, decubitus, ...)

- ➔ **energierijke bijvoeding:**
 - ➔ +/- 200 kcal/200ml
 - ➔ geringe hoeveelheid lactose, geen vetten
 - ➔ niet als vervangmaaltijd
 - ➔ bij verminderde eetlust
 - ➔ bij verhoogd energieverbruik (koorts, griep)

- ➔ **vervangvoeding:**
 - ➔ +/- 300-400 kcal/200ml
 - ➔ evenwichtige samenstelling
 - ➔ vezelrijk, restenarm
 - ➔ bij volledige voedselweigering (vnl. vast voedsel)
 - ➔ bij kauw- of gebitsproblemen
 - ➔ bij voorbereiding voor coloscopie
 - ➔ 2 dosissen = 1 maaltijd

- ➔ **bijvoeding voor specifieke ziektebeelden:**
 - ➔ bij diabetes: KH- en vetsamenstelling gewijzigd
 - ➔ bij respiratoire aandoeningen: minder KH, meer vetten
 - ➔ toegevoegde waarde?

KOSTEN-EFFICIËNTIE

- ➔ **Holyday M et al, J Nutr Health Aging, 2012 (Australië):**
 - ➔ Gehospitaliseerde patiënten bij opname gescreend op ondervoeding dmv MNA
 - ➔ Interventiegroep: onmiddellijk gestart met een “malnutrition care plan”, controlegroep enkel als verwezen door klinische staff
 - ➔ opnameduur en gewichtsevolutie: gelijk in beide groepen
 - ➔ Wel reductie opnameduur en heropnames in groep met MNA < 17

- ➔ **Freijer K et al, Front Pharmacol, 2012 (Nederland):**
 - ➔ Gezondheidseconomische analyse van de economische impact van het gebruik van medische voeding (ONS – oral nutritional supplements) op het nationaal budget voor gezondheidszorg
 - ➔ Bij 65-plussers, thuisverblijvend, met “disease related malnutrition”
 - ➔ Wanneer alle doelpatiënten behandeld worden: jaarlijkse kostenbesparing van €13 000 000: €57milj kosten voor ONS vs €70milj reductie in andere kosten zoals voor (re-)hospitalisatie

- ➔ **Neelemaat F et al, Clin Nutr, 2012 (Nederland):**
 - ➔ Evaluatie van kosten-efficiëntie van nutritionele ondersteuning
 - ➔ Gehospitaliseerde 60-plussers
 - ➔ Interventiegroep: nutritionele ondersteuning (energie- en eiwitverrijkt dieet, ONS, calcium/vitamine D supplement, telefonische opvolging door diëtist); controlegroep: gewone zorg
 - ➔ Geen statistisch significant verschil in quality of life en fysieke activiteiten tussen beide groepen (3 maanden opvolging: te kort?)
 - ➔ Geen verschil in kosten (= kost-neutraal)
 - ➔ Significante verbetering in functionele beperkingen in de interventiegroep

- ➔ **Lorefält B et al, J Nutr Health Aging, 2011 (Zweden):**
 - ➔ Doel: studie van het effect van geïndividualiseerde maaltijden op voedingstatus van ouderen in thuisvervangende milieus, en schatting van de gezondheidskosten
 - ➔ Interventiegroep: MNA en geïndividualiseerde maaltijden op basis van resultaat van MNA; controlegroep: educatie van staff omtrent MNA en normale maaltijden voor residenten
 - ➔ Betere voedingstatus en gewicht na 3 maand in de interventiegroep
 - ➔ Reductie van de gezondheidskosten

TAKE HOME MESSAGES

- ➔ **Goede voedingstoestand is essentieel voor een algemene goede gezondheid, preventie en vlotter herstel van ziekte**
- ➔ **MNA(-SF) is een geschikte screeningsmethode in instellingen, maar kan ook gebruikt worden in thuissituatie, en is reproduceerbaar**
- ➔ **Vroegtijdige detectie!**
- ➔ **Bij ondervoeding of risico op ondervoeding dient een voedingsplan te worden opgestart, door (huis)arts, zorg- en verpleegkundige en/of diëtist(e); in combinatie met schema voor fysieke activiteit**
- ➔ **Betrek de mantelzorgers bij de aanpak**