

ONDERVOEDING BIJ DEMENTERENDEN: AANPAK BINNEN ZNA JOOSTENS¹

HOOFDARTIKEL

Nena Van Hemelryck en Stien Matthyssen, diëtisten, leden van de werkgroep VlaDIO van VBVD²



Ondervoeding komt frequent voor bij ouderen die verblijven in woonzorgcentra (wzc). Volgens een recente studie zou 24% van de bewoners van Belgische wzc effectief ondervoed zijn en nog eens 38% een verhoogde kans hebben op ondervoeding (7). Onder deze ouderen bevinden zich ook de dementerende bewoners, die omwille van functionele en cognitieve beperkingen nog een groter risico hebben op ondervoeding (7,10,23). In België zou 9% van de 65plussers dementerend zijn (8). Bovendien wordt de komende jaren een spectaculaire toename van het aantal dementerenden verwacht, gezien de vergrijzing van de bevolking (25). De meest voorkomende dementievormen zijn: ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy-Body dementie en frontotemporale dementie. Elk van deze vormen kent een eigen ziekteverloop, dat bovendien ook sterk individueel verschillend kan zijn (25).

Bij dementie kan zowel gewichtsval als gewichtsstijging (vb. ontremd eetgedrag) optreden ten gevolge van de aandoening. In het kader van het thema ondervoeding wordt verder ingegaan op het aspect 'gewichtsverlies'. Significant gewichtsverlies (> 5% op 1 maand of >10% op 3-6 maanden tijd) is één van de belangrijkste diagnostische criteria voor ondervoeding (20). Het verklaren van gewichtsverlies ten gevolge van dementie is niet eenvoudig gezien de multifactoriële aard van het probleem. Het is tot op heden onduidelijk of de negatieve energiebalans te wijten is aan een verminderde voedingsinname, een toegenomen energiebehoefte (metaboolisme, meer lichaamsbeweging (wegloopgedrag, agitatie, enz.) of een combinatie van beide (16,21). Gewichtsverlies wordt evenwel geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit (20).

Bij ouderen is een verminderde voedingsinname te wijten aan de gevolgen van het verouderingsproces zoals smaak – en reukveranderingen, verminderde kauw – en slikfunctie en snellere verzadiging, maar moge-

lijk ook aan vele andere factoren zoals depressie, eenzaamheid, medicatie, ziekte, pijn, enz... (20,22). Bij de dementerende populatie zijn er nog enkele belangrijke bijkomende factoren, eigen aan de aandoening (4,5,24). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen cognitieve, gedrags-, fysieke, psychologische en omgevingsfactoren. In tabel 1 zijn enkele belangrijke voorbeelden weergegeven.



Nena Van Hemelryck
ZNA Middelheim



Stien Matthyssen
ZNA Joostens

De beschreven factoren kunnen leiden tot verschillende voedingsproblemen (5):

- Voedselweigerig;
- kauw – en slikproblemen (50% van de dementerenden in wzc zou slikproblemen hebben (1));

Tabel 1: Dementiegebonden factoren die voedingsproblemen kunnen veroorzaken

Cognitieve factoren	
Amnesie	Vergeeten of er al gegeten of gedronken werd en bijgevolg vergeten of weigeren te eten en drinken
Apraxie	Bestek en drinkbeker niet kunnen hanteren Voeding niet naar de mond kunnen transporteren Alle maaltijdonderdelen door mekaar eten Niet meer weten hoe een kauw- of slikbeweging door te voeren
Agnosie	Voedingsmiddelen of drank niet meer herkennen als zijnde 'voeding'
Afasie	Voedingsvoorkeuren niet kunnen benoemen Honger – en dorstgevoel niet kunnen verwoorden
Gedragsveranderingen	
Initiatiefverlies	Geen initiatief nemen tot eten en/of drinken
Agitatie	Niet rustig kunnen blijven zitten tijdens de maaltijd, onvoldoende tijd nemen om te eten,...
Fysieke factoren	
Verminderde fijne motoriek	Moelijkheden met het transporteren van voedsel of drank naar de mond
Gebitsproblemen	Weigeren van de gebitsprothese Slecht passende of slecht verzorgde gebitsprothese Verloren gaan van de prothese
Gebrekkige mondhygiëne	Onvermogen om zichzelf en gebit te verzorgen: vergeten tanden te poetsen en te verzorgen, voedselresten niet verwijderen, ... → kan leiden tot mondinfecties en pijn
Psychologische factoren	
Depressie	Depressieve gedachten kunnen leiden tot voedselweigerig en/of het weigeren van maaltijdhulp van derden
Omgevingsfactoren	
Maaltijdsfeer	Chaos, lawaai op de achtergrond, veel heen-en-weer geloop door personeel, onsmakelijk etende medebewoners en andere onrustigheden kunnen de voedingsinname beïnvloeden
Eenzaamheid	De afwezigheid van, voor de dementerende, bekende personen (partner, familie, vrienden) kan de voedingsinname in negatieve zin beïnvloeden

¹ "ZNA Joostens is de afdeling psychogeriatric van ZNA. Enerzijds kunnen personen die aan één of andere vorm van dementie lijden hier gehospitaliseerd worden (sp diensten) ter observatie, behandeling en revalidatie. Anderzijds is ZNA Joostens een woonzorgcentrum dat in heterogene kleine leefgroepen mensen herbergt die aan dementie lijden."

² http://www.vbvd.org/structuur_overzicht_commissies_meerinfo.php?naam_commissieprovinciale=Ouderenzorg

- onvoldoende aandachtig zijn tijdens het maaltijdgebeuren;
 - het onvermogen om zichzelf te voeden.
- Deze voedingsproblemen kunnen op hun beurt leiden tot een verminderde voedingsinname met gewichtsverlies en ondervoeding tot gevolg (3,5). Het optreden van de genoemde voedingsproblemen en oorzakelijke factoren is sterk individueel verschillend en wordt bepaald door o.a. de ziekteprogressie, de dementievorm, en comorbiditeiten.

AANPAK ONDERVOEDING IN ZNA JOOSTENS

De bewoners van ZNA Joostens worden eveneens geconfronteerd met de belangrijke ondervoedingsproblematiek. De voorbije jaren werden dan ook verschillende initiatieven gestart om een adequate aanpak van het probleem te verzekeren. De diëtisten van ZNA Joostens zijn hierbij niet weg te denken. In de verdere tekst worden de belangrijkste aspecten van het ondervoedingsbeleid weergegeven vanuit hun perspectief.

SCREENING OP ONDERVOEDING

Een belangrijk element in de aanpak van ondervoeding binnen wzc is het gebruik van een screeningsinstrument om patiënten met een risico op ondervoeding tijdig op te sporen. Er zijn in de loop der jaren verschillende screeningsinstrumenten (vb. MNA(sf), NRS 2002, MUST, SNAQ) ontwikkeld, die een breed gamma aan criteria gebruiken, waarvan BMI, percentage gewichtsverlies, recente voedingsinname en ernst van de ziekte belangrijke voorbeelden zijn (2,9,11,13,17). In ZNA Joostens wordt een zelfontwikkeld instrument gehanteerd, aangepast aan de gebruiken binnen de instelling, snel en efficiënt, zoals aanbevolen door ESPEN (12). De gebruikte parameters zijn BMI, huidige voedingsinname en percentage gewichtsverlies (>5% op 1 maand en/of >10% op 3-6 maanden). Er wordt uitgegaan van een risico op ondervoeding indien één of meerdere van de criteria positief scoort. De screening van de patiënten vindt plaats bij opname en wordt nadien maandelijks herhaald.

MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

Voor de preventie en aanpak van ondervoeding is het werken in een multidisciplinaire context noodzakelijk. Om de samenwerking tussen de verschillende disciplines te optimaliseren wordt er binnen ZNA Joostens op regelmatige tijdstippen overlegd om patiënten vanuit verschillende (para)medische invalshoeken te bespreken. Dit multidisciplinaire overleg vindt maandelijks plaats, waarbij arts, sociaal assistent, kinesist, logopedist, ergotherapeut, diëtiste, verpleegkundige, enz.. aanwezig zijn. Daarnaast vindt er per afdeling ook een specifiek voedingsoverleg plaats in een kleiner comité: (hoofd)verpleegkundige, diëtiste, logopediste en voedingsverantwoordelijke (verplegende of verzorgende met belangrijke signaalfunctie voor voedingsproblemen) bespreken de belangrijkste voedingsproblemen op de afdeling. Om ook een vlotte samenwerking met de keuken te verzekeren wordt tweemaandelijks een voedingscomité georganiseerd waar kok, logopediste, voedingsverantwoordelijke en diëtiste belangrijke voedingsproblemen, menukwesties en nieuwigheden bespreken.

Omdat overleg met de bewoners vaak niet mogelijk is in het kader van vergevorderde dementie en slechts één fulltime equivalent diëtiste beschikbaar is voor +/- 260 bewoners, is de diëtiste aangewezen op de verpleeg- en zorgkundigen voor de belangrijkste voedingsinformatie. Er wordt dan ook aan de verpleeg- en zorgkundigen gevraagd om de voedingsinname te registreren van die patiënten waarbij de diëtiste een gedetailleerde analyse van de voedingsinname wil uitvoeren. Deze registratie vindt drie dagen plaats en gebeurt aan de hand van een individueel voedingsformulier waarop de nodige gegevens gemakkelijk kunnen worden verzameld.

Ook voor de gewichtsevolutie en lengte van de bewoners zijn de diëtisten aangewezen op het verpleeg- en zorgkundig personeel. Om een vlotte en frequente registratie van het gewicht te bekomen werd met alle betrokken partijen een weeg- en meetbeleid opgesteld. Wegen gebeurt wekelijks (sp-diensten) of maandelijks (wzc), met behulp van een badlift met ingebouwde weegschaal. De gewichtsevolutie wordt op regelmatige basis

opgevolgd door de diëtisten, zodat snel kan ingegrepen worden bij significante gewichtsval. Indien lengtebepaling onmogelijk is met behulp van de traditionele meetlat, wordt geopteerd voor een benadering van de lichaamslengte aan de hand van de gemeten kniehoogte.

Om de kennis rond belangrijke voedingsitems zoals ondervoeding bij de andere disciplines te vergroten, worden jaarlijks bijeenkomsten georganiseerd door de diëtisten.

VOEDINGS-AANPASSINGEN

In ZNA Joostens wordt op verschillende manieren getracht om de voedingsinname van de bewoners te optimaliseren om zo gewichtsverlies en ondervoeding te voorkomen. De standaardmaaltijden zijn aangepast aan het geriatrisch profiel van de bewoners, zowel wat betreft de voedingskeuze als de consistentie. Er wordt geopteerd voor gevarieerde gerechten die door de aanwezige generatie gekend zijn én voor voeding die gemakkelijk te kauwen en slikken is. Er wordt ook standaard gebruik gemaakt van volle productvarianten. Aangezien restrictieve diëten kunnen bijdragen aan een slechtere voedingstoestand wordt er op toegezien dat ze enkel worden toegepast bij die patiënten waarbij het medisch gezien noodzakelijk is (6,7).

Bij bewoners die onvoldoende voeding kunnen innemen via de gewone maaltijden, wordt getracht om de inname te vergroten door het aanbieden van energierijke tussendoortjes. Dagelijks vindt om 15u een drankentoe plaats, waarbij een snack kan worden gekozen uit een rijk assortiment: een extra dessert, chocolade, koekjes, gebak, yoghurtdrink, chocomelk, fruit, blokjes salami, blokjes kaas,... Wie dit wenst kan in de loop van de voor- en namiddag of avond nog een extra tussendoortje nemen. Indien de voedingsinname bij het gebruik van de tussendoortjes nog steeds ontoereikend is, kan de aangeboden voeding verrijkt worden. Aan desserts of tussendoortjes kan een eiwitrijk en/of energierijk poeder worden toegevoegd, de warme gerechten kunnen worden aangevuld met room, boter, olie, enz...

Door de diëtiste kan tenslotte beslist worden om bijvoedingen onder de vorm van eiwitrijke drinkvoeding, eiwitrijke pudding of

eiwitrijke fruitmoes in te schakelen. Gezien de vergevorderd dementerende populatie is het opstarten van sondevoeding geen alledaags gebeuren. Bij patiënten waarbij sondevoeding overwogen wordt, vinden vooraf uitgebreide gesprekken plaats met de patiënt (indien mogelijk), de familie en/of vertrouwenspersoon en het multidisciplinaire team. Hierbij worden de voor- en nadelen van sondevoeding afgewogen, rekening houdend met de ziekte-toestand, prognose en levenskwaliteit. Tot op heden werden geen studies uitgevoerd die een positief effect van sondevoeding op de mortaliteit, levenskwaliteit, enz... konden aantonen bij dementerenden waarbij de voedingsinname ontoereikend of onmogelijk is (18,19).

Tabel 2: Ingrediënten broodpap

Granen (Bambix)
Melk
Volle platte kaas
Room
Suiker
Koolzaadolie
Fruit of een andere smaak zoals chocolade, mokka,...

Zoals reeds aangehaald, komen kauw- en slikproblemen frequent voor bij dementerenden. De voeding van de bewoners kan individueel aangepast worden, naargelang de ernst van de kauw- en of slikproblemen. Er wordt gewerkt met een vaste consistentie-indeling die werd opgesteld in overleg met de logopedisten (deze is uniform voor heel ZNA). Bij kauwproblemen kunnen de componenten van de warme maaltijd gemixt of gemalen worden, er kan gekozen worden voor smeerbaar beleg, brood zonder korsten, enz... Voor bewoners met slikproblemen kunnen ingedikte dranken, broodpappen (tabel 2), homogeen gemixte middagmaaltijden, enz... soelaas bieden.

OMGEVINGSFACTOREN

Aangezien ondervoeding een multifactorieel probleem is, kan ook de aanpak op verschillende aspecten inspelen. Door het bevorderen van de maaltijdambiance kan een verbeterde voedingsinname bekomen worden (7,14,15). Onder maaltijdambiance verstaat men in ZNA Joostens een rustige sfeer in de eetzaal met rustgevende muziek, een mooi gedekte tafel, sfeervolle omgeving, servetten voor elke bewoner,...

Belangrijk is ook dat voldoende tijd wordt genomen voor de maaltijd en dat het aanwezige personeel helpt met uitscheppen van de borden (bulkaanlevering met portionering ter plaatse) en voeden. De presentatie op het bord is tevens van groot belang, ook bij aangepaste consistenties. Voor gemalen voeding wordt gebruik gemaakt van ijs-scheppen om te portioneren, dit geeft een mooi resultaat en zo zijn de aparte maaltijdcomponenten nog herkenbaar. De portiegrootte wordt aangepast aan de individuele patiënt. Familie en mantelzorg worden op regelmatige tijdstippen betrokken bij het maaltijdgebeuren. Zo worden maaltijdbuffetten georganiseerd (vb. ontbijt- of dessertenbuffet) of andere evenementen (wafelenbak, pannenkoekenfeest, ...) waarbij de bewoner vergezeld van familie en/of vrienden kan eten.

BESLUIT

Gewichtsverlies komt vaak voor bij dementerenden in wzc, waardoor ze een verhoogd risico hebben op ondervoeding. Een vroegtijdige en adequate aanpak van het probleem is zeker vereist. Binnen ZNA Joostens tracht men door systematische screening, multidisciplinaire werking, diëtistische interventie, een aangepast voedingsaanbod en een goede maaltijdambiance dit probleem een halt toe te roepen. De interventies dragen bovendien bij aan de kwaliteit van leven van de bewoners, een belangrijk uitgangspunt van de zorg.

REFERENTIES

- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R. & Kurian, M. (2012). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*, May 18, [EPub ahead of print].
- BAPEN (2003). Malnutrition Universal Screening Tool. <http://www.bapen.org.uk>
- Berkhout, A., Cools, H., & Van Houwelingen, H. (1998). The relationship between feeding difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia. *Age and Ageing*, 27, 637-641.
- Chang, C., & Roberts, B. (2008). Feeding difficulty in older adults with dementia. *J Clin Nurs*, 17 (17), 2266-2274.
- Chang, C., & Roberts, B. (2011). Strategies for feeding patients with dementia. *Amer J Nurs*, 111 (4), 36-44.
- Darmon, P., Kaiser, M.J, Bauer, J.M., Sieber, C.C., & Pichard, C. (2010). Restrictive diets in the elderly: Never say never again? *Clin Nutr*, 29, 170-174.
- Defloor, T., Geurden, B., Bocquaert, I., Clays,

- E., Dardenne, O., de Bonhome, A et al. (2010). Screening en evaluatie van de voedingstoestand van ROB - RVT bewoners. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2011). Dementie: welke niet-farmacologische interventies. KCE rapporten 160A.
- Guigoz Y., Vellas B. & Garry P. (1994) Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol*, s2, 15-59.
- Halfens, R., Meesterberends, E., Meijers, J., Du Moulin, M., van Nie, N., Neyens, J., & Schols, J. (2011) Rapportage resultaten. Landelijke Preventiemeting Zorgproblemen 2011. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Kondrup, J., Rasmussen, H., Hamberg, O. & Stanga, Z. (2003). Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*, 22, 321-336.
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*, 22(4), 415-421.
- Kruizenga, H., Seidell, J., de Vet, H., Wiersma, N., & van Bokhorst-de van der Schueren, M. (2005). Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr*, 24, 75-82.
- Nijs, K., de Graaf, C., Siebelink, E., Blauw, Y., Vanneste, V., Kok, F. et al. (2006). Effect of Family-Style Meals on Energy Intake and Risk of Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol*, 61A (9), 935-942.
- Nijs, K., de Graaf, C., van Staveren, W., & de Groot, L. (2009). Malnutrition and mealtime ambience in nursing homes. *J Amer Med Dir Assoc*, 10(4), 226-229.
- Poehlman, E., & Dvorak, R. (2000). Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *Amer Journ Clinl Nutr*, 71, 650s-655s.
- Rubenstein, L., Harker, J., Salva, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice. Developing the short-form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol: Series A*, 56 (6), M366-372.
- Sampson, E. L., Candy, B., & Jones, L. (2009). Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochr Datab Syst Rev*, CD007209.
- Sorrell, J. (2010). Use of feeding tubes in patients with advanced dementia: are we doing harm? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 48 (5), 15-18.
- Stuurgroep Ondervoeding (2011). Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding. www.stuurgroepondervoeding.nl.
- Tamura, B.K., Masaki, K.H., & Blanchette, P. (2007). Weight loss in patients with Alzheimer disease. *J Nutr Elder*, 26, 21-38.
- Van der Staak, S., & Ruijschop, R. (2010). Eetgedrag van ouderen: regulatie van voedselintake. *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek*.
- Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Gobert, M., Folens, B., & Defloor, T. (2010). Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr*, 29, 469-476.
- van Genuchten, S., & Kouwenoord-van Rixel, K. (2010). Voeding bij dementie. *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek*.
- WHO (2012). Dementia. A public health priority. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf