

# Voeding bij ouderen

Dr. Ronny Leemans

Tijdens de sessie "Voeding bij ouderen" op de 38<sup>ste</sup> Wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVG) werden diëten voorgesteld voor ouderen met de ziekte van Parkinson en met diabetes. Daarnaast werd een alternatieve kijk geformuleerd op de maaltijdzorg voor oudere personen met dementie en/of een motorische beperking.

## Eten is veel meer dan enkel calorieën opnemen

Indien wetenschappers gevraagd wordt wat de mens onderscheidt van een dier worden steevast dezelfde antwoorden op tafel gelegd: bipedale voortbeweging, een opponeerbare duim en verregaand gebruik van werktuigen, een buitengewoon ontwikkelde neocortex... Slechts weinigen zouden een antwoord formuleren als "mensen strooien zout en peper op hun eten en dieren niet". En tóch zou een dergelijke opmerking minder onbeduidend zijn dan ze op het eerste gezicht lijkt. In tegenstelling tot de dieren is eten bij de mens namelijk veel meer dan louter voedingsstoffen opnemen. In vrijwel elke cultuur wordt eten bereid en aangeboden op een manier die het smaakgenot verhoogt. Dit werd door elke spreker in de sessie 'Voeding bij ouderen' benadrukt: een maaltijd tot zich nemen heeft niet alleen betrekking op het lichamelijke welbevinden (een goede voedingsstatus), maar heeft evenzeer een psychologische en sociale dimensie, waarden die essentieel zijn voor onze levenskwaliteit.

## Finger food: een andere kijk op maaltijdzorg

Hilde Ceulemans, werkzaam als diëtiste bij het woon-zorgcentrum vzw Compostella (Borsbeek) bracht in herinnering dat het dementieproces zich afspeelt in verschillende stadia, die onder meer gepaard gaan met veranderingen in het eetgedrag. Wanneer het moment bereikt wordt waarop eten met mes en vork niet meer lukt, beslist de zorgverlener al gauw om de de-



"Voeding is niet alleen bedoeld om ondervoeding te voorkomen, eten moet ook een bron van plezier blijven."

MARIJKE MEEUSEN

menterende bewoner van een zorgcentrum te voeden, waardoor die in een passieve rol gedrukt wordt. "En dit is eigenlijk niet nodig, omdat bij de meeste dementerenden de reflex om de hand naar de mond te brengen lang intact blijft." Om die reden werd in het zorgcentrum een project opgestart waarbij de bewoners die moeilijkheden ondervinden om bestek te hanteren, de mogelijkheid aangeboden wordt om zichzelf te blijven voeden door middel van 'finger food', verwijzend naar het eten met de handen zoals dat gebruikelijk is in een aantal niet-westerse culturen. Aanvankelijk waren de personen die voor dit finger food-project in aanmerking kwamen, bewoners van zorgcentra met een neurocognitieve stoornis die gelinkt is aan dyspraxie en/of agnosie – gepaard gaand met het niet meer herkennen of niet meer kunnen hanteren van bestek – waarbij de hand-mondreflex intact is en die geen slik- of kauwproblemen hebben. Ondertussen werd de doelgroep uitgebreid en wordt finger food ook als keuze aangeboden aan mensen die een goede geestelijke gezondheid genieten, maar een motorische beperking hebben (Figuur 1).

## En chapeau voor de kok

In samenwerking met de kok van het zorgcentrum, wiens creativiteit in dit verhaal verre van onbelangrijk is gebleken, werden menu's samengesteld waarbij maaltijdcomponenten (vis, vlees, groenten, pasta en aardappelen) zo bereid werden dat hapklare stukjes aangeboden worden. En de zorgbewoners die beslist hebben om met hun handen te eten zijn enthousiast: zij

Figuur 1: Finger food kan beschouwd worden als een alternatieve (tussen)stap tussen voedselonafhankelijkheid en -afhankelijkheid.



kunnen zelfstandig en op hun eigen ritme eten, behouden langer hun zelfredzaamheid – "én hun eigenwaarde", aldus Mevr. Ceulemans – en hun eetplezier. Elke persoon wordt individueel opgevolgd (sinds het project na een testfase werd opgestart in november 2014 is hun gewicht stabiel gebleven of gestegen) en uiteraard wordt bijzondere aandacht besteed aan de handhygiëne.

## De ziekte van Parkinson: niet enkel motorische stoornissen

Marijke Meeusen (revalidatieziekenhuis De MICK, Branschaaat; AP Hogeschool, Antwerpen; VlaDiO) benadrukte dat ziektegerelateerde voedingsproblemen nog steeds een miskend probleem zijn, in het bijzonder bij personen met de ziekte van Parkinson, een aandoening die niet alleen gepaard gaat met motorische stoornissen (rusttremor, bradykinesie, hypokinesie, spierrigiditeit), maar tevens gekenmerkt wordt door een scala aan andere klachten (o.a. verlies van reuk- en smaakvermogen, obstipatie, maag- en darmproblemen, kauw- en slikstoornissen) die om een voedingsinterventie vragen. "Bij personen met parkinson worden voedingsinterventies doorgevoerd wanneer de aandoening reeds vrij ver gevorderd is", aldus mevr. Meeusen, "terwijl dit eigenlijk veel vroeger dient te gebeuren". Zij bracht in herinnering dat een optimale aanpak van de ziekte in de eerste plaats gebaseerd is op een medicamenteuze behandeling, maar dat een aangepaste en gezonde voeding én voldoende lichaamsbeweging evenzeer een rol spelen bij het behouden van de levenskwaliteit.

## Voedingsinterventies bij de ziekte van Parkinson

Parkinsonpatiënten hebben vaak last van een vertraagde maaglediging, waardoor het eten langzamer verteerd wordt. Dit kan



"Finger food laat bewoners met een specifiek profiel toe om hun zelfredzaamheid, hun eigenwaarde en hun eetplezier te behouden door hen de mogelijkheid te bieden alleen te eten, op hun eigen ritme. Op die manier wordt de kwaliteit van de maaltijdbeleving verhoogd en wordt vermeden van taken over te nemen die de bewoner zelf kan."

HILDE CEULEMANS

enerzijds leiden tot een opgeblazen gevoel, misselijkheid en brandend maagzuur, maar het kan anderzijds ook een negatief effect hebben op de opname van de medicatie. Levodopa blijft namelijk langer aanwezig in de maag en wordt daar mogelijk afgebroken, waardoor de werking van het geneesmiddel (gedeeltelijk) verloren gaat en er responsfluctuaties kunnen optreden. In dergelijke gevallen wordt de patiënt geadviseerd kleine maaltijden te gebruiken en de maaltijden te spreiden, goed verteerbare producten te eten (bv. minder vetten, die verantwoordelijk zijn voor een trage vertering) en geen koolzuurhoudende dranken te nuttigen. Indien een dergelijke aanpak geen vruchten afwerpt, kan overwogen worden om medicatie (domperidon) toe te dienen. Andere, veel voorkomende maag- en darmproblemen bij patiënten met parkinson zijn: een vertraagde darmperistaltiek (30%), een langere transporttijd in de darm (80%) en anale of rectale disfuncties (60%), die eveneens kunnen leiden tot een onvoorspelbare opname van de medicatie. Een vezelrijke voeding, voldoende drinken, voldoende fruit en groente en, in de mate van het mogelijke, voldoende lichaamsbeweging wordt in dergelijke gevallen aanbevolen.



“Het ongegrond gebruik van restrictieve diëten kan bij ouderen best zoveel mogelijk vermeden worden, omdat dit het risico op ondervoeding kan vergroten. Daar moet men steeds bedacht op zijn.”

AN VAN LAERHOVEN

### Voedingsrichtlijn bij ouderen met diabetes

An Van Laerhoven (Vlaamse Diëten Ouderenzorg) onderstreepte dat voedingstherapie een belangrijk deel uitmaakt van de behandeling van diabetes en onder meer kan bijdragen tot het verbeteren van de glycemische controle en korte- en langetermijncomplicaties kan helpen voorkomen. “Niet minder dan een kwart van de geriatrische patiënten volgt een dieet”, aldus mevr. Van Laerhoven, “en we zien vaak dat vele diëten te streng zijn, bijvoorbeeld door het schrappen van vetten en suikers, waardoor minder gevarieerde voeding wordt aangeboden. Door het ongegrond gebruik van dergelijke restrictieve diëten is het risico op ondervoeding bij ouderen verre van denkbeeldig.” De voedingsrichtlijn voor ouderen met diabetes die zij presenteerde, opgesteld door de Vlaamse Diëten Ouderenzorg (VlaDiO), vult dan ook een niche in en is een belangrijke stap in het streven naar een consensus hieromtrent.

Bij het opstellen van de voedingsrichtlijn voor ouderen met diabetes is het onder meer belangrijk om de afhankelijkheidsstatus van de patiënt in rekening te brengen. Mevr. Van Laerhoven onderscheidde in dit verband drie groepen:

1. Onafhankelijk: weinig comorbiditeiten, intacte cognitieve en functionele status
2. Fragiel: meerdere comorbiditeiten óf milde tot matige cognitieve achteruitgang óf 2 instrumentele ADL-tekorten (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
3. Afhankelijk: mensen die in een woon-zorgcentrum zijn opgenomen óf een eindstadium chronische aandoening doormaken óf hulpbehoevend zijn (> 2 ADL-afhankelijkheidscores).

Nationale en internationale richtlijnen, opgesteld door geriatrische- of diabetesverenigingen stipuleren dat het dieet dient versoepeld te worden voor fragiele en zorgafhankelijke ouderen, zonder echter dieper in te gaan op de concrete invulling van het voedingspatroon. De voedingsrichtlijn die nu door VlaDiO werd opgesteld, doet dat wel en geeft praktische aanbevelingen, rekening houdend met de klinische en functionele heterogeniteit van de oudere populatie, waarbij het oogmerk is om kortetermijncomplicaties (hypoglycemie, hyperglycemie) en langetermijncomplicaties bij oudere personen met diabetes te voorkomen (Figuur 2).

BVGG Wintermeeting, Oostende, 27 en 28 februari 2015

Figuur 2: Naargelang de persoon meer of minder afhankelijk is, worden andere glycemische streefwaarden gehanteerd in de voedingsrichtlijn voor ouderen met diabetes (VlaDiO).

Patiënt	HbA1c-streefwaarde		Nuchtere glycemie mg/dl	Bedtijd-glycemie mg/dl
Onafhankelijk	< 7,5%	< 58mmol/mol	90-130	90-150
Fragiel	< 8,0%	< 64mmol/mol	90-150	100-180
Afhankelijk	< 8,5%	< 69mmol/mol	100-180	110-200

# Selincro®

	Vorm	Publieksprijs
Selincro® 18mg	7 tabletten	32,41 €
	14 tabletten	58,12 €

## SELINCRO® VERMINDERT ALCOHOLCONSUMPTIE MET 61% NA 6 MAANDEN BEHANDELING.<sup>1\*</sup>

Nu nog makkelijker om uw patiënt op te volgen dankzij de nieuwe verpakking van 14 tabletten.



<sup>1</sup> Van den Brink et al. Efficacy of oral nalmefene in alcohol-dependent patients with a need for high-dose oral withdrawal therapy: a subgroup analysis of two randomised controlled 6-month studies. *Alcoholism* 2013;38:570-578  
\* Vergelijken met baseline en in combinatie met psychosociale ondersteuning.

Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie "Bijwerkingen" voor het rapporteren van bijwerkingen. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL** Selincro 18 mg filmomhulde tabletten. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Elke filmomhulde tablet bevat 18,06 mg nalmefene (als hydrochloridedihydraat). **FARMACEUTISCHE VORM** Filmomhulde tablet. **THERAPEUTISCHE INDICATIES** Selincro is geïndiceerd voor de reductie van alcoholconsumptie bij volwassen patiënten met alcoholafhankelijkheid en een hoog risiconiveau van drankgebruik (Drinking Risk Level (DRL)), zonder lichamelijke onthoudingssymptomen en die geen onmiddellijke detoxificatie vereisen. Selincro dient alleen te worden voorgeschreven in combinatie met continue psychosociale ondersteuning, gericht op therapietrouw en het reduceren van alcoholconsumptie. Selincro moet alleen worden gestart bij patiënten die twee weken na de initiële evaluatie een hoog DRL blijven houden. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING** Bij een eerste bezoek moeten de klinische status van de patiënt, de alcoholafhankelijkheid en het niveau van alcoholconsumptie (op basis van rapportage door de patiënt) worden geëvalueerd. Daarna moet de patiënt worden gevraagd om zijn of haar alcoholconsumptie gedurende ongeveer twee weken bij te houden. Bij het volgende bezoek kan Selincro worden gestart bij patiënten die een hoog DRL behielden gedurende deze twee weken, in combinatie met psychosociale interventie gericht op therapietrouw en het reduceren van alcoholconsumptie. Tijdens de belangrijkste studies werd de grootste verbetering gezien binnen de eerste 4 weken. De respons van de patiënt op de behandeling en de noodzaak de farmacotherapie voort te zetten, dient op regelmatige basis (bijvoorbeeld maandelijks) te worden geëvalueerd. De arts dient de vooruitgang van de patiënt in het reduceren van alcoholconsumptie, algemeen functioneren, therapietrouw en alle mogelijke bijwerkingen te blijven beoordelen. Voor het gebruik van Selincro onder gerandomiseerde en gecontroleerde condities zijn klinische data beschikbaar over een periode van 6 tot 12 maanden. Voorzichtigheid is geboden als Selincro langer dan 1 jaar wordt voorgeschreven. Selincro moet indien nodig ingenomen worden. Op elke dag dat de patiënt een risico op het drinken van alcohol voorziet, dient één tablet ingenomen te worden, bij voorkeur 1 tot 2 uur voordat men denkt te gaan drinken. Als de patiënt al alcohol gedronken heeft zonder Selincro in te nemen, moet de patiënt zo snel mogelijk één tablet innemen. De maximale dosering van Selincro is één tablet per dag. Selincro kan met of zonder voedsel ingenomen worden. **Speciale patiëntengroepen:** Oudere patiënten (≥65 jaar): Er wordt geen aanpassing van de dosering aanbevolen voor deze patiëntengroep. **Nierinsufficiëntie:** Er wordt geen aanpassing van de dosering aanbevolen voor patiënten met een milde of matige nierinsufficiëntie. **Leverinsufficiëntie:** Er wordt geen aanpassing van de dosering aanbevolen voor patiënten met een milde of matige leverinsufficiëntie. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Selincro bij kinderen en adolescenten <18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Wijze van toediening:** Selincro is voor oraal gebruik. De filmomhulde tablet moet in zijn geheel ingenomen worden. De filmomhulde tablet mag niet gedeeltelijk of verbrijzeld worden omdat nalmefene sensibilisatie van de huid kan veroorzaken wanneer het in direct contact komt met de huid. **CONTRA-INDICATIES** Overgevoeligheid voor de werkzame stof(fen) of voor (één van) de hulpstof(fen). Patiënten die opioïde analgetica innemen. Patiënten met een huidige of recente opioïde-overspanning. Patiënten met acute ontwenningssymptomen na het staken van opioïden. Patiënten bij wie recent opioïd gebruik wordt vermoed. Patiënten met ernstige leverinsufficiëntie (Child-Pugh classificatie). Patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (eGFR < 30 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup>). Patiënten met een recente geschiedenis van een acuut alcoholonthoudingssyndroom (waaronder hallucinaties, convulsies en delirium tremens). **BIJWERKINGEN** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: Meer dan 3.000 patiënten zijn blootgesteld aan nalmefene tijdens klinische studies. Algemeen genomen lijkt het veiligheidsprofiel consistent over alle uitgevoerde klinische studies. De frequenties van de bijwerkingen in Tabel 1 zijn berekend op basis van drie gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde studies bij patiënten met alcoholafhankelijkheid (1.144 patiënten blootgesteld aan Selincro indien nodig en 797 blootgesteld aan placebo indien nodig). De meest voorkomende bijwerkingen waren misselijkheid, duizeligheid, insomnie en hoofdpijn. De meeste van deze reacties waren mild of matig, gerelateerd aan het starten van de behandeling, en van korte duur. Een verwarde toestand en, in zeldzame gevallen, hallucinaties en dissociatie werden gerapporteerd tijdens de klinische studies. De meeste van deze reacties waren mild of matig, gerelateerd aan het starten van de behandeling, en van korte duur (één paar uur tot een paar dagen). De meeste van deze bijwerkingen verdwenen als de behandeling werd voortgezet en kwamen niet terug bij herhaalde toediening. Hoewel deze voorvallen over het algemeen van korte duur waren, konden het verschijnen van een alcoholische psychose, een alcoholonthoudingssyndroom, of een comorbide psychiatrische aandoening. Frequenties van de bijwerkingen: De frequentie is als volgt bepaald: zeer vaak (≥1/10), vaak (≥1/100, <1/10), soms (≥1/1.000, <1/100), zelden (≥1/10.000, <1/1.000), zeer zelden (<1/10.000) of niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Voedings- en stolwisselingsstoornissen:** vaak: verminderde eetlust. **Psychische stoornissen:** zeer vaak: insomnie. Vaak: slaapstoornis, verwarde toestand, rusteloosheid, verminderd libido (inclusief libidoverlies). Niet bekend: hallucinatie (inclusief auditieve hallucinatie, gevoelshallucinatie, visuele hallucinatie en somatische hallucinatie), dissociatie. **Zenuwstelselaandoeningen:** zeer vaak: duizeligheid, hoofdpijn. Vaak: somnolentie, tremor, stoornis van aandacht, paresthesie, hypo-esthesie. **Hartaandoeningen:** vaak: tachycardie, hartkloppingen. **Maag-darmstelselaandoeningen:** zeer vaak: misselijkheid, braken, droge mond. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** vaak: hyperhidrose. **Skeletspierstelsel- en bindweefselstoornissen:** vaak: spierspasmen. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** vaak: vermoeidheid, asthenie, malaise, gevoel abnormaal. **Onderzoek:** vaak: gewicht verlaagd. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het nationale meldsysteem: voor België: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, Afdeling Vigilantie, EUROSTATION II, Victor Hortaplein, 40/40, B-1060 Brussel (website: www.fagg.be, e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be). **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN H. LUNDBECK A/S. NUMMERS VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** 7 tabletten: EU/1/12/815/001. 14 tabletten: EU/1/12/815/007. **AFLEVERING** Op medisch voorschrift. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 11/2014. Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau (<http://www.ema.europa.eu>).



Selincro®  
nalmefene