

# NIEUWE ESPEN-RICHTLIJNEN VOOR DE GERIATRISCHE VOEDINGSZORG



*Domien Van Dijk, klinisch diëtist te AZ Maria Middelaers Gent, diëtist bij het diëtistencollectief en ondersteunend lid bij de Vlaams Diëtisten Ouderenzorg (VlaDiO)*

Op het recente congres te Madrid maakte ESPEN, de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, haar nieuwe richtlijnen voor voeding en hydratatie bij de geriatrische doelgroep bekend (1). Deze richtlijnen waren hoognodig, gezien de laatste aanbevelingen voor enterale en parenterale voeding dateren uit respectievelijk 2006 (2) en 2009 (3). Sinds de publicaties zijn er veel robuuste onderzoeksresultaten bijgekomen. Met de Europese vergrijzing in het achterhoofd, drong een nieuwe consensus over deze resultaten zich op. Een expertpanel van ESPEN heeft deze verantwoordelijkheid op zich genomen, met als resultaat 82 concrete richtlijnen.

In dit artikel overlopen we in grote lijnen enkele van deze nieuwe richtlijnen en wat deze impliceren voor het werkveld. Er worden verder enkele tekortkomingen van de aanbeveling in kaart gebracht.

## Populatie en thema's

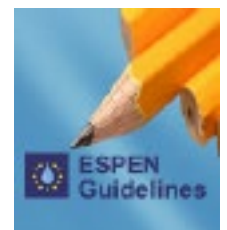
De richtlijnen hebben een transparante opbouw en methodologie, vergelijkbaar met die van een meta-analyse of systematische review. Dit laat toe om eenvoudig na te gaan voor welke populatie en omtrent welke thema's de richtlijnen gelden. De populatie van de richtlijn is de 65-plusser, met soms enkele accenten voor personen met specifieke aandoeningen. De thema's zijn ondervoeding, sarcopenie, kwetsbaarheid en dehydratatie. Hierbij wordt er vooral gefocust op aanbevelingen voor energie, eiwitten en vocht. Onderzoeksresultaten over micronutriënten werden niet geïntegreerd. Dit is een eerste tekortkoming van de richtlijn: er wordt geen duidelijkheid gecreëerd over veel voorkomen-

de tekorten in micronutriënten, wat dit betekent voor de kwaliteit van leven en hoe deze aangepakt moeten worden. Desondanks zijn er preliminaire onderzoeksresultaten die aantonen dat bepaalde micronutriënten, zoals vitamine B12 en foliumzuur, een rol kunnen spelen in de preventie van dementie en kwetsbaarheid. Door het ontbreken van langetermijn gerandomiseerde studies is nog niet geheel duidelijk hoe sterk deze relaties zijn (4,5). Voorlopig komt er vanuit ESPEN daarom nog geen concrete richtlijn over hoe we deze resultaten moeten hantieren in een zorgsetting.

## Bestrijden van ondervoeding, sarcopenie en kwetsbaarheid

De oudere persoon is onderhevig aan enkele fysiologische veranderingen waardoor de algehele inname kan dalen. Enkele voorbeelden hiervan zijn vertraagde maaglediging, leeftijdsgeïnduceerde anorexie en verminderde geur- en smaakervaring. Verder zorgen hormonale en metabole veranderingen ervoor dat de ingenomen voedingsstoffen minder efficiënt worden opgenomen en benut. De verminderde intake, opname en benutting van voedingsstoffen kan leiden tot ondervoeding. Ondervoeding is op zijn beurt een cofactor in het ontstaan van sarcopenie en kwetsbaarheid. De richtlijnen focussen zich hoofdzakelijk op het voorkomen of remmen van deze processen.

Het expertpanel beveelt aan om dagelijks minimaal 30 kcal en 1 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht te voorzien voor een oudere. Er wordt sterk benadrukt dat energie- en eiwitbehoeften zeer heterogeen zijn, zodat individuele aanpassing steeds



noodzakelijk blijft. Hiermee nemen ze het duidelijke standpunt in dat een oudere, ondanks vaak minder fysiek actief te zijn, toch een verhoogde energie- en eiwitbehoefte heeft. Een bedenking hierbij is dat de minimum aanbeveling voor eiwitten onder de aanbevelingen van verschillende Europese werkgroepen blijft, waarvan de meesten voor een oudere een inname van 1-1.3 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht aanraden. De beschikbare evidentie toont aan dat een hogere inname gepaard gaat met een lagere morbiditeit en een betere kwaliteit van leven (6). De aanbeveling van ESPEN wordt in de praktijk daarom best enkel naar boven aangepast, tenzij hier tegenindicaties voor zijn. Verder geeft de richtlijn geen duiding over de wijze van toediening van de eiwitten, hoewel het aan onderzoeksresultaten hieromtrent niet ontbreekt. Zo is er sterke evidentie dat de timing en dosering van eiwitten invloed heeft op de opbouw en het behoud van spiermassa (6). De intake van bijvoedingen voor revalidatieoefeningen en voor de nachtrust zou bijvoorbeeld een stimulerend effect hebben op de spieropbouw.

Ook de inname van 7,5g essentiële aminozuren per maaltijd stimuleert de spieropbouw bij oudere patiënten. Om dit te bereiken dient er een minimum van 20 tot 30g eiwit per maaltijd voorzien te worden. De aanbeveling toont dus duidelijk dat er een verhoogde eiwitbehoefte is bij elke oudere, maar hoe hoog deze moet zijn om een optimale gezondheidsuitkomst te krijgen alsook timing en dosering van eiwitten blijft een punt van discussie.

Nadien hebben de richtlijnen veel aandacht voor de omkadering van een doorgevoerde energie- en eiwitverrijking. Hierbij beschrijven de richtlijnen het belang van het diëtisch consult, persoonlijke voorkeuren, aangepaste consistenties, fingerfoods, maaltijdbegeleiding en screening naar ondervoeding. Uit deze topics blijkt ook de brede visie die gehouden is bij het maken van richtlijnen. Multidisciplinariteit, sociale omkadering en zelfs de sfeer tijdens de maaltijden komen aan bod. Dit toont aan dat er verder wordt gekeken dan louter fysieke parameters bij het opstellen van de richtlijnen.

Na de algemene voedingsrichtlijnen wordt er specifiek ingegaan op het toepassen van bijvoedingen en sondevoeding bij de geriatrische patiënt. Het zijn deze richtlijnen die het meest vernieuwend zijn ten opzichte van de vorige aanbevelingen. Voor bijvoedingen zijn de richtlijnen zeer proactief. Er wordt aangeraden om met bijvoedingen te starten bij personen met ondervoeding of het risico daarop, ongeacht de mate waarin er met conventionele voeding doelen behaald kunnen worden. Deze aanbeveling is het resultaat van enkele systematische reviews, die duidelijk aantonen dat bijvoedingen een groter gezondheidsvoordeel bieden tegenover een diëtisch consult en voedingsaanpassingen. Er wordt aanbevolen om behandelingen minimaal 30 dagen te laten duren, en te zorgen voor dagelijks 400 extra kcal en 30 g eiwit. Dit is meer dan een dosis van de meeste bijvoedingen op de markt. Ook bij deze richtlijn komt de timing van bijvoedingen niet aan bod, hoewel het aan literatuur hieromtrent niet ontbreekt.

Op vlak van sondevoeding en parenterale voeding wordt er aanbevolen te starten met therapie als er verwacht wordt dat de patiënt voldoet aan een van volgende criteria:



- De te verwachten intake is voor de patiënt de volgende 3 dagen onmogelijk.
- De te verwachten intake van de patiënt zal de volgende week minder dan de helft van zijn behoefte bedragen, ondanks het toepassen van voedingsaanpassingen.

Uiteraard dient hierbij pas gekozen te worden van parenterale voeding als enterale voeding geen oplossing kan zijn. Verder wordt er geadviseerd om het per os voeden tijdens de sondevoeding te stimuleren als dit veilig kan gebeuren. Het panel benadrukt hierbij dat sonde- en parenterale voeding enkel opgestart mag worden wanneer dit effectief kan bijdragen aan de prognose en kwaliteit van leven van de patiënt.

De richtlijnen behandelen nadien de rol van voeding en bijvoedingen bij enkele specifieke ziektebeelden die een hoge incidentie hebben in een geriatrische populatie. Zo worden er richtlijnen gegeven voor de behandeling en preventie van heupfracturen, delier, diabetes en obesitas.

### Bestrijden van dehydratatie

Een laatste belangrijk verschil ten opzichte van de vorige richtlijnen van ESPEN is dat er uitgebreid aandacht is voor de vochtbalans. Deze focus op vochtbalans bij ouderen wordt aangehouden omdat er sterke evidentie is dat een verhoogde serumosmolaliteit geassocieerd is met een verhoogde mortaliteit bij ouderen op middellange termijn. De osmolaliteit stijgt wanneer we niet voldoende gehydrateerd zijn. Er wordt gesproken van een gestegen serumosmolaliteit vanaf 300mOsm/kg of hoger. Het panel raadt aan om enkel de osmolaliteit te gebruiken bij de screening naar dehydratatie. Andere methoden zoals urinekleur, huidknijptest en de droogte van de lippen en mond worden afgeraden wegens minder betrouwbaar.

Het expertpanel maakt het onderscheid tussen twee vormen van dehydratatie. De eerste vorm, *lage intake dehydratatie*, is het gevolg van een verlaagde inname van vloeistoffen en voedingsmiddelen. Bij deze vorm van dehydratatie is er een gestegen serumosmolaliteit. Bij lage intake dehydratatie raadt het panel aan om de vochttoevoer te verzekeren. Voor oudere vrouwen raden ze 1,6 liter vocht per

dag aan, voor mannen 2 liter. Om deze te bekomen mogen alle types dranken worden ingezet. Frisdranken, bijvoedingen, koffie, soep en zelfs alcoholische dranken met een alcoholpercentage lager dan 4% kunnen aangewend worden om te hydrateren. Bij personen die wegens medische redenen niet voldoende kunnen drinken, wordt percutane of intraveneuze suppletie aangeraden.

De tweede vorm van dehydratatie is *ondervulling*. Deze ontstaat voornamelijk door het groot verlies van vocht en mineralen, bijvoorbeeld na een groot bloedverlies of overdosering van antidiuretica. Bij deze vorm van dehydratatie is de serumosmolaliteit niet steeds verstoord. Er wordt van dit type uitdroging gesproken wanneer een persoon die van zittende naar staande positie gaat, een stijging van de hartslag met meer dan 30 slagen per minuut ondervindt. Bij ondervulling wordt aangeraden om niet enkel extra vocht te voorzien, maar ook voldoende elektrolyten. Er wordt aangeraden dit te doen met isotone of licht hypotone dranken. Ook hier wordt de toediening van vocht via alternatieve wegen aanbevolen wanneer de orale inname niet volstaat.

ESPEN heeft bij de aanbevelingen rond vocht veel aandacht voor het beleid in een zorgsetting. Zo wordt er aanbevolen in instellingen multimodale interventies op te zetten om de vochtinname te bevorderen. ESPEN raadt verder aan dat regeringen resultaten over dehydratatie systematisch opvolgen binnen hun regio. In Vlaanderen is voorlopig enkel de screening naar ondervoeding verplicht in ziekenhuizen. Het is afwachten of dit voor vochtbalans ingevoerd zal worden.

### Besluit

De nieuwe ESPEN-richtlijnen voor de geriatrische voedingszorg vatten mooi samen hoe er met voeding op een holistische en preventieve manier aan de gezondheid van de oudere persoon gewerkt kan worden. Het fenomeen van ondervoeding wordt er uitgebreid behandeld en veel van de huidige praktijken in België worden bevestigd. De richtlijn promoot een proactieve aanpak voor het starten van bijvoedingen en sondevoeding. Verder gaat de richtlijn uitgebreid in op het screenen naar en tegengaan van dehydratatie.

Hoewel de richtlijnen duidelijkheid scheppen over verschillende topics binnen de geriatrische voedingszorg zijn er toch nog een aantal tekortkomingen. Zo is er geen duidelijkheid over de rol micronutriënten en wordt er niet gesproken over de rol van timing en dosering van eiwitten. Desondanks is de richtlijn momenteel de meest vooraanstaande voor de geriatrische voedingszorg. Vanuit VlaDiO willen we iedereen aanraden om zelf de richtlijnen kritisch door te nemen. Ze zijn vrij toegankelijk via de website van ESPEN.

Hopelijk kan deze richtlijn een rol spelen in het uitbouwen en verbeteren van de geriatrische voedingszorg in ziekenhuizen, residentiële- en thuissettingen. Laten we er samen werk van maken.

### Referenties

1) Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L.,... & Sobotka, L. (2018). ESPEN Guideline on Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics. *Clinical Nutrition*. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024

2) Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., Cederholm, T., Bertrand, P. C., Milne, A.,... & Krys, U. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clinical nutrition*. 25(2), 330-360.

3) Sobotka, L., Schneider, S. M., Berner, Y. N., Cederholm, T., Krznaric, Z., Shenkin, A.,... & Volkert, D. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition*. 28(4), 461-466.

4) Araújo, J. R., Martel, F., Borges, N., Araújo, J. M., & Keating, E. (2015). Folates and aging: Role in mild cognitive impairment, dementia and depression. *Ageing research reviews*. 22, 9-19.

5) Kane, R. L., Butler, M., Fink, H. A., Brasure, M., Davila, H., Desai, P.,... & Calvert, C. (2017). Interventions to prevent age-related cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer's-type dementia. *Agency for Healthcare Research and Quality*.

6) Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A. J., Morley, J. E.,... & Visvanathan, R. (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors association*. 14(8), 542-559.