

# Ondervoeding bij ouderen

Op tijd signaleren en adequaat behandelen van ondervoeding in de eerste lijn

Ondervoeding bij ouderen wordt vaak niet of te laat gesignaleerd. De gezondheid van mensen gaat hierdoor onnodig achteruit. Dat stellen Wageningse onderzoekers na interviews met 22 voedings- en zorgprofessionals. Zij publiceerden erover in het internationale wetenschappelijke tijdschrift BMC Nutrition [1].

In Nederland is gemiddeld één op de vier tot vijf patiënten in ziekenhuizen, zorginstellingen en de thuiszorg ernstig ondervoed [2]. Risicogroepen voor ondervoeding zijn kwetsbare ouderen, chronisch zieken, oncologische patiënten, patiënten die een grote operatie ondergaan en patiënten met een ernstig trauma [2,3].

Bij ondervoeding is er sprake van verlies van spiermassa. *Ondervoeding* wordt omschreven als een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten [4]. Ondervoeding komt niet alleen voor bij mensen met een te laag gewicht, ook mensen met een normaal gewicht of overgewicht kunnen ondervoed zijn.

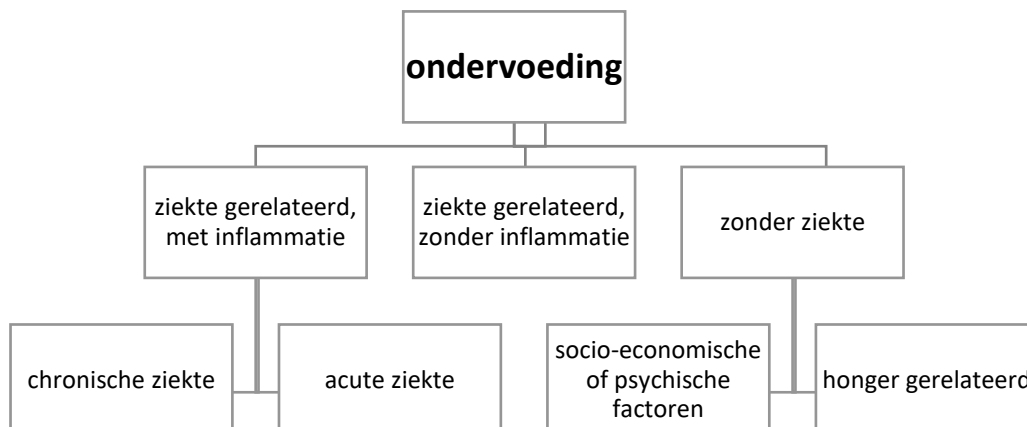
## Typen ondervoeding

De categorisering van typen ondervoeding helpt in het begrip voor de pathofysiologie en is bepalend voor de inhoud van de behandeldoelen. Figuur 1 geeft de verschillende typen ondervoeding weer zoals beschreven door ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) [5].

Men spreekt van ondervoeding wanneer sprake is van minimaal één van de volgende criteria:

- Een BMI (Body Mass Index) lager dan 18,5 (of bij cliënten van 65 jaar en ouder een BMI < 20,0 kg/m<sup>2</sup>);
- Onbedoeld gewichtsverlies van >10% in 6 maanden en/of
- Onbedoeld gewichtsverlies van >5% in een maand

**Figuur 1. Typen ondervoeding**



## Cachexie

Als er sprake is van ziekte gerelateerde ondervoeding met inflammatie, kan er sprake zijn van cachexie. Cachexie kenmerkt zich door een ernstige metabole ontregeling met gevolgen voor onder andere de spiermassa, het energieverbruik, de functionaliteit en de eetlust. Ziektebeelden waarbij dit optreedt zijn kanker, COPD en andere chronische inflammatoire aandoeningen [6].

## Sarcopenie

*Sarcopenie* is het fysiologische verlies van spiermassa ten gevolge van het ouder worden en minder bewegen. Er bestaan twee vormen van sarcopenie. Primaire sarcopenie wordt veroorzaakt door veroudering en secundaire sarcopenie is voeding-, activiteit en ziekte gerelateerd [4,7,8].

## Gevolgen van ondervoeding

De gevolgen van ondervoeding zijn een vertraagd herstel en verminderde afweer, algehele fysieke en psychische achteruitgang en een hogere mortaliteit. Tevens veroorzaakt het een afname van de kwaliteit van leven en een verhoogde kans op vallen, ziekenhuisopname, extra thuiszorg, opname in verpleeg- of verzorgingstehuis. Daarnaast heeft deze doelgroep meer kans om sociaal geïsoleerd te raken [9].

## Screenen van ondervoeding

Een vroegtijdige screening om (het risico op) ondervoeding vast te stellen is van groot belang om bovengenoemde gevolgen te voorkomen. Een gevalideerd en veelgebruikt screeningsinstrument voor mensen ouder dan 65 jaar is de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) 65+. Dit meetinstrument screent op onbedoeld gewichtsverlies, BMI of bovenarmomtrek en eetlust en functionaliteit. De bovenarmomtrek wordt gebruikt indien de BMI lastig vast te stellen is doordat de patiënt bijvoorbeeld niet kan staan, of wanneer sprake is van een scoliose, amputaties, protheses of oedeem. Wanneer de vragen doorlopen zijn, bepaald de eindscore of de patiënt wel of niet ondervoed is of dat er een risico bestaat op ondervoeding [9].



Hoe de SNAQ geïmplementeerd kan worden zal per huisartsenpraktijk (of thuiszorgorganisatie) verschillen. Te denken valt om de SNAQ toe te voegen aan de griepriek aan patiënten ouder dan 75 jaar. De Groninger Huisartsen Coöperatie is 1 januari 2016 het zorgvernieuwingsproject "Integrale zorg voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek" begonnen. Als diëtisten zouden we graag zien dat de SNAQ in dit project wordt opgenomen. Ook is het belangrijk dat er tijdens het reguliere consult met kwetsbare ouderen gemeten en gewogen wordt.

Op de website van Stuurgroep Ondervoeding ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)) kan uitleg van de SNAQ gedownload worden. Ook kan de SNAQ hier besteld worden.

## Behandeling ondervoeding

De behandeling van ondervoeding is maatwerk. De rol van de diëtist bij (een risico op) ondervoeding is onmiskenbaar. Allereerst zal de voedingstoestand van de cliënt beoordeeld worden. Dit wordt gedaan door het berekenen van de voedingsanamnese, deze wordt vergeleken met de persoonlijke voedingsbehoefte. De energie- en eiwit inname is hierbij het meest belangrijk omdat deze macronutriënten een positieve invloed hebben op herstel van weefsel en spieropbouw. Het doel van de behandeling van ondervoede cliënten is het optimaliseren van de voedingstoestand. Bijkomende doelen kunnen zijn een toename of behoud van het gewicht en/of spiermassa, en het verbeteren van het fysiek functioneren.

Wanneer een cliënt ondervoed is wordt een energie- en eiwit verrijkt dieet geadviseerd. De diëtist geeft altijd een persoonlijk advies. Wat voor de een goed werkt, hoeft bij een ander niet zo uit te pakken. Bij voorkeur

wordt dit met extra kleine eetmomenten en “normale voedingsmiddelen” gedaan zoals extra zuivel, volle producten en energierijke dranken. Wanneer op deze manier onvoldoende vooruitgang geboekt wordt, kan er overgegaan worden op dieetpreparaten zoals drinkvoeding, poeder, soep e.d.

Het voorschrijven van dieetpreparaten wordt zowel door artsen als diëtisten gedaan. Er zijn zorgverzekeraars (Achmea) waarbij sinds januari 2015 alleen een jeugdarts, medisch specialist of diëtist dieetpreparaten mogen voorschrijven. De huisarts mag dieetpreparaten voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie dieet zijn vast gesteld. Het zou onze voorkeur hebben dat dieetpreparaten altijd worden voorgeschreven door een diëtist. De diëtist is specialist op het gebied van voeding en kan adequaat inschatten wat de voedingstoestand van de patiënt is en wat de patiënt op dat moment nodig heeft. Daarnaast heeft de diëtist kennis van het scala en verschil tussen de dieetpreparaten. Er zit per soort dieetpreparaat verschil in o.a. energie, eiwitten, koolhydraten en vezels. Op die manier kan het soort drinkvoeding afgestemd worden op het ziektebeeld en de klachten van de patiënt.

### ***Bewegen bij ouderen***

Voor toename en herstel van spiermassa is het onmisbaar om - naast het verhogen van de energie- en eiwitinname in de voeding - meer te bewegen. Bij een optimale behandeling van ondervoeding werken diëtist en fysiotherapeut samen. Daarnaast is er door bewegingsarmoede een verhoogd risico op vallen en daarmee een verhoogde kans op botfracturen. De combinatie van een juiste voeding en beweging zorgt voor opbouw en behoud van spiermassa [10].

### ***Ondervoeding in de palliatieve fase***

Bij ziektegerichte palliatie en een verwachte levensduur van enkele maanden kan met een eiwit-energieverrijkte dan wel adequate voeding handhaving of mogelijke verbetering van de voedingstoestand haalbaar zijn. Bij symptoomgerichte palliatie en een verwachte levensduur van enkele weken wordt comfortvoeding geadviseerd. Comfortvoeding (voorheen palliatieve voeding of wensdieet genoemd) is gericht op comfort, vermindering van hinderlijke symptomen, loslaten van behoud van de voedingstoestand en acceptatie van het veranderende perspectief. De cliënt eet als hij wil en kan eten en eet niet als hij dat niet kan of wil. De inname van voldoende energie en voedingsstoffen heeft dan geen prioriteit meer. Afhankelijk van de hulpvraag kan de diëtist ook in deze laatste fase een rol spelen. De diëtist onderzoekt wat de wensen en behoeften zijn qua voeding cliënt en kan hierin adviseren en begeleiden [11].

### ***Auteurs***

Annemiek van Kessel en Janneke Kramer, diëtisten bij Diëtistenpraktijk Janneke Kramer

### ***Contact***

info@jannekekramer.nl

### **Literatuurlijst**

1. Ziylan, C., et al. Dutch nutrition and care professionals experience with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults. BMC Nutrition, 2015.
2. Halfens, R.J.G., et al. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten, 2015.
3. Schilp, J., et al., High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. 2012
4. Cederholm T., et al., Definitions and terminology of clinical nutrition: an ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. 2016
5. Stuurgroep Ondervoeding., Richtlijn ondervoeding, Herkenning, diagnosestelling en behandeling van

Ondervoeding bij volwassenen, 2017.

6. Fearon, K., et al., Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*, 2011.
7. Fielding, R.A., et al., Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, 2011.
8. Muscaritoli, M., et al., Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clin Nutr*, 2010.
9. Kruijenga H.M., et al., Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Am J Clin Nutr*, 2005.
10. van Asseldonk., G.A.E.G., et al., Ziektegerelateerde ondervoeding bij volwassenen. *Bohn Stafleu van Loghum*, 2007.
11. Vogel, J., et al. *Handboek Voeding bij kanker*. De Tijdstroom, 2012.