

Maart 2008

I PROBLEEM

Deze CAP richt zich op de nutritionele begeleiding van ouderen wiens gewicht onder het ideale lichaamsgewicht zit (gebaseerd op lage BMI-scores). Sommigen zullen al een significant ondergewicht hebben en zijn dus ondervoed, terwijl anderen zich nog in de risicozone zullen bevinden.

Gewichtsverlies heeft verscheidene oorzaken, waaronder gebrek aan kennis over gezonde voeding, moeilijk kunnen kauwen en slikken, niet zelfstandig kunnen eten, cognitieve en communicatieve beperkingen, medische aandoeningen (bv. spierproblemen), gebrekkige eetlust (bv. vroegtijdig het gevoel hebben verzadigd te zijn), stemmingsstoornissen (bv. depressie), angst en gedragsproblemen, beperkte voedingskeuze en omgevingsgerelateerde factoren (bv. beperkte financiële middelen of voorzieningen).

Ondervoeding heeft een aantal negatieve gevolgen, waarvan sommige de cliënt zelfs in direct levensgevaar kunnen brengen. Andere gevolgen zijn onder andere aanhoudend gewichtsverlies, functionele achteruitgang, hartproblemen, huidproblemen en een verhoogd risico op infecties. Voor cliënten met een terminale of preterminale ziekte moet eerst rekening gehouden worden met het algemene zorgplan. Als de cliënt bijvoorbeeld niet lang meer te leven heeft en als iedereen in zijn/haar naaste omgeving daar vrede mee genomen heeft, kan het gepast zijn om de ondervoedingsproblemen te aanvaarden. In een dergelijk geval zouden heldhaftige nutritionele tussenkomsten volledig misplaatst zijn.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Elimineer indien mogelijk onderliggende ziekten, aandoeningen of geneesmiddelen die tot ondervoeding of risico op ondervoeding kunnen leiden.
- § Breng een aanvaardbaar behandelingsplan in praktijk opdat de cliënt voldoende calorieën zou opnemen waardoor verder gewichtsverlies of ondergewicht vermeden wordt.
- § Verbeter de levenskwaliteit van de cliënt door negatieve gevolgen van ondervoeding te voorkomen.

II CAP-ACTIVERING

In deze CAP worden de cliënten op basis van hun BMI (body mass index), een index die de verhouding tussen lengte en gewicht weergeeft, in drie groepen opgedeeld. De enige gegevens die voor het berekenen van deze CAP nodig zijn, zijn de lengte en het gewicht van de cliënt.

Tegelijkertijd houdt dat in dat die gegevens heel nauwkeurig opgemeten moeten worden. Hoe daarbij te werk gegaan moet worden, wordt uitvoerig in de interRAI-beoordelingstools beschreven.

- **GEACTIVEERD - HOOG RISICO.** Deze groep omvat cliënten die bij het begin van het onderzoek een BMI-score van 18,9 of lager hebben EN die geen duidelijke indicaties geven snel te zullen sterven. Het is universeel erkend dat dergelijke cliënten ondergewicht hebben.

De BMI-score toont eveneens aan in welke mate de cliënt ondervoed is: een BMI lager dan 16 = zwaar ondervoed; een BMI van 16-17 = matig ondervoed; een BMI van 18 = licht ondervoed.

Bovendien zal ongeveer de helft van de cliënten in deze groep regelmatig 25% of meer van hun voedsel onaangeroerd laten en zullen ze meer dan anderen de kans lopen om in de toekomst gewicht te verliezen.

Deze groep omvat ongeveer 10% van de ouderen in een RVT en 8% van de ouderen die thuiszorg ontvangen.

- **GEACTIVEERD - MATIG RISICO.** Deze cliënten hebben bij het begin van het onderzoek een BMI-score van 19 tot 21 EN geven geen duidelijke indicaties snel te zullen sterven.

Hoewel van deze cliënten in de regel niet gezegd wordt dat ze ondergewicht hebben, zal ongeveer één op de vijf cliënten uit deze groep die in een RVT verblijven bij de volgende interRAI-beoordeling een BMI van 18 of lager hebben. Vier op de tien cliënten uit deze groep zullen bij de meeste maaltijden vaak 25% of meer van hun maaltijd onaangeroerd laten.

Deze groep omvat ongeveer 18% van de ouderen in een RVT en 14% van de ouderen die thuiszorg krijgen.

- **NIET GEACTIVEERD.** Alle anderen. Deze groep omvat ongeveer 73% van de ouderen in een RVT en 78% van de ouderen die thuiszorg ontvangen.

III RICHTLIJNEN

Wat volgt is een overzicht van de problemen die betrekking hebben op de ondervoeding van de cliënten bij wie deze CAP geactiveerd werd. Die problemen zijn belangrijk en zouden dus in het zorgplan opgenomen moeten worden.

Bepaal eerst of de cliënt bij de meeste maaltijden een aanzienlijke hoeveelheid voedsel onaangeroerd laat. Wanneer dat het geval is (bij ongeveer de helft van de geactiveerde cliënten zal dat zo zijn), moet ernaar gestreefd worden die situatie om te keren. Zonder een werkzaam plan zal de overgrote meerderheid van die cliënten dit in de toekomst blijven doen. Cliënten die voedsel laten liggen scoren in vergelijking met cliënten die dat niet doen op de volgende gebieden veel hogere percentages: abnormale laboratoriumwaarden (70% vs. 40%); kans om een nieuw geneesmiddel te moeten nemen (60% vs. 30%); aanwezigheid van een cardiovasculair probleem [bv. hypertensie (51% vs. 29%) – congestief hartfalen (23% vs. 10%)]; een recente ADL-achteruitgang (31% vs. 10%).

Bij de beoordeling van cliënten die geen voedsel laten liggen, is het belangrijk te achterhalen wat ze te eten krijgen. Net zoals alle cliënten met ondergewicht kunnen ook zij baat vinden bij meer complexe koolhydraten, volle granen, groenten, fruit, proteïnen en in sommige gevallen ook vetten. Dit blijft echter een belangrijke uitdaging voor de cliënten bij wie deze CAP geactiveerd werd. De doelstelling is om cliënten met ondergewicht meer calorieën te laten opnemen (minstens 1600 per dag voor een vrouw en 2000 voor een man). Om die doelstelling te bereiken moet de zorgverlener kennis hebben van de voorkeuren van de cliënt op het gebied van voeding, en moet hij/zij achterhalen wat het zou vergen om de calorieopname langzaam te doen verhogen.

BEOORDELING VAN HUIDIGE EETPATRONEN

T *Slaagt er niet in de maaltijd op te eten.* Zelfs enkele dagen van onvoldoende voedselopname kunnen leiden tot een benedenwaartse spiraal van versneld gewichtsverlies en een achteruitgaande conditie. Helaas zal meer dan 40% van de cliënten bij wie de CAP geactiveerd werd, vaak een behoorlijke hoeveelheid voedsel onaangeroerd laten. Het is dus erg belangrijk om op regelmatige basis de voedselopname te controleren.

- ❑ Eenvoudige controlerende vragen – Tel het aantal maaltijden en tussendoortjes die de cliënt gewoonlijk tijdens één dag krijgt (bv. een ontbijt, middagmaal, avondmaal en alle tussendoortjes). Hoeveel voedsel heeft de cliënt overgelaten? Laat de cliënt altijd dezelfde soort voedingsmiddelen over (bv. brood, aardappelen, pasta, groenten, fruit)? Wil de cliënt geen voedingsmiddelen eten die op een speciale manier bereid zijn?
- ❑ Het aangeboden of beschikbare voedsel is niet compatibel met de voedselkeuze van de cliënt (bv. geen vlees, te weinig smaak), allergieën (bv. niet lactosevrij), religieuze overtuigingen, vereiste voedselkwaliteit (bv. niet zoals de echtgeno(o)t(e) vroeger eten klaarmaakte).

- ❑ De intervallen tussen de maaltijden, vooral de uren tussen de laatste maaltijd 's avonds en de eerste maaltijd 's morgens.
- ❑ Nieuwe medicatie of behandeling die de eetlust van de cliënt vermindert. [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik' -CAP]
- ❑ De cliënt wil geen voedingssupplementen nemen of wil niet meer dan drie maaltijden per dag eten.

FACTOREN WAARMEE BIJ VERANDERING VAN DE HUIDIGE EETPATRONEN REKENING GEHOUDEN MOET WORDEN

- T** *Bepaal de voedselvoorkeuren van de cliënt.* Soort voedingsmiddelen, soort kruiden, wanneer de cliënt graag eet, welke voedingsmiddelen absoluut uit den boze zijn.
- T** *Slikstoornissen (dysfagie).* Moeilijk kunnen slikken wordt meestal met een of meerdere medische aandoeningen of behandelingen geassocieerd – bv. oesofagitis; bestraling; maligne tumor in de nek, het hoofd of de slokdarm; COPD; beroerte; hemiplegie; de ziekte van Parkinson; Zenkers divertikel; dementie. Bij aanwezigheid van één van deze aandoeningen, overweeg een doorverwijzing van de cliënt voor een slikbeoordeling.
- ❑ Redenen tot bezorgdheid zijn onder andere: onwil om bepaalde voedingsmiddelen te eten; traag eten; klagen over voedsel dat in de mond blijft plakken; pijn bij het slikken; ademhalingsproblemen; hoesten of zich verslikken tijdens het eten; aanwezigheid van mechanisch bewerkte voeding (bv. gepureerd).
 - ❑ Zou de cliënt die nu mechanisch bewerkte voeding eet gewone voeding kunnen eten en doorslikken? De eentonigheid van mechanisch bewerkte voeding kan tot een verminderde voedselopname leiden.
 - ❑ Wanneer oesofagitis door reflux veroorzaakt wordt, zouden slikstoornissen door het behandelen van dat probleem moeten verminderen of verdwijnen.
- T** *Gebitsproblemen.* Gebitsproblemen kunnen veroorzaakt worden door verschillende factoren, bijvoorbeeld, door een gebroken of gebarsten tand, bloedend tandvlees, losstaande tanden, wonden in de mond, droge mond of door een algemene slechte mondhygiëne.
- ❑ **Gebroken of gebarsten tanden.** Deze cliënten vereisen professionele aandacht.
 - ❑ **Bloedend tandvlees.** Bloedingen rond de tanden kan te maken hebben met een inflammatie van het tandvlees (gingivitis) of met een destructieve inflammatie van het bot rond de tanden (parodontitis). Het kan eveneens gelinkt worden met de aanwezigheid van een systemische ziekte of inname van bepaalde geneesmiddelen.
 - ❑ Aandacht moet uitgaan naar algemene procedures voor mondhygiëne.
 - ❑ Professionele aandacht is noodzakelijk wanneer een spontane bloeding ontstaat.

- ❑ **Losse of pijnlijke gebitten.** Wanneer deze problemen optreden is een gebitsevaluatie door een tandarts noodzakelijk. Deze kan nagaan of het nodig is tanden te vervangen.
- ❑ **Wonden aan lippen of in de mond (koude pijnlijke plekken, koortsblaren, pijnlijke plekken door kanker, nieuwe stukken in de mond).** Er zijn veel wonden die op lippen of in de mond kunnen optreden en zo het kauwen beïnvloeden. Een (tand)arts zou alle wonden, die niet binnen de 2 weken genezen zijn, moeten evalueren.
- ❑ **Smaak – en reukproblemen.** Ouderen klagen dikwijls over moeilijkheden met het smaken en ruiken. Eén van de meest voorkomende oorzaken is een slechte mondhygiëne.
- ❑ **Droge mond.** Deze toestand kan veroorzaakt worden door allerlei geneesmiddelen en ziekten, bestraling van het hoofd en de halsstreek, en dehydratie. De meest betrokken geneesmiddelen zijn antihypertensiva, anxiolytica, antidepressiva, antipsychotica, anticholinergica en antihistaminica. (zie ‘juist en verantwoord medicatiegebruik’ – CAP)

T Hulp bij het eten. Niet meer zelfstandig kunnen eten kan aan cognitieve of fysieke beperkingen te wijten zijn.

- ❑ Cognitieve beperkingen manifesteren zich in het niet meer kunnen begrijpen van of het zich niet meer kunnen concentreren op het eetproces.
- ❑ Fysieke beperkingen zijn onder andere musculoskeletale problemen die in verband staan met aandoeningen zoals artritis, contracturen, een arm die minder ver kan reiken of minder goed kan bewegen, het onvermogen om rechtop te zitten, ontbrekende ledematen.

Behandelingsmethodes omvatten onder meer de steun of hulp van anderen, prothetische strategieën of het opnieuw opleiden van de cliënt. Een cliënt te eten geven kan 30 tot 45 minuten in beslag nemen. Een prothetische aanpak betekent onder andere het gebruik van speciale benodigdheden (bv. een verzwaarde lepel) of het voorzien van voedingsmiddelen die de cliënt met zijn/haar resterende capaciteiten nog zelf kan opeten (bv. voeding waarvan de textuur aangepast is of voeding die je met de vingers kan eten), enz. Om een cliënt opnieuw op te leiden kan best de hulp van een ergotherapeut(e) ingeschakeld worden.

T *Ziekten.* Acute en chronische ziekten, vooral kwaadaardige, kunnen een invloed hebben op de voedingsbehoeften van een cliënt (bv. verminderde eetlust of een verminderde interesse in voeding; nood aan speciale hulpmiddelen om te kunnen eten). Onder andere de volgende ziekten moeten in acht genomen worden:

- ❑ Dementie, artritis, astma, COPD, hartaandoeningen, leveraandoeningen, nierziekten, kanker, diabetes, hypothyreoïdie, dentale of orale problemen.
- ❑ Ernstige recente acute aandoeningen en/of operaties kunnen leiden tot gewichtsverlies. Niet de onderliggende aandoening zelf maar vooral het verloop van de postoperatieve follow-up kan problematisch zijn. Cliënten die met dergelijke problemen te kampen hebben vinden baat bij een geschikt voedings- en oefenprogramma.
- ❑ Ziektesymptomen zijn onder andere koorts, infectie (bv. longontsteking, uretritis) en pijn (bv. gastro-intestinale pijn, constipatie).

T *Cognitieve en communicatieve problemen.* Onvoldoende voedselopname en gewichtsverlies staan in relatie tot de mate waarin iemand cognitief beperkt is (vooral een CPS-score van 4 tot 6, wat gelijk is aan een Mini-Mental State Examination (MMSE)-score lager dan 10, zie de cognitieverlies-CAP en de communicatie-CAP). De mechanismen variëren, maar kunnen het volgende omvatten: verminderde prikkels om zelf te kunnen eten of kauwen; minder goed kunnen slikken; minder genieten van eten; het optreden van allerlei gedragsstoornissen zoals het rondwalen op zoek naar meer aangename voeding. Die aandoeningen kunnen onder andere tot de volgende primaire behandelingsmethodes aanleiding geven: ervoor zorgen dat het eten lekker is; het volgen van niet-dreigende methodes om lichamelijk agressieve cliënten te eten te geven; het invoeren van een stimulerend schema om te garanderen dat de cliënt (bijna) alles opeet.

T *Depressie.* Depressie kan bij sommige cliënten leiden tot een verminderde eetlust. Een DRS-score van 3 of hoger wijst op een klinisch relevante depressie [zie stemmingsstoornissen-CAP].

T *Medicatie.* Negatieve uitwerkingen van medicatie zijn vaak een omkeerbare oorzaak van verminderde voedselopname. Verscheidene geneesmiddelen blijken de eetlust of de smaak- en reukzin aan te tasten of negatieve gastro-intestinale neveneffecten te hebben. Bovendien kunnen geneesmiddelen een invloed hebben op de absorptie, het metabolisme en de excretie van voedingsstoffen. Wanneer geneesmiddelen de ziektesymptomen (bv. pijn) aan de andere kant niet zoals verwacht verlichten, kan dat het vermogen om alledaagse taken (bv. boodschappen doen, koken) uit te voeren beperken. Daarom moeten de voorgeschreven geneesmiddelen door een arts gecontroleerd worden en indien nodig door andere soorten geneesmiddelen met minder neveneffecten vervangen worden.

- ❑ Het voedingsprogramma van cliënten die de volgende geneesmiddelen nemen, moet eventueel aangepast worden: diuretica, bepaalde cardiovasculaire geneesmiddelen, anti-inflammatoire geneesmiddelen, anti-Parkinsonmiddelen [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].

T *Speciale diëten.* Bepaal welk speciaal dieet de cliënt eventueel volgt en of het nodig is om met dat dieet verder te gaan.

- ❑ Diabetesdieet en beperking van allerlei voedingsmiddelen
- ❑ Dieet dat gewichtstoename beoogt
- ❑ Therapeutisch dieet – fijngesneden of gemalen voedsel dat rijk is aan calorieën of proteïnen

T *Fysieke en sociale omgeving.* Een gunstig eetpatroon vergt meer dan alleen maar een complete voeding. Ook de psychosociale setting, het interieur van de eetruimte en de aanwezige mensen moeten het eetproces bevorderen.

T *Prospectieve controle*

- ❑ Eten onaangeroerd laten
- ❑ Aanhoudend gewichtsverlies
- ❑ Hoe goed de cliënt de speciaal aangepaste benodigdheden gebruikt
- ❑ Cliënt blijft tijdens het eten aanwijzingen of hulp nodig hebben
- ❑ Opkomende of aanhoudende slikstoornissen
- ❑ Veranderingen in de voedselvoorkeuren
- ❑ Bepaal de energiewaarde van de opgediende voedingsmiddelen

AANVULLENDE BRONNEN

National Institute for Health and Clinical Excellence Quick Reference Guide, February 2006.
Oral Nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition.
guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8739#s24

AUTEURS

Gunnar Ljunggren, MD, PhD

Harriet Finne-Soveri, MD, PhD

John N. Morris, PhD, MSW