

VLAAMSE OUDERENRAAD

**Ondervoeding, een vaak voorkomend probleem
bij de oudste ouderen**

**Achtergrondnota bij het advies over de aanpak van
ondervoeding bij ouderen**

**Ondervoeding, een vaak voorkomend probleem
bij de oudste ouderen**

**Achtergrondnota bij het advies over de aanpak van
ondervoeding bij ouderen**

Inhoud

I. Gezond eten op oudere leeftijd	3
II. Ondervoeding bij ouderen is een onderschat probleem.....	4
A. Meer dan één op de tien Belgische ouderen is ondervoed.....	5
B. Verschillende risicofactoren voor ondervoeding.....	6
C. Ondervoeding heeft grote gevolgen.....	7
D. Risico's op ondervoeding zijn groter bij personen met dementie	8
E. Grote kosten voor de gezondheidszorg	9
F. Belang van een vroegtijdige en systematische screening van ondervoeding.....	9
G. Is er voldoende politieke aandacht?	10
III. Goede maaltijdzorg voor ouderen.....	13
Geraadpleegde bronnen.....	14

Een goede voeding is belangrijk voor een gezond leven op elke leeftijd. Sommige aspecten verbonden aan het ouder worden, kunnen een goede voedselinname en doorvoeding echter in het gedrang brengen. Preventie en vroege herkenning enerzijds, en anderzijds het opstarten en nauwgezet opvolgen van een adequate behandeling, zijn dan ook uitermate belangrijk. Ondervoeding bij ouderen is immers een vaak onderschat maar ernstig probleem. Het heeft zware gevolgen voor de algemene gezondheid en levenskwaliteit van de oudere persoon alsook voor de maatschappij die te maken krijgt met oplopende kosten in de gezondheidszorg.

Zoals geweten is de ouderenpopulatie heel divers. Naast de verschillen in leeftijd, gezondheidstoestand, gezinssamenstelling, afkomst, activiteitsgraad en geslacht zijn ook grote verschillen in voedingstoestand vast te stellen. Zo is obesitas een veel voorkomend probleem bij jongere ouderen, terwijl de oudste ouderen vaker ondervoed zijn. Ondervoeding komt namelijk meer voor bij ouderen die in een kwetsbare situatie leven, onder meer door hoge leeftijd, financiële problemen, zorgbehoefte of sociaal isolement. Het is de voedingsproblematiek van deze oudste en kwetsbare ouderen waar de Vlaamse Ouderenraad in dit achtergrond dossier en het bijbehorend advies aandacht aan besteedt.

Er bestaan nog heel wat misvattingen over ondervoeding bij de oudste ouderen.

Het is niet waar

- ... dat ouderen minder voedsel moeten innemen.
- ... dat gezonde ouderen andere voedingsbehoeften hebben dan jongere volwassenen.
- ... dat ouder worden gelijk staat met gewicht verliezen.
- ... dat de actieve voedingsdriehoek voor ouderen geen goede richtlijn meer is.
- ... dat ondervoeding bij ouderen de laatste jaren afneemt.
- ... dat ouderen met overgewicht niet tegelijkertijd ondervoed kunnen zijn.
- ... dat personen met dementie minder voeding nodig hebben.
- ... dat zwaarlijvige ouderen minder lang leven.
- ... dat ondervoeding in woonzorgcentra, ziekenhuizen, revalidatiecentra of in de thuissituatie systematisch gemeten en opgevolgd wordt.

I. Gezond eten op oudere leeftijd

In combinatie met beweging is voldoende en gezonde voeding voor ouderen een kernelement in het behoud van hun onafhankelijkheid en kwaliteit van leven. Natuurlijk reflecteert de gezondheidstoestand op oudere leeftijd de keuzes die vroeger in het leven gemaakt zijn, maar toch kan nog veel gedaan worden om de eigen gezondheid te behouden of te versterken. Men beseft vaak te weinig dat door het bewaken van een evenwichtig voedingspatroon en het bevorderen van een actieve leefstijl ook op latere leeftijd nog gezondheidswinst kan worden geboekt¹.

¹ Gezondheidsconferentie Voeding & Beweging, 2008

De algemene voedingsaanbevelingen voor gezonde 60-plussers verschillen bijna niets van deze van gezonde jongere volwassenen van hetzelfde geslacht. Ouderen blijven bijvoorbeeld minstens evenveel eiwitten, vitaminen, mineralen en voedingsvezels nodig hebben als jongere volwassenen. De actieve voedingsdriehoek en de voedingspiramide geven hen een idee van wat dagelijks gegeten moet worden om voldoende voedingsstoffen in te nemen. Dat totale voedingspakket moet bovendien ook op gevorderde leeftijd blijven aansluiten bij de algemene aanbevelingen voor een gezonde voeding ter preventie van chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, kanker en obesitas. De behoefte van ouderen aan essentiële voedingsstoffen is dus dezelfde maar hun energiebehoefte is wel lager. Daarom moet aandacht worden besteed aan het evenwicht tussen energie en voedingsstoffen. Een stabiel lichaamsgewicht bij oudere mensen is een teken van gezondheid².

Maar omdat de vertering, de absorptie en de metabole processen in het lichaam met toenemende leeftijd minder efficiënt gebeuren, is de nood aan bepaalde specifieke voedingsstoffen wel verhoogd (bv. calcium, vitamine D, vitamine B12). Dit betekent dat veel meer eten meestal niet nodig is maar dat men wel moet opletten wat men eet³.

Gezonde gemeenten

118 Vlaamse steden en gemeenten hebben in april 2013 het charter 'Gezonde Gemeente' ondertekend. Op 6 augustus 2013 waren dit er al 160. Al meer dan de helft van de Vlaamse steden en gemeenten engageren zich daarmee om de komende jaren werk te maken van een lokaal gezondheidsbeleid en gezondheid te integreren in de hele gemeentelijke werking. Het grote aantal steden en gemeenten dat het charter ondertussen ondertekend heeft, toont aan dat investeren in gezondheid aan belang wint.

Deze gezonde gemeenten zetten zich in om zowel sensibiliserende acties als projecten voor een gezond aanbod (van bijvoorbeeld groenten en fruit) en een gezonde omgeving (bijvoorbeeld fietspaden of voldoende groen- en rustruimte bij de inrichting van een nieuwe wijk) aan te bieden. Ook hebben ze de intentie de nodige capaciteit, budget en deskundigheid voor gezondheidsacties te vergroten. Met behulp van een groeimeter kunnen de steden en gemeenten jaarlijks nagaan hoe ver ze al staan en wat nog verbeterd kan worden⁴.

II. Ondervoeding bij ouderen is een onderschat probleem

Sommige aspecten verbonden met het ouder worden kunnen een adequate voeding in het gedrang brengen, bijvoorbeeld smaak- en reukvermindering, problemen met het gebit, ziekte(n), verlies van psychische en/of fysieke autonomie maar ook vereenzaming of geldgebrek. Voldoende toezicht en tijdig ingrijpen bij een vermoeden van ondervoeding zijn nodig, zeker bij kleine eters, zieke ouderen, ouderen met dementie of na hospitalisatie. Maar ook bij ouderen met overgewicht als gevolg van een energiedense en eenzijdige voeding is

² Healthy Ageing-project, 2007; Vandewoude, 2009

³ Vandewoude, 2009

⁴ www.gezondegemeente.be

waakzaamheid nodig. Oudere personen met overgewicht kunnen tegelijkertijd ondervoed zijn. Tekorten aan specifieke voedingsstoffen zoals vitamines en mineralen kunnen ondanks voldoende energiereserves bij hen aanleiding geven tot nieuwe of bijkomende gezondheidsproblemen.

Bij ouderen is er sprake van ondervoeding wanneer zij een onvrijwillig gewichtsverlies kennen van meer dan 10% in de afgelopen 6 maanden of van meer dan 5% in de laatste maand. Iemand boven de 70 jaar is ook ondervoed als hij of zij een body mass index (BMI) van minder dan 20 kg/m² heeft⁵.

A. Meer dan één op de tien Belgische ouderen is ondervoed

Uit onderzoek blijkt dat iets meer dan één op de tien Belgische ouderen ondervoed is. Gezien de gezondheidstoestand van de oudste ouderen is de incidentie hoger in ziekenhuizen en in woonzorgcentra dan gemiddeld bij thuiswonende ouderen. Vrouwen vertonen een groter risico op ondervoeding dan mannen. En extra waakzaamheid is nodig bij alleenstaanden, na hospitalisatie, bij depressie en dementie⁶.

De wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België vult deze bevindingen aan door te stellen dat de prevalentie van ondervoeding in ziekenhuizen, woonzorgcentra en de eerstelijnsgezondheidszorg (thuiszorg) steeds varieert en onder meer afhangt van de gebruikte methode en van de onderzochte populatie. De gegevens variëren volgens hen momenteel tussen 4 en 10% bij thuiswonende mensen, tussen 20 en 62% in het ziekenhuis en tussen 50 en 90% in woonzorgcentra⁷.

In februari 2013 onderzochten gespecialiseerde artsen, huisartsen en thuisverpleegkundigen (een samenwerking onder de naam NutriAction) samen met de Universiteit Antwerpen de voedingssituatie van 3641 Belgen ouder dan 70, zowel ouderen die nog thuis wonen als ouderen die in een woonzorgcentrum wonen. Deze studie is een opvolgonderzoek van NutriAction I, uitgevoerd in 2008. Toen werden 5334 Belgische 70-plussers gescreend.

De conclusies van NutriAction II in 2013 tonen aan dat 45% van de onderzochte ouderen een reëel risico heeft om ondervoed te raken, 12% van de onderzochte groep was daadwerkelijk ondervoed. De resultaten van 2008 zijn zeer gelijklopend: 49% van de thuiswonende ouderen kende een reëel risico op ondervoeding en 13% van de gepolste thuiswonende personen was ondervoed. In de woonzorgcentra had bijna zes ouderen op tien (57%) een risico op ondervoeding en bleek 16% ondervoed. Het percentage ondervoede patiënten in de Belgische ziekenhuizen werd dan weer geraamd op 30 tot 40%⁸.

⁵ Gerkens, et.al, 2011

⁶ NutriAction I, 2008; NutriAction II, 2013; Brisson, 2011

⁷ Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België, s.d.

⁸ NutriAction I, 2008; NutriAction II, 2013

Ook de resultaten van een andere studie uit 2007, over de voedingssituatie van geriatrische patiënten in de Belgische ziekenhuizen, zijn onrustwekkend: vier op de vijf oudere patiënten zijn ondervoed of lopen het risico op ondervoeding⁹.

B. Verschillende risicofactoren voor ondervoeding

De oorzaken van ondervoeding zijn velerlei en bevatten zowel de fysiologische, psychologische als sociale veranderingen geassocieerd met het verouderingsproces die een invloed hebben op de voedselinname en het lichaamsgewicht.

Socio-economische factoren

- eenzaamheid, isolement
- ontoereikende financiële middelen

Somatische factoren

- neuropsychiatrische aandoeningen (met verlies van psychische autonomie)
 - o dementie
 - o depressie
 - o ziekte van Parkinson
- chronische ziekten
 - o diabetes
 - o tumoren
 - o cardio-pulmonaire problemen
- gestoorde sensorische functies
 - o smaak- en reukveranderingen
 - o verslechterde visus
- veranderende anatomie
 - o toestand van het gebit
 - o operatieve ingrepen
 - o verminderde mobiliteit, verlies van fysieke autonomie waardoor bijvoorbeeld inkopen doen en koken moeilijk worden

Stofwisselingsfactoren

- geneesmiddelen
 - o gastro-intestinale nevenwerkingen
 - o effect op de zintuigen
 - o interactie tussen voeding en medicatie
- alcohol
- invloed van intercurrente ziekten die zich naast een reeds bestaande, vaak chronische ziekte ontwikkelen

Onnodig strenge of zinloze diëten

Slechts twee maaltijden per dag

⁹ Defloor, et.al., 2007

Partnerverlies of vereenzaming zijn in de thuissituatie vaak de eerste aanleiding van een verwaarloosd voedingspatroon. Als er daarnaast ook nog een somatisch of mentaal probleem optreedt (bv. depressie), kan ondervoeding zich makkelijk installeren. Een verlies van zelfstandigheid, te weinig aandacht voor het voedingsgebeuren in brede zin, bijkomende ziekten of problemen met mond en tanden en slik- en kauwproblemen verhogen het risico op ondervoeding. Ook het gebruik van geneesmiddelen vraagt bijzondere aandacht. De hoeveelheid geneesmiddelen die een persoon inneemt, heeft immers ook een invloed op de eetlust. Deze oorzaken van ondervoeding werken elkaar in de hand en leiden tot een vicieuze cirkel die soms moeilijk te doorbreken is.¹⁰

Een recente studie van de Universiteit Gent (Van Lanker et al., 2012) heeft aangetoond dat er een onafhankelijk verband bestaat tussen de mondgezondheid (tanden, tong, speeksel) en malnutritie¹¹ bij ouderen die langdurig in een woonzorgcentrum verblijven. Ook in de thuissituatie wordt een bezoek aan de tandarts en het aanpakken van mond- en tandproblemen vaak uitgesteld uit angst, financiële drempels of mobiliteitsmoeilijkheden. Tandproblemen en een onaangepast of niet passend kunstgebit kunnen echter tot gevolg hebben dat ouderen zich niet goed voeden. Het verzorgen van de tandhygiëne en het controleren van de tanden en de speekselfunctie bij ouderen is dan ook belangrijk.

C. Ondervoeding heeft grote gevolgen

Ondervoeding zet het lichaam onder druk. Het kan niet langer naar behoren functioneren en dit heeft een negatieve weerslag op de gezondheid. Ondervoeding zal niet alleen leiden tot gewichtsverlies en verlies van spiermassa maar uiteindelijk ook tot een vermindering van de spierkracht. Hierdoor zal de algemene conditie aangetast worden en wordt het bewegen en rechtekomen moeilijker. Dit vormt een belangrijke bedreiging voor de autonomie van de oudere persoon want wanneer men niet meer zelfstandig functioneel en mobiel is, wordt men sterk afhankelijk van anderen. Het verlies van mobiliteit leidt dan ook tot een aanzienlijk verlies van de levenskwaliteit voor de oudere en een verlies van zijn of haar zelfstandigheid. Dit laatste is zeer belangrijk aangezien het verlies van autonomie een belangrijke reden is voor opname in een woonzorgcentrum. Een slechte nutritionele status maakt dat ouderen minder mobiel zijn, minder lang onafhankelijk blijven en dus ook minder lang veilig thuis kunnen blijven wonen¹².

¹⁰ Brisson, 2011; Vandewoude, 2009

¹¹ Malnutritie wordt beschouwd als een onevenwicht binnen de voedingsinname. Het minder opnemen van voedingsstoffen resulteert in een toestand van malnutritie of ondervoeding.

¹² Brisson, 2011; Gerken, et.al, 2011; NutriAction II, 2013; Vandewoude, 2009

Ondervoeding bij ouderen leidt tot:

- een groter aantal ziekteverwickelingen
- tragere wondgenezing
- grotere kans op infecties
- verlies van spierkracht waardoor men minder mobiel wordt
- verminderde activiteit en minder mogelijkheden om de dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren
- hoger risico op doorligwonden (decubitus)
- verhoogd risico op valpartijen en breuken
- verhoogd risico op uitdroging
- langzamer herstel na een ziekte of ziekenhuisverblijf
- langer ziekenhuisverblijf
- cognitieve achteruitgang
- verminderde werking van geneesmiddelen
- verhoogde mortaliteit

D. Risico's op ondervoeding zijn groter bij personen met dementie¹³

Zoals net aangetoond, heeft ondervoeding verstrekkende consequenties voor ouderen. In het bijzonder voor personen met dementie zijn de gevolgen niet te onderschatten. Het is echter een grote misvatting dat dementie automatisch gepaard gaat met gewichtsverlies. Integendeel, hoe beter doorvoed ouderen met dementie zijn, hoe langer ze leven.

Het is echter wel zo dat dementie kan bijdragen tot de ondervoeding van een persoon. Mensen met dementie eten vaak minder omdat ze hun smaak- en geurzin verliezen. Voeding smaakt hen minder. Met het vorderen van de ziekte wordt ook eten met mes en vork steeds moeilijker. Daarnaast vergeten personen met dementie die alleen wonen vaak te eten of boodschappen te doen. Het gebruik van medicatie en kauw- en slikproblemen kunnen eveneens ondervoeding bij dementie veroorzaken. Mensen met dementie hebben echter net meer voeding nodig omdat ze meer energie verbruiken door onnodige inspanningen die het gevolg zijn van verwarring, rusteloosheid en onwillekeurige bewegingen. Ook zijn ouderen met een vergevorderde vorm van dementie stijver, waardoor ze een grotere spiermassa in permanente contractie hebben. Dit vergt bijkomende energie en een grotere voedingsbehoefte.

Dementie vergroot dus niet alleen het risico op ondervoeding, omgekeerd kan ook aangetoond worden dat ondervoeding het dementieproces versnelt waardoor mensen met dementie fysiek sneller aftakelen en vaak intensievere verzorging nodig hebben. Zij raken sneller in een neerwaartse spiraal: door ondervoeding breekt eerst hun vetmassa en daarna hun spiermassa af. Dit maakt dat personen met dementie sneller hun kracht en hun mobiliteit verliezen en vaker vallen. Bovendien kan het hongergevoel bij hen bijkomende frustratie en agressiviteit opwekken.

¹³ Baeyens, 2011; Tuts, 2010; Van Slycken, 2006

E. Grote kosten voor de gezondheidszorg

Ondervoeding en de bijbehorende risico's leiden tot hogere ziekenhuiskosten voor de patiënten. Er is bewezen dat een slecht gevoede patiënt langer in het ziekenhuis verblijft dan een goed gevoede. De hospitalisatieduur zou bij ondervoede patiënten tot twee maal toenemen en het risico op complicaties en vervroegde mortaliteit zelf met een factor 20¹⁴.

De gevolgen van ondervoeding situeren zich ook op economisch vlak. Studies tonen aan dat de ziekenhuiskosten voor een ondervoede patiënt ongeveer 19% hoger zijn dan voor een doorvoede patiënt met gelijkaardige ziekteverschijnselen¹⁵. Andere onderzoeken rapporteren zelfs cijfers van 75% tot 300% meer behandelingskosten voor patiënten met ondervoeding¹⁶.

In 2005 werden de Belgische kosten als gevolg van niet-behandeling van ondervoeding op 400 miljoen euro per jaar geraamd. In Europa worden de kosten gelinkt aan ondervoeding geschat op 170 miljard euro. Aan ondervoeding is dan ook duidelijk een grote kostprijs voor de maatschappij verbonden¹⁷.

F. Belang van een vroegtijdige en systematische screening van ondervoeding

Het voorkomen en snel behandelen van ondervoeding bij ouderen levert heel wat op. Zij kunnen hierdoor langer onafhankelijk blijven, behouden hun spierkracht langer, genezen sneller bij ziekte en kennen een kortere verblijfsduur bij hospitalisatie. Bij ouderen die lijden aan een chronische ziekte, zal deze bij een correcte voeding minder snel evolueren. Vroeg opsporen, effectief behandelen en opvolgen van resultaten zijn bovendien een must om de extra uitgaven gerelateerd aan ondervoeding te drukken. Uit de recente studie NutriAction II blijkt echter dat de klinische blik van gezondheidsprofessionals niet volstaat om ondervoeding op te sporen. Zo werd 54% van de ouderen die volgens het onderzoek aan malnutritie lijdt, door gezondheidswerkers niet gedetecteerd op basis van hun klinische blik en ervaring.

Er zijn wel reeds verschillende instrumenten ontwikkeld om ondervoeding op te sporen. Het meest gebruikte en ook meest specifieke instrument is de Mini Nutritional Assessment (MNA) dat zowel ter evaluatie als screening van ondervoeding bij ouderen ingezet wordt. Het instrument kijkt naar zes items: verminderde voedselinname, gewichtsverlies, mobiliteit, acute stress, neuropsychologische problemen en BMI. Ook de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) is een waardevolle screeningtool die met succes wordt toegepast. De MUST combineert het percentage ongepland gewichtsverlies, de BMI en de aan- of afwezigheid van een acute aandoening¹⁸.

¹⁴ Farmaka vzw, 2010

¹⁵ Amaral et al., 2007

¹⁶ Defloor, 2010

¹⁷ Ethgen, 2005; NutriAction II, 2013

¹⁸ Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België, s.d.

Maar geen enkele parameter op zich geeft een volledig beeld van de voedingsstatus. Daarom is de beoordeling van verschillende parameters nodig om ondervoeding, vooral ook beginnende vormen ervan, te kunnen detecteren. Bij ouderen stelt zich bovendien het probleem dat de meeste referentiewaarden het resultaat zijn van onderzoek bij jongere referentiepopulaties. Op latere leeftijd is bijvoorbeeld de lichaamslengte geen constante meer. Indien geen rekening wordt gehouden met eventuele veranderingen van de lichaamslengte zal de BMI bij ouderen systematisch worden overschat en kan er in geval van een verlaagde BMI een indicatie voor ondervoeding over het hoofd worden gezien¹⁹.

G. Is er voldoende politieke aandacht?

In het Nationaal voedings- en gezondheidsplan 2005-2010 is de aanpak en preventie van ondervoeding één van de zes krachtlijnen. Er worden een aantal maatregelen aangekondigd om ondervoeding in ziekenhuizen, woonzorgcentra en in de thuiszorg terug te dringen:

- Ziekenhuisniveau:
 - o **De aanstelling van een voedingsverantwoordelijke en een voedingscomité in elke ziekenhuisinstelling:** opstellen van een algemene voedingspolitiek, implementeren van een systematische opsporing en evaluatie van de voedingsstatus bij opname, uitwerken van wetenschappelijk gebaseerde interventieprotocollen voor het opvolgen van patiënten waarbij een risico op ondervoeding wordt vastgesteld, opzetten van een degelijke controle van de collectiviteitkeuken, verzekeren van de continue vorming van de medische teams, artsen, verpleegsters en andere paramedici met betrekking tot voeding en de aanpak van ondervoeding, bepalen van de nodige middelen (qua personeel en materiaal) om de bovenvermelde maatregelen te kunnen toepassen en het maken van voorstellen aan de directie van het ziekenhuis om de maatregelen operationeel te maken, evalueren van de toepassing van de maatregelen in de praktijk, garanderen van continuïteit bij de aanpak van ondervoede patiënten in overleg met de thuiszorg en de woonzorgcentra.
 - o **De creatie van een Nationale Expertengroep betreffende Ondervoeding:** adviseren aan het RIZIV met betrekking tot dossiers, maatregelen, budgetten noodzakelijk voor tegemoetkoming van de kosten van voedingsinterventies, opstellen van wetenschappelijk gebaseerde richtlijnen betreffende de best gepaste gestandaardiseerde methodologieën voor de opsporing en de opvolging van ondervoede patiënten.
- Woonzorgcentra: Een voedingshandvest zal worden opgesteld dat accreditatie-eisen bevat in het kader van het voedingsbeleid van de instelling, met de bedoeling dat dit zal worden opgenomen in de gemeenschaps-, gewestelijke en federale wetgeving. Accreditatievereisten zijn gesitueerd op volgende domeinen: beschikken over een uitgeschreven voedingsbeleid voor de instelling, beschikken over gedocumenteerde en toegepaste procedures of protocollen voor de evaluatie en opvolging van de voedingsstatus van de residenten en de vroegtijdige opsporing van tekenen van ondervoeding, beschikken over een 'hoofd kwaliteit & voeding', beschikken over een 'verbindingscomité voeding en nutritie', zorgen voor een aangename omgeving en

¹⁹ Vandewoude, 2009

prettige psychosociale sfeer tijdens de maaltijden, aanbieden van een gezonde en evenwichtige voeding.

- Thuiszorg:

- o Een **sensibiliseringscampagne** zal worden opgezet, zowel naar de medische zorgverleners als naar de patiënten zelf. Dit via een specifieke gids naar ouderen en de niet professionele personen die bij hun verzorging zijn betrokken, teneinde de aandacht voor een volwaardige voeding (zelfbereide maaltijden of gaarkeuken, portiegrootte, voldoende drinken, ...) en een aangepaste levensstijl (beweging, tand- en mondhygiëne, ...) te verhogen.
- o Een gesystematiseerde methodologie zal worden uitgewerkt voor de overdracht van voedingsgegevens tussen ziekenhuis, thuiszorg, woonzorgcentrum, met inbegrip van overleg met andere betrokken professionals (huisarts, diëtist, ...) onder de vorm van een **voedingsstatusboekje**.

- Andere maatregelen

- o De toegankelijkheid van dieetinterventies bevorderen.
- o Uittekenen van een volwaardige vorming betreffende voeding in de diverse opleidingen van de gezondheidsberoepen.

Met uitzondering van aanbevelingen van screeningtools voor de verschillende settings en financiering van voedingsteams in ziekenhuizen en in veel mindere mate ook in woonzorgcentra, zijn er uit het Nationaal voedings- en gezondheidsplan 2005 - 2010 op het terrein geen concrete acties voortgekomen.

In het **ontwerp van het Actieplan voeding en beweging** (2008-2015) zijn ouderen als afzonderlijke doelgroep opgenomen. Volgende acties inzake voeding worden in het ontwerp aangekondigd:

- In woonzorgcentra, lokale dienstencentra, dagverblijven, buurtcentra en andere ouderenorganisaties een voedings- en beweegaanbod uitwerken met het oog op het verminderen van sedentariteit en het bevorderen van een gezond gewicht, met voldoende aandacht voor ondergewicht.
- Maaltijd-aan-huis-bedeling aanpassen volgens de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek voor ouderen.
- Gezinshulp besteedt aandacht aan evenwichtige voeding bij het bereiden van maaltijden en voor voldoende drinken tussendoor.

Het in werking zijnde Actieplan voeding en beweging 2009-2015 heeft deze voorstellen echter niet weerhouden en inzake voeding de ouderen niet als afzonderlijke doelgroep opgenomen.

In het **Vlaams ouderenbeleidsplan 2009-2014** wordt vooropgesteld dat tegen 2015 meer mensen, ouderen inclusief, evenwichtig eten overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek. De intenties en acties hiertoe maken deel uit van het Actieplan voeding en beweging (2009-2015) en gaan onder meer over het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten of fruit of melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt. Een voorbeeld van een andere actie uit het Vlaams ouderenbeleidsplan is het opstellen van een praktijkgids die OCMW's, woonzorgvoorzieningen, ouderenorganisaties, buurtcentra en cateraars leert hoe de aangeboden maaltijden aan te passen aan de

aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek. Maar zoals net beschreven, wordt in het definitieve Actieplan voeding en beweging 2009-2015 alsook in het Vlaams ouderenbeleidsplan 2009-2014 niet specifiek over ondervoeding bij ouderen gesproken.

De politieke aandacht voor het probleem van ondervoeding bij ouderen neemt wel toe. Een illustratie hiervan vormt de ronde tafel die in 2011 door de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers georganiseerd werd en van waaruit een **voorstel van resolutie voor een betere aanpak van ondervoeding bij ouderen** overgemaakt werd aan de federale regering. In het voorstel werden volgende vier aanbevelingen geformuleerd:

- **Verplichte screening en actieve controle** van de voedingssituatie van de Belgische bevolking ouder dan 75 jaar in de diverse omgevingen (ziekenhuis, woonzorgcentra, thuis).
- **Doeltreffend behandelen:** Terugbetaling van voedingszorg en -interventies voor ondervoede personen volgens duidelijke protocollen gebaseerd op de nationale, internationale en professionele richtlijnen.
 - o Deze wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen moeten in de vorm van protocollen door de nationale en lokale overheden ter beschikking worden gesteld van het medisch personeel, dat zodoende beschikt over een hulpmiddel om de verschillende patiënten op het juiste moment de gepaste bijvoeding te verstrekken.
 - o De protocollen moeten het verder mogelijk maken om de doelstelling van de behandeling precies vast te leggen, de regelmatige follow-up van de resultaten te waarborgen en te beslissen om de voedingsbehandeling al dan niet stop te zetten.
- **De invoering van een follow-upbeleid** over de voedingstoestand van patiënten ouder dan 70 jaar. De voedingsgegevens en -behandelingen van de patiënt moeten in zijn medisch dossier worden opgenomen, zodat deze informatie gekend en verspreid wordt in de verschillende omgevingen waar de patiënt eventueel verblijft.
- De uitwerking van **opleidings- en informatietools** voor het verzorgend personeel en de naaste omgeving van de ouderen.
 - o Een eerste stap in de goede richting is correcte informatie over deze problematiek beschikbaar stellen: Wat zijn de eerste tekenen van ondervoeding? Hoe herkent men ze?
 - o Een begeleidende gids voor de gezondheidsprofessionals, waarin de sleutelmomenten in het leven van de oudere vermeld staan die extra aandacht vereisen voor hun voedingssituatie (bv. overlijden van de partner, recent ontslag uit het ziekenhuis, depressie, specifieke chronische ziekte, beperkte financiële middelen).

In de **Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging** (2012) is men het erover eens dat bij de oudste ouderen (> 75 jaar) de ondervoeding moet worden tegengegaan. Ondergewicht vormt in deze leeftijdsgroep een groter risico voor de gezondheid dan overgewicht. Het voorkomen van gewichtsverlies is dan ook heel belangrijk bij deze groep. Concrete aanbevelingen worden terzake niet geformuleerd.

Screening van ondervoeding is recent wel opgenomen in het Vlaams **Referentiekader integrale kwaliteit van wonen en zorg in woonzorgcentra**. Dit referentiekader is een vastgelegd kwaliteitskader bestaand uit 21 objectieve indicatoren (waarvan 16 verplichte en 5 optionele indicatoren) die door de woonzorgcentra zelf geregistreerd worden. Een van de verplichte objectieve indicatoren over de kwaliteit van zorg en de veiligheid in de woonzorgcentra is een onbedoelde gewichtsafname bij de bewoner van drie kilogram of meer in de afgelopen maand. Optioneel kan men ook de indicator meten van onbedoelde gewichtsafname van zes kilogram of meer in de afgelopen zes maanden.

III. Goede maaltijdzorg voor ouderen

Dat het maaltijdgebeuren meer is dan het biologisch verschijnsel van hongerstillen maakt de uitdrukking 'het gebruiken van de maaltijd' duidelijk. Bij elke gelegenheid, feest of afscheid wordt er gegeten. Liefst samen met anderen. Naast de biologische betekenis heeft de maaltijd voor de mens een sociale, psychologische, animerende, culturele en religieuze betekenis. Voor bewoners van een woonzorgcentrum is de maaltijd vaak ook een centraal gebeuren. Het geeft structuur aan de dag (ontbijt, lunch, vieruurtje, avondmaal) en aan het jaar (bijvoorbeeld door het gebruik van seizoensgroenten en -fruit of door aangepaste maaltijden bij feestdagen)²⁰. Een louter nutritionele kijk op het maaltijdgebeuren doet daarom tekort aan de rijke betekenissen die verbonden zijn aan een maaltijd.

De voldoening die ouderen ervaren van het eten hangt dan ook niet alleen af van de kwaliteit en de kwantiteit van het voedsel, maar ook van de sociale context, de afstemming op de persoonlijke eetgewoontes en de omstandigheden zoals de ruimte en tijd waarin het maaltijdgebeuren plaatsheeft²¹. De maaltijd is een geschikt moment voor sociaal contact met de oudere persoon. Zowel de familie als vrijwilligers en hulpverleners hebben daarbij een verantwoordelijkheid en kunnen bijdragen aan een goede maaltijdzorg. Zij kunnen ervoor zorgen dat elke oudere, ongeacht mogelijke kwetsbaarheid, een gezond eetgedrag kan opstarten of behouden.

Maar ethisch verantwoorde maaltijdzorg voor ouderen staat meer en meer onder druk. Het sociale en psychische aspect van de maaltijdzorg wordt vaak verdrongen door de taakgerichte visie van de zorgprofessionals. Deze is gericht op tijdsefficiëntie en op de lichamelijk-hygiënische aspecten van het maaltijdgebeuren. Niet de relationele context, maar de efficiënte uitvoering van opeenvolgende taken telt daarbij zwaarder door. De maaltijdzorg wordt dan een routinematig gebeuren waarbij signalen van de ouderen niet meer opgevangen worden²². Er wordt vastgesteld dat het belang van voeding en het probleem van ondervoeding bij ouderen op te weinig begrip en aandacht van de medische wereld kan rekenen. Zo wordt aan ouderen ook vaak medicatie gegeven die de eetlust remt of een gestoorde spijsvertering veroorzaakt.

²⁰ Tuts, 2010

²¹ Vanlaere, 2013

²² Tuts, 2010

Eveneens pijnbehandeling bij ouderen kan nog te weinig op belangstelling van artsen rekenen. Nochtans steunt een adequaat pijnbeleid onder meer op een degelijke kennis en voorschrijfgedrag van de arts. Het ervaren van pijn is een veel gevreesd symptoom en kan leiden tot angst, depressie, braken en verminderde eetlust. Pijn kan zich verwickelen met anorexie en constipatie veroorzaken. Malnutritie is dan niet ondenkbaar.

Ook nieuwe vragen werpen zich op: Hoe kan men bijvoorbeeld de menswaardigheid van een persoon met dementie zo veel mogelijk respecteren bij het nemen van beslissingen over kunstmatige voedsel- en vochttoediening of het verloop van andere medische behandelingen?

Geraadpleegde bronnen

Amaral, T.F., et al., (2007), The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. In *Clinical Nutrition*, 26, nr.6.

Baeyens, J.-P., (2011), Dossier Ondervoeding bij ouderen. Een uitdaging voor de volksgezondheid. In *Health Forum*, september 2011, nr.7.

Brisson, S., (2011), Dossier Ondervoeding bij ouderen. Een uitdaging voor de volksgezondheid. In *Health Forum*, september 2011, nr.7.

Defloor, T., Grypdonck, M., Bocquaert I., et al., (2007), *Evaluatie van ondervoeding binnen geriatrische afdelingen*, Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Defloor, T., Geurden, B., Bocquaert, I., et al., (2010), *Screening en evaluatie van de voedingstoestand van ROB - RVT bewoners*, Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Ethgen, O., Spaepen, E., Moeremans, K. & Annemans, L., (2005), Potentiële economische implicaties in België van ondervoeding in het ziekenhuis. In *HEDM-IMS Health*.

Farmaka vzw, (2010), Ondervoeding. In *Geneesmiddelenbrief*, november 2010, jaargang 17, nr.4.

Gezondheidsconferentie Voeding & beweging, (2008), *Ontwerp van actieplan voeding en beweging 2008 – 2015*, Brussel.

Gerkens, M., Burgeon, C., Detiège, M. & De Block, M., (2011), *Voorstel tot resolutie voor een betere aanpak van ondervoeding bij ouderen. Ronde Tafel - 19 mei 2011*, Brussel.

Healthy Ageing-project, (2007), *Gezond ouder worden, een uitdaging voor Europa*, The Swedish National Institute of Public Health.

NutriAction I, (2008), *Resultaten van een studie over ondervoeding bij ouderen in België*, Brussel.

NutriAction II, (2013), *Resultaten van een studie over ondervoeding bij ouderen in België. Persbericht*, Brussel.

Tuts, C., (2010), *Eet, drink en wees gelukkig. Opvattingen over kunstmatige voedsel- en vochttoediening bij ouderen met dementie*, Niet gepubliceerd eindwerk, Diepenbeek: Katholieke Hogeschool Limburg, Departement Gezondheidszorg.

Vanlaere, L., (2013), Presentatie 'ethiek bij maaltijdzorg voor ouderen', Kick-off geriatrische voedingszorg en beleid, 2 mei 2013.

Van Lancker, A., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., et al., (2012), The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. In *J Nurs Stud.* 2012, Apr. 27.

Van Slycken, D., (2006), *Voeding en dementie. Shake als alternatief voor het ontbijt*, Niet gepubliceerd eindwerk, Katholieke hogeschool Kempen, Departement Gezondheidszorg en Chemie, Voedings- en Dieetkunde.

Vandewoude, R. S., (2009), Gezond eten op gevorderde leeftijd. Aandachtspunten voor actieve senioren en minder actieve bejaarden. In *Nutrinews*, nr.4.

Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België, (s.d.), *Advies van de Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België. Screening op ondervoeding en evaluatie van de voedingstoestand*, Brussel.