



Ouderdomsondervoeding OO

“meten is weten”

in het kader van het project S3
smaak & selectieve smaaksturing

Innovatieve
Kennis- en implementatiecluster
Food & Health
Leuven – Tienen

INLEIDING

S3 richt zich tot senioren van 65 jaar en ouder om ondervoeding te voorkomen of te milderen via “selectieve smaaksturing”, een specifieke culinaire benadering.

Ondervoeding bij senioren, vanaf 65 jaar, wordt in meer dan 50% van de gevallen als dusdanig niet herkend binnen de routinezorg. Door talrijke studies werd aangetoond dat ondervoeding, bovenop onderliggende pathologie, het risico op complicaties sterk verhoogt: een verlaagde weerstand tegen infecties, een verlaagde fysieke en mentale toestand van de patiënt leidend tot langere herstelperiodes en tot een verhoogde mortaliteit.

Ondervoeding heeft eveneens impact op de kosten van de zorgverlening. Voor België wordt de meerkost voor de gezondheidszorg van ondervoeding geschat op €400 miljoen per jaar. Hoewel volgens Arnaud-Battandier et al. en Edington et al. de meeste gevallen van ondervoeding teruggevonden kunnen worden in de thuiszorg, wordt het grootste deel van het budget gespendeerd in de ziekenhuizen.

De verschillende antropometrische, klinische en biochemische criteria die gebruikt worden om ondervoeding te beoordelen, hebben geresulteerd in sterk uiteenlopende prevalentiecijfers van ondervoeding.

In een recent rapport van de Universiteit van Gent, in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, worden ook voor België de hoge prevalentiecijfers voor ondervoeding bevestigd. Uit dit grootschalig onderzoek op 178 geriatrische ziekenhuisafdelingen (2565 patiënten) bleek dat 35,9 % (n=921) ondervoed was en 41,9 % (n=1075) risico had op ondervoeding.

In een studie aan de hand van de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) werd vastgesteld dat 10% van de bevolking van 65 jaar en ouder een matig tot hoog risico hadden op ondervoeding. Bij gehospitaliseerde patiënten bevonden 10-60% van de patiënten, afhankelijk van hun toestand, zich in deze situatie. Voor patiënten die verbleven in een RVT werden gelijkaardige percentages vastgesteld

Voor België werd in de studie van Griep et al. het risico op ondervoeding in RVT's bepaald met behulp van de Mini Nutritional Assessment (MNA). Hieruit blijkt dat 39% van de patiënten risico liepen op ondervoeding (MNA-score 17-23.5) of ondervoed waren (MNA-score<17).

Volgens het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan tonen studies die in België en in het buitenland werden uitgevoerd prevalentiecijfers van 40 tot 80 %, zelfs indien men van oordeel is dat er in het merendeel van de gevallen voldoende en kwaliteitsvol voedsel wordt aangeboden.

Uit de studie van Pepersack kwam naar voor dat de mediane MNA-score 18 punten was (range 9-29) voor patiënten opgenomen in geriatrische afdelingen.

Voor wat betreft de thuiszorg blijkt uit de gegevens van de NAME-studie dat 6% van de thuisverpleegde 60-plussers in een slechte voedingstoestand verkeert. In dezelfde studie werd een verhoogd risico op ondervoeding vastgesteld bij 45% van de patiënten.

Ref.: “Strategie voor de transmurale aanpak van ondervoeding bij ouderen”

OO definiëren

Wij definiëren in het kader van het S3 project, niet ziektegerelateerde ouderdomsondervoeding (OO) als

een lichamelijke toestand veroorzaakt door een tekort aan energie als gevolg van een **onevenwicht** tussen de **inname van voedingsstoffen** en het **verbruik van voedingsstoffen**, waarbij ongewild gewichtsverlies optreedt en een vermindering van de biologische functies ontstaat.

Wij vermijden met opzet de term “malnutritie” die vaak als een synoniem wordt gezien voor ondervoeding. Wij verwijzen hiervoor naar de definitie van Unicef.

Malnutrition is a broad term commonly used as an alternative to undernutrition but technically it also refers to overnutrition. People are malnourished if their diet does not provide adequate calories and protein for growth and maintenance or they are unable to fully utilize the food they eat due to illness (undernutrition). They are also malnourished if they consume too many calories (overnutrition).

Oorzaken OO

Morley & Silver (1995) vatten de medische, sociale, psychologische en leeftijdsgebonden risicofactoren van OO samen in de woordspeling: Meals On Wheels.

Medication effects
Emotional problems
Anorexia nervosa, alcoholism
Late life paranoia
Swallowing disorders
Oral Factors
No Money
Wandering and other dementia related behaviour
Hyperthyroidism, hypothyroidism
Enteric problems
Eating problems
Low salt, low cholesterol diet
Social problems

Zowel fysiologische als psychische factoren kunnen ten grondslag liggen aan gewichtsverlies en ouderdomsondervoeding.

Belangrijke fysiologische factoren zijn verminderde smaak en minder reukvermogen, veranderde dynamiek van de maagontleding, malabsorptie, verhoogde circulatie van cholecystokinine en verhoogde productie van leptine. Naast fysiologische oorzaken spelen vooral ook emotionele problemen (depressie, isolatie) en ziektestatus een rol. (*VoedingsMagazine - nummer 3, juni 2004, 17e jaargang*)

Voldoende eten - voor zover er geen sprake is van obesitas en insulineresistentie – heeft voor ouderen een beschermend effect (J.E.Morley 1997).

Morley, J. E., & Silver, A. J. (1995). Nutritional issues in nursing home care. American International Journal, 123, 850-859.

J.E.Morley (1997) Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am.J.Clin.Nutr.66,760-73

Gevolgen OO

Behalve tot heupfracturen leidt ondervoeding tot cognitieve achteruitgang (onder meer door uitdroging), decubituswonden, vermoeidheid en een verslechterde immuunfunctie (J.E.Morley 2003).

J.E.Morley (2003) Anorexia and weight loss in older persons. J.Gerontol.Med.Sci.58A:131-7

OO detecteren

Wij stellen voor om de senioren te wegen

- bij opname of start dossier
- 1 x per maand wegen
- 1 x per 2 weken wegen voor risicopatiënten en effectief ondervoede patiënten

met een geijkte weegschaal en te streven naar gestandaardiseerde weegomstandigheden, zoals steeds dezelfde weegschaal, dezelfde hoeveelheid kleding en hetzelfde tijdstip van weging.

Opgelet met gewichtsverlies bij patiënten met oedeem, ascites, dehydratie e.a. vochtbalansstoornissen.

Voor de gewichtsbepaling van de zwakste senioren (vb. bedlegerige senioren) geeft S3 de voorkeur aan het gebruik van een weegstoel of een weegbed. Indien dergelijke weegapparatuur niet voorhanden is, kunnen volgende antropometrische technieken een oplossing bieden:

- bovenarmspieromtrek
- huidplooiemeting

Naast antropometrische parameters kunnen ook uiterlijke kenmerken via de klinische blik waardevolle informatie opleveren. Amerikaanse geriateren dringen er bijvoorbeeld op aan om ook te kijken naar de kledij en de ring (zit die lossen) en te luisteren of het gebit los is komen te zitten.

Wij stellen voor om de senioren effectief te meten

- bij opname of start dossier
- 1 x per jaar

i.p.v. te vragen naar de lengte. Er blijkt uit een aantal studies een duidelijk verschil te bestaan tussen de effectieve lengte van een individu en de opgegeven lengte door het individu. Dit verschil loopt op tot enkele centimeters waardoor de BMI score een afwijking van 1 punt kan vertonen. Voor senioren die niet rechtop kunnen staan bieden de volgende antropometrische technieken een oplossing:

- knie-hoogtemeting
- armspanwijdte

In het kader van S3 pleiten wij ervoor om de weegresultaten op te nemen in het patiëntendossier en een systematisch meet- & weegbeleid (Parameters OO) op te nemen in het zorgplan t.t.z. voor senioren vanaf 65 jaar en ouder.

Om ondervoeding te herkennen is een continuïteit vereist

in de toepassing van de gekozen antropometrische parameter alsook in de vergelijking van de genoteerde waarden.

Wij gaan ervan uit dat detectie van OO maximaal geïntegreerd wordt in bestaande zorgplannen. Screening, monitoring en diagnostiek van ouderdomsondervoeding is de taak van klinisch opgeleide en bevoegde zorgverstrekkers.

Worden in het programma "Parameters OO" als een **ernstige risicogroep OO** beschouwd en vereisen onmiddellijke actie en opvolging van het gastroteam

senioren \geq 65 jaar :

\geq 5% ongewild gewichtsverlies de laatste maand
 \geq 10% ongewild gewichtsverlies de laatste 6 maanden
BMI $<$ 20

5% of méér ongewild gewicht hebben verloren gedurende de laatste maand
en/of
10% of méér ongewild gewicht hebben verloren gedurende de laatste 6 maanden
en/of
die een Body Mass Index (BMI) hebben van 20 of minder.

Worden in het programma "Parameters OO" als **verhoogd risico op OO** beschouwd en vereisen verhoogde aandacht van het gastroteam

senioren \geq 65 jaar die:

tussen 4% en 4,9% ongewild gewichtsverlies de laatste maand
tussen 8% en 9,9% ongewild gewichtsverlies de laatste 6 maanden
20,1 $<$ BMI $<$ 22

tussen 4% en 4,9% ongewild gewichtsverlies gedurende de laatste maand
en/of
tussen 8% en 9,9% ongewild gewichtsverlies gedurende de laatste 6 maanden
en/of
een Body Mass Index van 20,1 $<$ BMI $<$ 22

Ouder worden gaat gepaard met veranderingen in de bouw van het lichaam. Dit beïnvloedt de BMI-classificatie bij senioren, waardoor de ondergrens wordt opgetrokken van 18,5 naar 20.