

Voedingsproblemen bij ouderen...En wat heeft u vandaag gegeten?

Auteur: K. Hoenderdos

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1999

Pagina: 14-17

Jaargang: 6

Nummer: 5

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden:

voeding bejaarden voedingsproblemen

Literatuur:

1. Olde Rikkert, M.: Watertekort komt bij oudere patiënt vaak voor. Voeding Nu, januari 1999 2. Vitamines en senioren. Symposium, 19 januari 1999, Vitamine informatie Bureau van TNO Voeding en Nederlandse Vereniging van Diëtisten 3. Zo eet Nederland, 1998. Resultaten van de derde voedselconsumptiepeiling. 4. Berkhout, A.M.M.: verloop lichaamsgewicht geeft indruk van voedingstoestand. Voeding, mei 1998 - Thomas, A.J.: Nutrition and the elderly. Nursing Times, Nutrition in practice, 1998 - Stegeman, N.E.: Voeding bij gezondheid en ziekte. Wolters Noordhoff, Groningen, 1997

Komen met de eerste grijze haren ook de voedingsproblemen om de hoek kijken? Niet altijd. Maar wees wel alert op risicofactoren die bij ouderen ondervoeding kunnen veroorzaken. Dat kan veel problemen voorkomen.

Eigenlijk is het onzin om van 'de' oudere te spreken. Er is een groot verschil of men alleenstaand is of een partner heeft, sportief of slecht ter been is, goed in de slappe was zit of moet leven van de =AOW. Kortom: de ene oudere is de andere niet en dat illustreren de drie onderstaande portretten.

Drie portretten

De heer Jansen, 82 jaar: heeft op zijn zestigste een hartaanval gehad. Hij is nu in prima conditie en maakt nog elke zomer lange fietstochten. Zo is hij afgelopen zomer nog naar Zuid Frankrijk gefietst. De heer Jansen woont alleen.

Mevrouw Spelman, 75 jaar, getrouwd. Zij heeft diabetes type II en spuit insuline. Een maand geleden heeft zij bij een val in huis haar heup gebroken. Na een kort verblijf in het ziekenhuis kon mevrouw Spelman naar huis. Inmiddels is zij al weer een beetje mobiel. Meneer Spelman zorgt nu zo goed en zo kwaad als het gaat voor het huishouden en het eten.

Mevrouw Zandstra, 89 jaar, alleenstaand, verblijft sinds haar 82e in een verpleeghuis. Zij

heeft Alzheimer in een vergevorderd stadium. Mevrouw Zandstra eet zeer slecht en heeft hulp nodig bij het eten. De warme maaltijd moet worden gemalen, omdat haar gebit slecht past.

Tien risicofactoren

Met het stijgen der jaren neemt de kans op ouderdomsklachten en ziekte toe. Goede voeding kan de kans op gezondheidsproblemen verminderen. Maar het belang van goed eten begint niet na de pensionering. Sommige voedingsfactoren werken een leven lang door. Een voorbeeld is osteoporose, waartegen een voeding met voldoende calcium en vitamine D al vanaf de jeugd bescherming biedt. Of hart- en vaatziekten, waarbij het 'levenslang' van belang is om op de hoeveelheid verzadigd vet in de voeding te letten. En er zijn zelfs onderzoeken waaruit blijkt dat het geboortegewicht van invloed is op het ontstaan van ziekten op latere leeftijd. Dat zijn factoren waaraan iemand van tachtig niet veel meer kan veranderen. Maar ook op hoge leeftijd heeft het streven naar een goede voedingstoestand wel degelijk zin. Een slechte voedingstoestand heeft namelijk verstrekende gevolgen. Het verslechtert de conditie, het verhoogt de kans op infecties, er kan verwardheid ontstaan die kan lijken op dementie en het vermindert de eetlust. Hierdoor kan gemakkelijk een vicieuze cirkel ontstaan. Handhaven van een goede voedingstoestand is dus ook voor oudere patiënten van groot belang.

Er zijn veel factoren die van invloed zijn op de voedingstoestand van ouderen. Allereerst zijn er de fysiologische veranderingen van het ouder worden. Maar er zijn ook sociaal-economische en psychologische factoren.

Tien veel voorkomende risicofactoren zijn:

Stofwisseling

Bij het ouder worden neemt de hoeveelheid spierweefsel af. Hierdoor daalt de ruststofwisseling en daalt de behoefte aan energie (calorieën). Vaak bewegen ouderen minder, waardoor zij ook minder energie nodig hebben. Een oudere kan dus met minder calorieën toe. Maar de behoefte aan eiwitten, vitamines en mineralen daalt niet. Dit betekent dat de kwaliteit van de voeding hoger moet zijn: in een kleiner volume moeten meer voedingsstoffen worden opgenomen. Als de energieinname te sterk daalt (tot minder dan 1400 kcal), is het niet meer mogelijk om nog volwaardig te eten.

Vochtbalans

Bij het ouder worden neemt de nierfunctie af en vermindert de dorstprikkel. Bovendien verblijven ouderen vaak in warme en droge ruimtes. Sommigen drinken bewust minder, uit angst voor incontinentie of omdat zij geen zin hebben 's nachts het bed nog uit te moeten. Dit alles maakt de kans op uitdroging groot. Uit onderzoek van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen blijkt dat vochttekort voorkomt bij twintig procent van de geriatrische patiënten.¹ Dehydratie is te herkennen aan gebrek aan eetlust en sufheid, die soms wordt verward met dementie. Bij ouderen die veel medicijnen gebruiken, neemt bij vochttekort het gevaar van intoxicatie toe.

Mond- en gebitsproblemen

Iemand met een slecht gebit of een pijnlijke mond door een slecht passende gebitsprothese laat al gauw producten als brood, vlees, fruit en groente staan. Het gevolg is een zachte, eenzijdige voeding, met kans op een tekort aan vezels, vitamines en mineralen. In instellingen wordt de warme maaltijd vaak gemalen. Dit vermindert het gehalte aan vitamines sterk.

Eetlust

Veel ouderen klagen over een verminderde reuk en smaak. Hierdoor smaakt het eten niet meer 'zoals vroeger' en zal de eetlust dalen. Ook de mate van zorgbehoefendheid is van invloed op de voedselinname.² Ouderen die thuis wonen en alles zelfstandig doen hebben een gemiddelde energie-inname van 1900 kcal per dag. Bij ouderen die thuis wonen maar wel zorg nodig hebben is dit gemiddeld 1660 kcal. In instellingen, zoals het verpleeghuis en verzorgingstehuis, daalt de gemiddelde energie-inname naar slechts 1430 kcal. Als een oudere in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt de calorie-opname zelfs nog lager.

Ziekte

Bij ziekte neemt de kans op ondervoeding snel toe. Veel ouderen hebben chronische kwalen die van invloed kunnen zijn op de voedingstoestand. Enkele voorbeelden zijn: diabetes mellitus type II, cerebrovasculair accident, ziekte van Parkinson, dementie, arteriosclerose. Maar ook een acute infectie, bijvoorbeeld als gevolg van een voedselvergiftiging, kan ernstige gevolgen hebben voor de voedingstoestand.

Medicijnen

Het medicijngebruik onder ouderen is hoog. Medicijnen kunnen van invloed zijn op de inname en absorptie van voedingsstoffen. Ook de bijwerkingen van medicijnen, zoals smaakveranderingen, obstipatie, gebrek aan eetlust, misselijkheid of een droge mond kunnen van invloed zijn op de voedingstoestand.

Mobiliteit

Voor thuiswonende ouderen is de zorg voor de voeding een grote belasting als men slecht ter been is. Het dagelijks boodschappen doen schiet er dan al snel bij in, waardoor de voeding minder verse producten zal bevatten. Bij ziekten als artrose en reuma kan de voedselbereiding en het eten veel moeite kosten.

Inkomen

De AOW is geen vetpot. Wie zijn inkomen niet kan aanvullen met een pensioen of lijfrente, houdt weinig geld over om van te eten. Veel ouderen besparen op de dagelijkse boodschappen, door bijvoorbeeld minder vlees en verse groenten te kopen.

Sociale factoren

Het risico op een slechte voedingstoestand is voor alleenstaanden groter dan voor wie met anderen woont. Niet voor niets geldt het spreekwoord 'zien eten doet eten'. Koken voor één persoon (één aardappel in de pan) lijkt dan al gauw verspilde moeite. Ook door gevoelens van eenzaamheid en depressiviteit kan de lust tot eten vergaan.

Dieet

Uit onderzoek blijkt dat ruim twintig procent van de ouderen in Nederland een dieet volgt.³ De meest gevolgde diëten zijn het natriumbeperkte dieet, het cholesterolbeperkte dieet of het dieet bij diabetes. Vaak volgt men jarenlang hetzelfde dieet, zonder dat een arts of diëtist regelmatig het effect of de noodzaak evalueert. Met name het natriumbeperkte dieet kan van invloed zijn op de voedselinname. Als de smaak achteruit gaat, zal een 'flauwe' warme maaltijd absoluut niet smaken. Zeker niet als men nooit geleerd heeft om te variëren met smaakmakers, kruiden en specerijen.

Wees alert

Even terug naar de portretten in het begin van het artikel. Kunt u, aan de hand van de bovengenoemde tien risicofactoren inschatten welke van de drie ouderen de meeste kans heeft op ondervoeding? Waarschijnlijk zult u geneigd zijn het risico het hoogst in te schatten voor mevrouw Zandstra uit het verpleeghuis. Bij haar spelen beslist een aantal risicofactoren, zoals dementie, een hoge zorgbehoefte en mondklachten. Maar ook bij de andere twee ouderen bestaat een reële kans op ondervoeding. De heer Jansen lijkt nog zo vitaal, maar zal hij zin hebben om elke dag voor zichzelf te koken? En volgt hij nog een dieet dat wellicht allang is verouderd? Mevrouw Spelman heeft het voordeel dat zij nog een partner heeft, zodat er iedere dag wel een warme maaltijd op tafel zal komen. Maar zij heeft diabetes en zal door haar heupfractuur wellicht veel medicijnen moeten slikken. En misschien drinkt ze wel heel weinig, omdat ze 's nachts haar man niet wil storen om te plassen. Kortom, als verpleegkundige dient u heel alert te zijn op alle factoren die kunnen wijzen op ondervoeding. Als u heeft gesignaleerd dat er misschien een voedingsprobleem is, zal dit moeten worden aangetoond. Ondervoeding herkennen is geen eenvoudige zaak. Het is teamwerk, waarbij de verpleegkundige, arts, diëtist en laborant nauw samenwerken (zie kader).

De voeding van ouderen

Omdat de energiebehoefte daalt en de behoefte aan eiwitten, vitamines en mineralen gelijk blijft, moet de voeding van ouderen van een hoge kwaliteit zijn. In de praktijk betekent dit: dagelijks een ruim gebruik van volkorenproducten, groenten en fruit, veel drinken (de aanbevolen hoeveelheid vocht voor ouderen is 1,7 liter per dag) en voldoende melk of melkproducten, vlees of vis (of een eiwitrijke vleesvervanger) gebruiken. En dan is er eigenlijk weinig ruimte voor extraatjes die weinig voedingsstoffen leveren, zoals koekjes, snoep, alcohol en snacks. Dit geldt zeker als er al sprake is van een slechte eetlust. Suppletie van vitamines en mineralen kan voor slechte eters een goede optie zijn, evenals het verstrekken van verrijkte voedingsmiddelen. Suppletie van vitamine D is zeker nodig, omdat dit osteoporose kan tegengaan. Iedere patiënt ouder dan 75 jaar heeft extra vitamine D nodig en dat geldt ook voor patiënten ouder dan 65 jaar die niet of nauwelijks buiten komen. Een ander aandachtspunt is vitamine C, met name als men weinig groente en fruit eet en als iemand gemalen eten krijgt. Het drinken van citrusvruchtensappen is een eenvoudige manier om verzekerd te zijn van een goede vitamine C-inname.

Is het eten nog leuk?

Voeding is meer dan de voedingskundige aspecten. Plezier in het eten is ook van groot belang, zo niet het belangrijkste voor een oudere. Eten moet een smakelijke en sociale gebeurtenis zijn, maar dat is in veel instellingen helaas niet het geval. In een recent rapport van de Inspectie voor de Volksgezondheid over de vocht- en voedingstoediening in verpleeghuizen blijkt dat dit veel te wensen overlaat. De systematische aandacht voor de volwaardigheid van het voedsel ontbreekt, de maaltijden volgen elkaar snel op en er is te weinig tijd om bewoners te helpen met het eten.

Maar er zijn gelukkig ook uitzonderingen. Zoals wooncentrum 'De Venser' in Amsterdam, waar hoofd Dienstencentrum Sjoerd van Luit de scepter zwaait over de voedselvoorziening. Dagelijks komen de honderdzestig bewoners van het wooncentrum, plus zo'n vijftig gasten uit de wijk eten in De Venser. „Onze filosofie is dat de bewoners zelf kunnen bepalen

wanneer ze eten en wat ze gaan eten. Dit betekent dat bewoners elke dag weer kunnen kiezen of ze tussen de middag of 's avonds warm willen eten. Verder kunnen ze dagelijks kiezen uit drie menu's, waarvan de componenten onderling uitwisselbaar zijn. En met dat kiezen bedoel ik niet dat ze een week van tevoren moeten bepalen wat ze willen eten. Nee, de bewoner kiest zodra hij aan tafel zit en de bestelling wordt opgenomen door gastvrouwen. Dankzij een goede samenwerking tussen keuken en restaurant loopt dit à la carte systeem uitstekend.”

Sociaal gebeuren

Bijna alle bewoners komen voor hun warme maaltijd naar het gezellige restaurant van De Venser. Eten is hier nog echt een sociaal gebeuren. Rond half een 's middags zijn de meeste stoelen in het restaurant bezet. Mevrouw Fijma zit aan een tafel met nog drie bewoners: „Ik eet elke dag aan deze tafel. Ik ben een kleine eter, maar mijn stukje vlees kan ik altijd delen met mijn buurman! Het is hier goed eten en het is prettig dat je aan tafel kunt kiezen. Ik zit ook in de menucommissie. Elke maand bespreken we onze wensen met de chefkok.” Volgens Sjoerd van Luit wordt in De Venser goed gegeten. „Omdat mensen à la carte kunnen kiezen, nemen ze precies waar ze op dat moment trek in hebben. In het restaurant is ook alle tijd voor de maaltijd. De bewoners kunnen in alle rust eten. Voor de bewoners die in de war zijn is er het 'eettafelproject', waarbij vrijwilligers de bewoners stimuleren en helpen met het maken van een keuze of bijvoorbeeld het snijden van vlees.”

Ondervoeding herkennen

Hoe: Lengte en gewicht

Wie: Verpleegkundige

Bij veel ouderen is de lengte nog maar moeilijk te meten, omdat dit staand moet gebeuren. Vaak blijft het bij een ruwe schatting of een (oude) opgave van de familie, maar eigenlijk is dit niet goed bruikbaar. De lengte van een patiënt kan bij veroudering veranderen door osteoporose, artrose en fracturen.⁴ Het gewicht en vooral het percentage gewichtsverlies is bij verpleeghuispatiënten vaak de beste maat voor de voedingstoestand. Er is zelfs een duidelijke relatie tussen lichaamsgewicht en mortaliteit; hoe lager het gewicht, hoe hoger de kans op overlijden.⁴ Deze kans wordt nog hoger bij gewichtsdeling. Een patiënt even op de weegschaal zetten lijkt zo simpel, maar het is misschien wel de meest verwaarloosde meting in de instelling. Eigenlijk zou van iedere patiënt het lichaamsgewicht bij opname en daarna standaard elke drie maanden moeten worden bepaald. Zo is er altijd een goed overzicht van het gewichtsverloop, maar helaas is dit in veel instellingen nog geen standaardprocedure.

Hoe: Klinische blik

Wie: Arts en verpleegkundige

Let op aspecten als uiterlijk, conditie van huid en haar, humeur, temperatuur van de extremiteiten en eetlust.

Hoe: Voedingsanamnese

Wie: Diëtist

De diëtist is speciaal getraind in het navragen van voedingsgewoonten, producten en hoeveelheden. Aan de hand van voedingsmiddelentabellen kan zij precies berekenen van welke voedingsstoffen tekorten zijn te verwachten.

Hoe: Laboratoriumbepalingen, zoals ijzer- of eiwitgehalten in het bloed.

Wie: Laborant

Helaas zijn dit dure bepalingen, waarvoor vaak geen budget is.

Voor het bepalen van ondervoeding kan ook een checklist worden gebruikt, die onder andere verkrijgbaar is bij de firma Nutricia in Zoetermeer.

Karine Hoenderdos, diëtist