



KONINKLIJKE ACADEMIE  
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

---

Paleis der Academiën  
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL  
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13  
E-mail: [academiegeneeskunde@vlaanderen.be](mailto:academiegeneeskunde@vlaanderen.be)  
Website: [www.academiegeneeskunde.be](http://www.academiegeneeskunde.be)

**VERSLAG**

**Symposium over ondervoeding bij hulpbehoevende ouderen thuis en in een thuisvervangende omgeving\***

Brussel, 7 november 2013

Het symposium telde 270 deelnemers. De overgrote meerderheid bestond uit zorgverstrekkers, verbonden aan woonzorgcentra en thuiszorgorganisaties. Overige vertegenwoordigde sectoren waren: koepelorganisaties ouderenvoorzieningen, hogeronderwijsinstellingen, ziekenhuizen, Vlaamse en federale overheid, farmaceutische en voedingsindustrie, The European Nutrition for Health Alliance, Belgian Nutrition Society, de Nederlandse Gezondheidsraad.

Het symposium was opgedeeld in twee sessies. Een eerste sessie handelde over de wetenschappelijke onderbouwing van de problematiek, een tweede focuste op praktijkverhalen. Na iedere sessie was ruim tijd voorzien voor een gestructureerd debatmoment met de sessievoorzitters, de sprekers, de vertegenwoordigers van de koepels ouderenvoorzieningen en het publiek.

De volgende vragen werden behandeld tijdens de debatmomenten:

- *Welke van de verschillende gevalideerde screeningsinstrumenten is het meest gebruiksvriendelijk en het minst tijdrovend en heeft dan ook de grootste kans om routinematig te worden toegepast in woonzorgcentra en in de thuiszorg?*

De afwezigheid van een eenduidige definitie van ondervoeding in de internationale literatuur zorgt voor spraakverwarring en bemoeilijkt de vergelijking van cijfers uit epidemiologisch onderzoek en een efficiënte behandeling en preventie van de problematiek. Uit de uiteenzettingen is gebleken, dat er diverse instrumenten bestaan om ondervoeding bij ouderen op te sporen, waaronder bv.:

- het Mini Nutritional Assessment (MNA) (lange en korte versie);
- de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ);
- de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Deze instrumenten hebben de vorm van een vragenlijst, soms aangevuld met meetwaarden, vooral van antropometrische aard. Bij de beoordeling ervan wordt vooral rekening gehouden met indicatoren, zoals een lage body mass index (BMI), onbedoeld gewichtsverlies en/of verminderde voedingsinname. De vaststelling dat er zoveel verschillende instrumenten bestaan, wijst erop dat geen enkel ervan boven de andere uitsteekt. Er is geen consensus over welk instrument als het beste te aanzien is. Het cruciale probleem daarbij is dat er geen "gouden standaard" bestaat, waartegenover de instrumenten kunnen worden beoordeeld op hun validiteit. In optimale omstandigheden zou het instrument moeten leiden tot de identificatie van ouderen die baat hebben bij voedingsinterventies. De op dit ogenblik beschikbare instrumenten zijn daar niet op gericht. Ze zijn niet specifiek voor het herkennen van ondervoeding die het gevolg is van een onevenwichtige voedingsinname, enerzijds, en van ondervoeding die het gevolg is van één of meerdere gezondheidsproblemen, welke leiden tot gewichtsverlies, verminderde consumptie of andere indicatoren van ondervoeding, anderzijds. De instrumenten die nu ter beschikking zijn, kunnen nuttig zijn om in de doelgroep van ouderen een subgroep van personen te identificeren, van wie de prognose zeker gecompromitteerd is, en van wie de oorza(a)k(en) van de ondervoeding met aanvullend onderzoek misschien kunnen worden

---

\* Het document werd voorbereid door Frank Buntinx en Guy De Backer.

opgespoord met kans op remediëring. Een onevenwichtig voedingspatroon kan daarbij een rol spelen, maar is vaak niet de enige factor.

Het doel van de screeningsinstrumenten is drievoudig:

- aandacht vragen voor de problematiek van ondervoeding;
- registreren en documenteren van gegevens;
- acties ondernemen en interventies instellen.

De klinische blik van de zorgverlener, ontwikkeld dankzij opleiding en ervaring, en gericht op de individuele patiënt, is minstens even belangrijk als de score op zich.

Wanneer louter rekening gehouden wordt met de implementeerbaarheid in de praktijk, en niet met de validiteit, zijn de MNA-SF (korte versie) en de SNAQ snelle en bruikbare instrumenten in de thuisituatie. Bijkomend is het meten van de bovenarmomtrek een eenvoudige en reproduceerbare methode, waarbij bovendien geen interferentie met oedeem optreedt, zoals bij het meten van de kuitomtrek het geval kan zijn.

Extra aandacht is nodig voor de bijzondere doelgroepen van de hoogbejaarden (85-plussers) en dementerenden. Wanneer bij deze personen gewichtsverlies wordt vastgesteld, wijst dit vaak op de beginfase van (vaak levensbedreigende) ondervoeding en is het snel nemen van maatregelen cruciaal. Slechte mondstatus en slik- en kauwproblemen komen binnen deze doelgroepen frequent voor.

- *Is er voldoende aandacht voor ondervoeding bij ouderen in woonzorgcentra en in de thuiszorg? Welke aanpak zou toelaten om de alertheid ten aanzien van ondervoeding bij ouderen in deze settings aan te scherpen?*

Ondervoeding is een onderschat probleem, zowel door de ouderen als door hun omgeving. Positief is wel dat de ouderen vragende partij zijn voor meer informatie en sensibilisering. Het is belangrijk dat de problematiek door alle betrokken partijen (h)erkend wordt. In de ouderenzorg wordt in het algemeen te weinig aandacht besteed aan voeding als determinant van welzijn en gezondheid. Vooral de continuïteit van de voedingszorg van thuis naar woonzorgcentrum, rust- en verzorgingstehuis, ziekenhuis en vice versa moet meer aandacht krijgen. Er is te weinig uitwisseling van informatie tussen instellingen, als het gaat over voedingszorg. Professionele zorgverleners zouden enerzijds over meer kennis over de relatie tussen voeding en gezondheid, en anderzijds over meer tijd voor voedingszorg moeten beschikken. Daarnaast zou het opnemen van diëtisten in het normpersoneel van woonzorgcentra een meerwaarde betekenen om tot een adequaat screenings- en voedingsbeleid te komen. Ondervoeding is een complexe materie van multifactoriële aard, die dan ook multidisciplinair moet worden aangepakt. Dit vraagt een goede coördinatie. Voeding is geen vast agendapunt in veel woonzorgcentra en binnen de thuiszorg. Het is vaak onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de voedingszorg. Er is gepleit in de discussie voor een structurele aanpak van dit probleem.

Tot slot kan nog vermeld worden, dat het laten participeren van ouderen in beslissingen in het kader van hun eigen voedingszorg een goedkope en efficiënte maatregel is in de aanpak van ondervoeding.

- *Wat zijn de meest prangende knelpunten die u ervaart m.b.t. het huidige voedingsbeleid in de verschillende zorgsettings die tijdens het symposium aan bod kwamen?*

Zoals hoger vermeld, is de communicatie tussen de verschillende settings bij transfer van de bejaarde een pijnpunt. Thuisverpleegkundigen zijn goed geplaatst om te screenen naar ondervoeding, maar de opvolging van de problematiek moet uiteraard multidisciplinair gebeuren. Voedingsinterventies die opgestart werden in de ene setting, dienen bij overgang naar een andere setting in het merendeel van de gevallen verdergezet te worden. Opname van relevante informatie met betrekking tot de voeding(stoestand) in het patiënten- of verpleegdossier wordt vaak nagelaten.

Door het gebrek aan zorgcommunicatie tussen instellingen klinkt de roep naar een centralisatie en coördinatie van al deze activiteiten binnen een coördinatiegroep, die binnen een bestaande organisatie of als afzonderlijke eenheid haar plaats kan vinden. Hierbij moet de aandacht ook gaan naar het bereiken en ondersteunen van de mantelzorgers, naar het opleiden van de zorgverleners, en naar samenwerkingsmodellen tussen de verschillende betrokken disciplines. Er gebeurt nu reeds veel werk op al deze terreinen, maar in verspreide slagorde, zonder veel overleg of samenwerking, en zonder

- planning. Zowel door de sprekers en het panel, als vanuit de zaal werd herhaaldelijk en in vele bewoordingen de vraag geformuleerd naar een centraal aanspreekpunt dat moet zorgen voor:
- de coördinatie en stimulering van het onderzoeks- en ontwikkelingswerk rond de preventie, detectie en aanpak van ondervoeding bij kwetsbare ouderen, vooral thuis en in woonzorgcentra;
  - de coördinatie en stimulering van de productie, verspreiding en implementatie van evidence-based multidisciplinaire richtlijnen voor de preventie, detectie en aanpak van ondervoeding bij kwetsbare ouderen;
  - het uitbouwen van een expertisecentrum met als centrale taak het verzamelen en ter beschikking stellen aan zorgverleners van de bestaande evidentie en hulpmiddelen;
  - het faciliteren van de opname van de informatie en vaardigheden rond ondervoeding bij ouderen in de opleiding bij de verschillende zorgdisciplines.
- *In de thuiszorg kan met preventie nog veel vooruitgang geboekt worden in de strijd tegen ondervoeding bij ouderen. Welke maatregelen kunnen hiertoe bijdragen?*

Positieve initiatieven om de thuiswonende groep hulpbehoevende ouderen te bereiken, zijn lokale dienstencentra, sociale restaurants en diensten die maaltijden aan huis leveren. De aanpak kan echter ook op dat niveau veel gestructureerder. Een veel voorkomend punt van kritiek betreft de kwaliteit van de maaltijden aan huis en intramuraal. Strenge HACCP normen in de keuken laten weinig variatie en creativiteit toe. Maatregelen om de zintuiglijke ervaring (kijken, ruiken, smaken) van de bewoners te stimuleren, zoals de aanwezigheid van een keuken op de afdeling bij kleinschalig genormaliseerd wonen, werken eetlustbevorderend. Privécaterars worden zelden aangesproken maar vertonen wel een grote bereidheid om zich voor deze doelgroep in te zetten. Nog een zwakke schakel is het ontbreken van de opvolging, van hetgeen de oudere daadwerkelijk eet van de thuisbedeelde maaltijd. Het betrekken van de mantelzorgers bij het maaltijdgebeuren is essentieel.

De beperkte financiering en het grote aantal cliënten van gezinsverzorgenden die aan huis maaltijden bereiden voor bejaarden, maakt dat deze diensten stilaan maatschappelijk onbetaalbaar worden. Door de beperkte tijd die gezinsverzorgenden is toegemeten, blijft er vanuit die hoek weinig ruimte over voor de “klinische blik” en het herkennen van ondervoeding.

### CONCLUSIES

- Screening + actie + monitoring = succes
- Nood aan multidisciplinaire en transmurale communicatie, opvolging en bijsturing
- Nood aan betere opleiding en/of sensibilisering van alle betrokken zorgverleners en mantelzorgers
- Nood aan centraal aanspreekpunt/expertisecentrum
- Nood aan aanpak op maat van de oudere