

Hoofdstuk 2

Voeding bij dementie

December 2017

P.M. Boot, C.H.A. van den Broek en M. Lautenbach

Samenvatting Dementie is een verzamelnaam van ruim vijftig ziekten en komt vooral voor bij ouderen. De meest voorkomende vorm is de ziekte van Alzheimer. Dementie begint meestal sluipend en ontwikkelt zich geleidelijk. Voeding speelt mogelijk een rol bij dementie: er kunnen bij cognitieve achteruitgang tekorten in bepaalde micronutriënten ontstaan die mogelijk bijdragen aan verdere cognitieve achteruitgang. Zowel gewichtsverlies als gewichtstoename worden gezien bij patiënten met dementie. De kans op gewichtsverlies is het grootst bij gevorderde dementie en bij dementie met snelle progressie. Gewichtsverlies is gerelateerd aan verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Behalve van gewichtsverlies kan er ook sprake zijn van ongewenste gewichtstoename. Dit kan het gevolg zijn van overmatig en ontremd eten en drinken. De behandeling van dementie inclusief de voedingsproblemen wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team en is afgestemd op de individuele situatie van de dementerende. De diëtist speelt een belangrijke rol in het multidisciplinaire team.

2.1 Inleiding

Bij het ouder worden gaan de cognitieve processen, zoals herinneren, abstract denken en redeneren, vaak achteruit. Dit wordt beschouwd als een normaal ouderdomsverschijnsel. Bij dementie is er echter sprake van een versnelde achteruitgang van deze functies. De verschijnselen die optreden als gevolg van dementie, zoals

Dit hoofdstuk is gebaseerd op het gelijknamige hoofdstuk uit 2010 door S. van Genugten en K. Kouwenoord-van Rixel.

P.M. Boot (✉) · C.H.A. van den Broek
Novicare, Best, Nederland

M. Lautenbach
Zorggroep Groningen, Groningen, Nederland

cognitieve achteruitgang en neurologische problemen, zijn vaak aanleiding voor diverse voedingsproblemen. Die worden in dit hoofdstuk beschreven.

Er zijn aanwijzingen dat voeding een rol kan spelen bij het ontstaan van dementie. Of voeding ook een bijdrage kan leveren aan de behandeling van dementie, is nog niet duidelijk.

2.2 Prevalentie

Dementie komt voornamelijk voor bij ouderen. Ongeveer 75 % van de mensen met dementie is ouder dan 80 jaar. Naar schatting wordt jaarlijks bij 20.000 mensen de diagnose dementie gesteld (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie 2014) en lijden volgens Alzheimer Nederland naar schatting 260.000 mensen aan de ziekte dementie. Van hen zijn 12.000 mensen jonger dan 65 jaar.

De verwachting is dat het aantal mensen met dementie de komende jaren flink zal stijgen door de toename van het aantal ouderen en door de toegenomen levensverwachting. Naar verwachting zal het aantal mensen met dementie in 2050 zijn opgelopen tot ongeveer een half miljoen. De omvang van dementie neemt sterk toe met de leeftijd: van 10 % bij mensen boven de 65 jaar en ruim 20 % bij mensen boven de 80 jaar tot 40 % bij mensen boven de 90 jaar (Alzheimer Nederland en Vilans 2013).

Mensen met dementie hebben een kortere levensverwachting dan mensen zonder dementie (Dewey en Saz 2001). De levensverwachting hangt af van het subtype dementie en verschilt van persoon tot persoon. Gemiddeld leven mensen acht jaar met dementie, waarvan zes jaar thuis. Het ziekteproces verschilt sterk per persoon, maar is altijd een proces van achteruitgang (Alzheimer Nederland en Vilans 2013).

Dementie is de volksziekte met de hoogste zorgkosten. In 2011 bedroegen de kosten voor dementie 5 % van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg. In 2015 zijn de kosten voor verpleeghuiszorg 4,68 miljard, een stijging van meer dan 25 % ten opzichte van 2012 (Factsheet Alzheimer Nederland 2017). Gemiddeld komt er 2,8 % per jaar bij, heeft Alzheimer Nederland berekend.

2.3 Dementie

Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de verwerking van informatie in de hersenen is verstoord. Dementie ontstaat meestal uit een ingewikkeld samenspel van veroudering, genetische gevoeligheid, omgevingsfactoren en leefstijl. Voor de meeste risicofactoren is de kennis over hun relatie met neurocognitieve stoornis nog beperkt (Lemmens en Weda 2015).

Mensen die lijden aan dementie ervaren een sterk verlies van kwaliteit van leven, gemiddeld 71 %. Zij raken hun zelfstandigheid kwijt, hun vermogen om

taal te gebruiken, lijden aan persoonlijkheidsveranderingen en verliezen het vermogen om dingen, situaties en mensen te herkennen. Zij ervaren verdriet en angst over dit verlies en moeten hiermee leren omgaan. Voor naasten van mensen met dementie bestaat een groot risico op overbelasting en depressie. Zij maken een proces door van verlies en rouw, al tijdens het leven van hun naaste (Alzheimer Nederland en Vilans 2013).

2.3.1 Klinische verschijnselen van dementie

Dementie begint meestal sluipend en ontwikkelt zich geleidelijk. De symptomen verschillen sterk per persoon. Afhankelijk van de aangedane hersengebieden en de vorm van de dementie komen de symptomen in wisselende combinaties en ernst voor. Het belangrijkste gevolg van dementie is cognitieve achteruitgang.

Cognitieve stoornissen als gevolg van dementie zijn onder te verdelen in (Lemmens en Weda 2015):

- geheugenstoornis: een verminderd vermogen om nieuwe informatie aan te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren;
- afasie: zich niet goed meer kunnen uitdrukken in woord of schrift en/of gesproken of geschreven taal niet goed meer begrijpen;
- apraxie: geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren;
- agnosie: geen objecten meer kunnen herkennen;
- stoornis in uitvoerende functies: niet meer kunnen abstraheren, logische gevolgtrekkingen maken, organiseren, plannen maken, doelgericht handelen;
- stoornissen in aandacht/concentratie en/of mentale verwerkingssnelheid;
- stoornissen in visueel-ruimtelijke of -constructieve vaardigheden.

Naast cognitieve beperkingen kunnen personen met dementie last hebben van stemmings- en/of gedragsveranderingen, zoals depressie- en/of angstklachten, apathie, hyperactiviteit, rusteloos gedrag en agitatie, wanen en hallucinaties (Lemmens en Weda 2015). De behandeling is vaak ook gericht op deze symptomen. Tijdens het beloop van dementie worden verschillende belevingsfasen onderscheiden en is er sprake van omkering van de levensloop.

2.3.2 Vormen van dementie

De meest voorkomende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, een combinatie van deze twee, Lewy-body dementie (LBD) en frontotemporale dementie (het frontalekwabsyndroom). Daarnaast kan dementie optreden bij tientallen andere ziekten (Alzheimer Nederland en Vilans 2013). In de DSM-5 is de naam dementie weliswaar vervangen door ‘neurocognitieve stoornis’, maar in de praktijk wordt ‘dementie’ nog gehanteerd.

Vaak begint de ziekte met een geleidelijke vermindering van het kortetermijngeheugen. Vervolgens vindt ook aantasting plaats van het langetermijngeheugen en krijgt de patiënt problemen met denken en taal (Vilans 2017).

Voor de diagnostische criteria van dementie, de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie, LBD, ziekte van Creutzfeldt-Jakob en licht cognitieve stoornissen, geen dementie (MCI) verwijzen wij naar de 'Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie' (2014) van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

2.3.2.1 Ziekte van Alzheimer

Ongeveer 70 % van de mensen met dementie heeft de ziekte van Alzheimer. Bij deze mensen valt vaak als eerste de geheugenproblematiek op (Vilans 2017). In de hersenen van alzheimerpatiënten zijn afwijkingen te zien die bij sommige mensen zonder dementie ook voorkomen: de zogeheten plaques en tangles. Beide zijn eiwitten, die neerslaan in de hersenen: tussen de hersencellen of in de wand van de hersenbloedvaten. Deze eiwitten belemmeren daarmee de communicatie tussen zenuwcellen, en dat tast het denken en het geheugen aan. Het is overigens niet gezegd dat deze neergeslagen plaques en tangles alzheimer veroorzaken, maar ze vormen wel een risicofactor, naast onder andere een hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte.

Bij deze hersenaandoening is een belangrijk criterium dat de dementie geleidelijk aan is ontstaan en langzaam verergert (www.hersenstichting.nl). Vergeetachtigheid is het meest in het oog springende verschijnsel. Het opnemen van nieuwe informatie lukt niet meer en er ontstaan problemen met lezen, praten, schrijven en rekenen. Verder gaan ook andere cognitieve functies (het vermogen te denken, oordelen en begrijpen) verloren. Zelfstandig handelen en het nemen van initiatieven worden bemoeilijkt en raken onder het vroegere niveau. Vaak raakt iemand gedesoriënteerd in tijd en/of plaats en gaan sociale vaardigheden verloren. Geheugenstoornissen kunnen alzheimerpatiënten achterdochtig maken. Ongeveer de helft van de alzheimerpatiënten heeft last van wanen: overtuigingen die niet met de realiteit overeenkomen. Deze zijn meestal achterdochtig getint. Zo kan de patiënt denken dat hij bedrogen of bestolen is door zijn partner of verzorgers. Soms hallucineert hij: hij ziet of hoort dingen die er niet zijn. Mensen met alzheimer krijgen met name problemen met alledaagse activiteiten, die bijvoorbeeld steeds onhandiger worden uitgevoerd. Tegelijkertijd blijft het gangbare sociale contact nog lange tijd in stand, hetgeen buitenstaanders ten onrechte de indruk kan geven dat er niets aan de hand is (Hersenstichting 2017).

2.3.2.2 Vasculaire dementie (VaD)

Vasculaire dementie (VaD) is een van de meest voorkomende soorten dementie. Problemen in de doorbloeding van de hersenen veroorzaken deze ziekte. Ongeveer

16 % van de mensen met dementie heeft stoornissen in de hersendoorbloeding. Veel mensen met VaD hebben hart- en vaatziekten (gehad), bijvoorbeeld langdurig een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, suikerziekte en TIA's (kortdurende afsluiting van een bloedvat in de hersenen). Ook is het mogelijk dat iemand een of meerdere beroertes heeft gehad voordat de dementie begon.

Welke symptomen iemand met VaD heeft, hangt af van het hersengebied dat beschadigd is geraakt. Eigenlijk bestaan er dus verschillende soorten vasculaire dementie. Wat opvalt bij mensen met VaD is dat ze langzamer gaan denken, spreken en handelen. Ze kunnen zich moeilijker concentreren. Naast de geestelijke achteruitgang kan iemand ook lichamelijke verschijnselen hebben. Er kan bijvoorbeeld verlamming, spierversijving of gevoelsverlies ontstaan (www.alzheimer-nederland.nl).

2.3.2.3 Frontotemporale dementie (FTD)

Frontotemporale dementie (FTD) komt vaak voor op jongere leeftijd. Deze aandoening is ook bekend als de ziekte van Pick. Veranderingen in het gedrag vallen meestal als eerste op. Ook taal en spraak kunnen aangetast zijn. FTD ontstaat doordat hersencellen in de frontaalkwab (gedragsgebied) en de temporaalkwab (taalgebied) afsterven. De eerste verschijnselen van FTD zijn afhankelijk van de plaats in de hersenen die beschadigd raakt. Meestal ontstaan er eerst veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en spraak. Pas in een later stadium krijgen mensen met frontotemporale dementie geheugenproblemen (www.alzheimer-nederland.nl).

2.3.2.4 Dementie met Lewy-bodies (LBD)

Een kleine groep van de mensen met dementie, meestal ouder dan 65 jaar, heeft Lewy-body dementie (LBD). Iemand met deze ziekte ondervindt sterke schommelingen in de achteruitgang van zijn verstandelijk functioneren (Vilans 2017). LBD is te herkennen aan schommelingen in iemands geestelijke achteruitgang. Ook hebben LBD-patiënten vaak verschijnselen van de ziekte van Parkinson. Denk aan tremoren (beven van lichaamsdelen zoals handen), stijfheid, langzame beweging, een gebogen houding en een afwijkende manier van lopen.

Iemand met LBD heeft in het begin geen geheugenproblemen of moeite met het uitvoeren van handelingen. Vaak valt het op dat iemand aandachtsstoornissen krijgt. Ook kan iemand visuele hallucinaties krijgen: hij ziet dingen die er niet zijn. Dit maakt het moeilijker om deze vorm van dementie te herkennen. Een extra probleem is dat mensen met Lewy-body dementie vaak erg gevoelig zijn voor de bijwerkingen van de medicijnen tegen hallucinaties (www.alzheimer-nederland.nl).

2.3.2.5 Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJD)

De ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJD) is een zeldzame hersenziekte. Hersencellen sterven in snel tempo af.

CJD begint vaak met wat vage, psychische veranderingen. In het begin lijkt iemand overspannen of neerslachtig, maar binnen een paar weken krijgt iemand met Creutzfeldt-Jakob ernstige geheugenstoornissen en problemen met bewegen, spreken en het verwerken van wat hij ziet. De aandoening wordt veroorzaakt door speciale eiwitten, zogeheten ‘prionen’. Deze eiwitten wijken af van normale eiwitten in ons lichaam. Hierdoor veroorzaken ze allerlei ziekteverschijnselen. Bij de meeste mensen met CJD is de precieze oorzaak van de ziekte onbekend. Bij 10–15 % van de CJD-patiënten is er sprake van een erfelijke oorzaak (www.alzheimer-nederland.nl).

2.3.2.6 Licht cognitieve stoornissen, geen dementie (MCI)

Indien er wel cognitieve stoornissen aanwezig zijn, maar geen dementie, krijgt de patiënt de diagnose ‘lichte cognitieve stoornissen, geen dementie’ (NVKG 2014). ‘Mild Cognitive Impairment’ (MCI) betekent ‘milde cognitieve stoornis’. Iemand met MCI heeft problemen met het geheugen of met een andere hersenfunctie, maar hij kan vaak nog zo goed als normaal functioneren in het dagelijks leven. MCI kan een voorstadium van dementie zijn, maar dit hoeft niet.

Mensen met een MCI hebben vaak last van geheugenproblemen, maar ze kunnen ook moeite hebben met het overzicht houden of het uitvoeren van handelingen. De klachten zijn minder ernstig dan bij dementie. Vaak vergeet iemand de details van een gebeurtenis of handeling, terwijl mensen met dementie de hele gebeurtenis vergeten (www.alzheimer-nederland.nl).

2.3.3 Belevingsstadia bij dementie

Mensen met dementie doorlopen een aantal stadia.

Vorstadium Het voorstadium is de fase waarin zich de eerste verschijnselen van dementie voordoen. Men krijgt last van geheugenproblemen. Ondanks dat deze vergeetachtigheid als hinderlijk wordt ervaren, kan men er toch goed zelfstandig mee leven. Een hulpmiddel als een agenda kan in deze fase nuttig zijn. Kenmerken van het voorstadium zijn dat er problemen ontstaan met het maken van plannen, dat men moeite heeft met het omgaan met nieuwe situaties, dat er frustratie is wanneer men te veel dingen aan zijn hoofd heeft of dat er irritatie en angst ontstaan bij het ervaren van de geheugenproblemen (Vilans 2017).

Stadium 1: het bedreigde ik In het eerste stadium – het bedreigde ik – is er sprake van een eerste confrontatie met dementie. Deze wordt als een bedreiging ervaren. De patiënt vergeet soms dingen, kan zich moeilijker uitdrukken en kan woorden niet vinden. Dit zorgt voor een crisissituatie en hij probeert zijn beginnende dementie te ontkennen en zo veel mogelijk te verstoppen voor de buitenwereld.

Kenmerkende symptomen voor het stadium ‘het bedreigde ik’ zijn:

- er is een identiteitscrisis;
- verlies van het kortetermijngeheugen en daarna geleidelijk ook verlies van het langetermijngeheugen;
- het denken verloopt trager;
- het taalgebruik is minder goed;
- het handelen verloopt trager;
- er is een verminderd sociaal aanpassingsvermogen (= decorumverlies);
- er is wel ziektebesef, maar geen ziekte-inzicht.

Bij de bejegening van mensen die zich in dit eerste stadium van dementie bevinden, is het van belang te proberen het gevoel van angst en onveiligheid te verminderen, de persoon te informeren over de concrete werkelijkheid om hem heen (=realiteitsoriëntatie) en een beroep te doen op vaardigheden die niet achteruit zijn gegaan (Vilans [2017](#)).

Stadium 2: het verdwaalde ik Het tweede stadium kenmerkt zich vooral door angst. De patiënt met dementie heeft steeds minder houvast aan zichzelf en aan de realiteit: hij verliest de controle over het eigen leven. Iedere nieuwe situatie zorgt voor paniek, voor grote onzekerheid. Het geheugen gaat steeds verder achteruit, de oriëntatie verloopt steeds gestoord en het verleden wordt meer en meer herbeleefd.

Kenmerkende symptomen voor het stadium ‘het verdwaalde ik’ zijn:

- de geheugenstoornissen worden steeds uitgebreider;
- er wordt meer in het verleden geleefd;
- vragen als ‘wie ben ik’ en ‘waar ben ik’ staan centraal;
- de oriëntatie raakt steeds meer verstoord;
- er is meer motorische onrust, waarbij ook dwaalneigingen of omkering van het dag- en nachtritme kunnen optreden;
- de belangstelling neemt af en de belevingswereld wordt kleiner;
- de zelfstandigheid neemt af;
- de motoriek gaat zichtbaar achteruit;
- de bewegingen zijn niet meer doelgericht;
- de identiteitscrisis van het vorige stadium wordt nu identiteitsverwarring.

Bij de bejegening van mensen die zich in dit stadium bevinden, gaat het er vooral om houvast te bieden en de dagelijkse leefomgeving te structureren. Verder is het belangrijk zo veel mogelijk aan te sluiten bij interesses en behoeften (Vilans [2017](#)).

Stadium 3: het verborgen ik In het derde stadium is er wel degelijk nog contact mogelijk, maar moet de zorgmedewerker het initiatief nemen. Het contact bestaat niet zozeer uit het voeren van lange gesprekken, maar gaat meer om oogcontact, aanraking, het benoemen van gevoelens en spiegelen. Deze techniek heet 'validation'. Methoden om contact te maken krijgen steeds meer een zintuiglijk karakter en doen een beroep op voelen, ruiken, horen, zien en proeven.

Bij de bejegening van mensen die zich in dit stadium van dementie bevinden, is het van belang dat het aanbod aansluit op de directe zintuiglijke behoeften (warmte, rust, prettige sfeer) en beleving (warm/koud, honger/dorst, pijn). Een rustige, prikkelarme omgeving is vaak prettig.

Adviseer geen validatietherapie ter verbetering van gedrag of stemming bij personen met dementie (NVKG 2014).

Stadium 4: het verzonken ik In het vierde en laatste stadium van dementie is er sprake van een verdere terugkeer naar de basisbehoeften. In deze fase is er alleen nog contact mogelijk via sensorische en motorische prikkels. De cliënt wordt volledig afhankelijk van anderen. Uiteindelijk zal hij bedlegerig of rolstoelgebonden worden en overlijden.

Kenmerkende symptomen voor het stadium 'het verzonken ik' zijn:

- volledige afhankelijkheid van anderen;
- het vermogen om te kauwen en slikken gaat verloren;
- geheugen en taal zijn minimaal: de communicatie is ernstig verstoord;
- er treedt een foetushouding op;
- er is verlatingsangst;
- de cliënt is bang alleen gelaten te worden;
- er is een totaal identiteitsverlies.

Bij de bejegening van mensen die zich in dit stadium van dementie bevinden, is het van belang in te spelen op de lichamelijke behoeften, lichamelijk contact te maken, te praten (zacht, rustig – de woorden zijn niet belangrijk) en prettige zintuiglijke prikkels aan te bieden (Vilans 2017).

2.3.3.1 Omkering van de levensloop

Naarmate de dementie vordert, gaat de dementerende steeds meer in het verleden leven. Leven met het verleden (herinneren, waarbij je je bewust bent dat het gaat om iets in het verleden) verschuift naar leven in het verleden (herbeleven). Het gaat hierbij meestal om belevingen die grote betekenis hadden in het vroegere leven, zoals moeder worden en naar het werk gaan. De dementerende gaat zich hier ook naar gedragen. Vroegere ingrijpende ervaringen met de bijbehorende gevoelens komen terug. In het eindstadium valt de dementerende terug op vroeg-kinderlijke ervaringen (Verdult 1997). In het dementeringsproces herhaalt zich zijn levensloop door het proces van retrogenese (Verdult 2003).

2.3.4 Rol van voeding bij het ontstaan van dementie

Het is alom bekend dat grote deficiënties in verschillende micronutriënten, zoals thiamine, foliumzuur en vitamine B12, voorkomen bij cognitieve stoornissen en er wordt aangenomen dat mogelijk meer deficiënties in nutriënten bijdragen aan en het verergeren van cognitieve achteruitgang (Volkert et al. 2015). Vitamine B12 is essentieel voor de erytropoëse, het functioneren van zenuwcellen en de stofwisseling van homocysteïne en methionine, samen met onder andere foliumzuur. Dieronderzoeken en gevalsbeschrijvingen tonen aan dat een tekort aan vitamine B12 kan leiden tot anemie, axonale degeneratie en demyelinisatie. Axonale degeneratie is een beschadiging of functiestoornis van de lange uitlopers van de zenuwcellen, demyelinisatie is een beschadiging of functiestoornis van de bescherm laag om de axon heen. Dit kan cognitieve achteruitgang en dementie tot gevolg hebben. De NHG-Standaard Dementie concludeert dat vitamine B12-deficiëntie op pathofysiologische grond een rol kan spelen bij het ontstaan van dementie. Dit is echter niet in klinisch onderzoek aangetoond (NHG 2012).

Het drinken van grote hoeveelheden alcohol, ook episodisch (bingedrinken), kan cerebrale schade veroorzaken. Er bestaat geen consensus over de criteria van ‘alcohol(gerelateerde) dementie’, waardoor de schattingen van de prevalentie uiteenlopen. Een door alcohol en/of slechte voeding veroorzaakt thiamine-(vitamine B1-)tekort kan leiden tot een ernstige geheugenstoornis (syndroom van Korsakov), dat in een deel van de gevallen vooraf wordt gegaan door een oogspierparese, nystagmus (onwillekeurige ritmische bewegingen van de oogbollen), ataxie (coördinatiestoornis), perifere sensorische polyneuropathie, verwardheid of sufheid (Wernicke-encefalopathie). Er zijn aanwijzingen voor een beschermend effect van matig alcoholgebruik op het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. Overmatig alcoholgebruik is geassocieerd met ernstige neurologische afwijkingen en geheugenstoornissen (NHG 2012).

2.4 Diagnostiek

De eerste tekenen van mogelijke dementie worden vaker nog door de naasten dan door de patiënt zelf opgemerkt. Concrete signalen die op de aanwezigheid van dementie wijzen, zijn bijvoorbeeld geheugenproblemen, verandering van gedrag, depressie, achterdocht, verwaarlozing, vermagering en soms al overbelasting van naasten. Het doel van diagnostiek is duidelijkheid te krijgen over de aard, ernst, oorzaak en prognose van de dementie.

Bij een vermoeden van dementie vindt ziektediagnostiek plaats. Daarnaast vindt zorgdiagnostiek plaats. De huisarts kan de diagnostiek zelf uitvoeren, maar kan ook de specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriater consulteren of de patiënt verwijzen voor gedeeltelijke of gehele diagnostiek in een gespecialiseerd centrum.

Ziektediagnostiek

Hierbij worden de volgende onderzoeken aanbevolen: medische voorgeschiedenis, anamnese en heteroanamnese, (psychiatrische) observatie, Mini-Mental State Examination (MMSE), (gericht) lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek (NVVA en NHG 2009). Bij laboratoriumonderzoek worden op zijn minst de volgende laboratoriumwaarden bepaald: Hb, HtMCV, BSE, glucose, TSH en creatinine, tenzij recentelijk bepaald. Vitamine B1, B6, B12, foliumzuur, natrium en kalium worden op indicatie bepaald (bij gastro-intestinale comorbiditeit, alcohol-abusus, diuretica, SSRI en afwijkend voedingspatroon) (NVVA 2008).

Zorgdiagnostiek

Dit vindt naast ziektediagnostiek plaats. Bij zorgdiagnostiek worden onder andere in kaart gebracht: lichamelijke gezondheid, zelfredzaamheid, veiligheid (waaronder autorijden) en beheer geldzaken, belasting en belastbaarheid van de centrale verzorger, aanwezige en noodzakelijke informele en professionele hulpverlening, de kracht en stabiliteit van het familiesysteem, woonomstandigheden, cognitieve stoornissen, gedrag en beleving, persoonlijkheid en copingstijl, dagstructuur en bezigheden (NVVA en NHG 2009).

De *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie* beschrijft dat er bij een steeds grotere, vooral oudere, groep patiënten sprake is van een dementiesyndroom met gemengde pathologie in de hersenen (NVKG 2014).

Voor criteria van de ziekte van Alzheimer, Lewy-body dementie, frontotemporale dementie, vasculaire dementie, ziekte van Creutzfeldt-Jakob en licht cognitieve stoornissen (geen dementie) verwijzen wij naar de *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie* (2014) van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

2.5 Behandeling

2.5.1 Doel van de behandeling

Omdat tot op heden het dementieproces niet vertraagd of gestopt kan worden, is het doel van de huidige behandeling gericht op de symptomen van dementie en het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënten en hun naasten. De behandeling heeft medische, psychologische en sociale componenten en wordt gegeven door multidisciplinaire teams.

In alle stadia van de ziekte en ongeacht de plaats waar de dementerende zich bevindt, zijn de interventies gericht op:

- benutting van de functionele mogelijkheden;
- compensatie van beperkingen;
- behoud van autonomie, eigenheid en waardigheid;
- versterking van communicatiemogelijkheden en behoud van sociaal contact;
- versterking van het gevoel van veiligheid;

- benutting van de mogelijkheden om te genieten;
- acceptatie van de ziekte en steun bij het zoeken naar manieren om ermee om te gaan;
- beperking van de gevolgen van bijkomende somatische aandoeningen, gedragsontregelingen en psychiatrische verschijnselen.

De behandeling moet regelmatig worden geëvalueerd en bijgesteld. Omdat de manier waarop dementie zich manifesteert en verloopt, sterk individueel verschilt, zijn een individuele benadering en een individueel behandel- en zorgplan nodig. Ondersteuning van de mantelzorgers is een vast onderdeel van de behandeling.

2.5.2 Medicamenteuze therapie

Er is op dit moment nog geen genezende medicatie beschikbaar voor welke neurodegeneratieve vorm van dementie dan ook. In de herziene *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie* worden aanbevelingen gedaan voor symptomatische therapie met cholinesteraseremmers en memantine. Bij de medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen kunnen antipsychotica of antidepressiva voorgeschreven worden. Verder kunnen psychofarmaca, gericht op de behandeling van verschijnselen van dementie, worden toegepast. Antipsychotica worden gegeven als er sprake is van wanen, hallucinaties en agitatie. Antidepressiva worden gegeven bij depressie en gedragsstoornissen, zoals agressie en agitatie (NVKG 2014). Ter bevordering van het welbevinden moeten aandoeningen, zoals hypertensie, diabetes, vitamine B-deficiëntie, parkinsonisme, evenwichtsstoornissen, infecties en gehoor- en gezichtsstoornissen tijdig worden gesignaleerd en behandeld.

2.5.3 Psychosociale en overige non-farmacologische interventies

Psychosociale interventies zijn niet-medicamenteuze interventies bij personen met dementie, mantelzorgers en zorgmedewerkers. Interventies gericht op personen met dementie zijn bedoeld om cognitieve, stemmings- en neuropsychiatrische symptomen (zoals angst, somberheid, agitatie, agressie, apathie, ontremming) te verminderen of hun kwaliteit van leven te bevorderen (NVKG 2014).

Psychosociale interventies richten zich bij de patiënt en de mantelzorger op het verwerken van de diagnose en het leren omgaan met de ziekte. Psychosociale interventies die gericht zijn op de behoeften van patiënt en mantelzorger, intensief zijn en uit meerdere onderdelen bestaan ('multicomponent'), zijn vaker effectief dan niet-multicomponente ondersteuning en leiden tot uitstel van opname in een verpleeghuis. Interventies gericht op beweging en ergotherapie beogen het fysiek en ADL-functioneren zo lang mogelijk intact te houden of te verbeteren (NHG 2012).

Voor personen met dementie wordt lichaamsbeweging, bijvoorbeeld meerdere malen per week dertig minuten wandelen, geadviseerd ter verbetering van cognitie, conditie en stemming (NVKG 2014).

2.6 Voedingsinterventie

Oudere mensen die lijden aan dementie hebben een verhoogd risico op ondervoeding als gevolg van verschillende voedingsproblemen. Hierbij rijst de vraag welke interventies effectief zijn bij het handhaven van adequate voedingsinname en voedingstoestand gedurende de ziekte (Volkert et al. 2015). De kwaliteit van leven kan bevorderd worden door uitstel van ziekte die te danken is aan een betere voedingstoestand. Daardoor vindt uitstel plaats van beperkingen, zodat ouderen langer zelfstandig kunnen functioneren (Hoor-Aukema 2014).

2.6.1 *Energie en macronutriënten*

Zowel gewichtsverlies als gewichtstoename wordt gezien bij patiënten met dementie. Soms wisselen periodes van gewichtstoename en -verlies elkaar af. Als de dementerende door zelfverwaarlozing is vermagerd, treedt er vaak een gewenste gewichtstoename op als de dementerende in het verpleeghuis wordt opgenomen.

2.6.1.1 Gewichtsverlies

Waarschijnlijk wordt het gewichtsverlies veroorzaakt door een combinatie van een verminderde voedselinname en een verhoogd energieverbruik. Onderzoek uit het verleden toonde aan dat er bij dementie geen sprake is van verhoogd rust-metabolisme of hypermetabolie (Binsbergen 2001). Soms is er ook sprake van gewichtsverlies ondanks een voldoende of zelfs verhoogde energie-inname. Een toegenomen energiebehoefte wordt waarschijnlijk veroorzaakt door toegenomen activiteit, zwerfgedrag of motorische agitatie. Om de precieze oorzaak van gewichtsverlies bij dementie vast te stellen is meer onderzoek nodig.

De mate van gewichtsverlies is wisselend. Periodes zonder of met weinig gewichtsverlies worden afgewisseld met periodes van groot gewichtsverlies. Vaak treedt gewichtsverlies al op voor opname in het verpleeghuis. De kans op gewichtsverlies is het grootst bij gevorderde dementie en bij dementie met snelle progressie. Gewichtsverlies is gerelateerd aan verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

Toch komt ook in het verpleeghuis ondervoeding vaak voor bij dementerenden. Dit heeft negatieve gevolgen voor de lichamelijke toestand van bewoners en hun kwaliteit van leven. Ondervoeding kan leiden tot verlies van spiermassa, decubitus,

verminderde darmwerking (hogere kans op infecties), een daling van de weerstand (hogere kans op infecties), en verder tot lusteloosheid, depressie, slikproblemen en overlijden door aspiratiepneumonie. Bij thuiswonende dementerenden zal ondervoeding de opname in een verpleeghuis versnellen.

Ter preventie van ondervoeding, en daarmee het fragieler worden van ouderen, dient het gewicht (BMI 22–28 kg/m²) en de spiermassa/spierkracht te worden behaald/behouden en dient afname van spiermassa te worden voorkomen (Hoor-Aukema 2014). De individuele energiebehoefte bij het behalen/behouden van een gezond gewicht en spiermassa/spierkracht kan worden berekend met behulp van de herziene Harris en Benedict-formule van Roza en Shizgal uit 1984 (Academisch Ziekenhuis Maastricht 2017; Roza en Shizgal 1984) of de FAO/WHO/UNU-formule (Stuurgroep Ondervoeding 2013). De ‘Innovatiekring Dementie’ geeft praktische tips in het geval dat een dementerende (te) weinig eet (www.innovatiekringdementie.nl).

Kenmerken van ondervoede patiënten zijn verlies van lichaamsgewicht en spiermassa, daling van de weerstand, verhoogde kans op complicaties, zoals infecties en decubitus, en een vertraagde wondgenezing. Deze situatie kan tot een negatieve gezondheidsspiraal leiden. Dit veroorzaakt een langere opnameduur, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit en afname van de kwaliteit van leven (www.stuurgroepondervoeding.nl).

2.6.1.2 Gewichtstoename

Behalve van gewichtsverlies kan er ook sprake zijn van ongewenste gewichtstoename. Dit kan het gevolg zijn van overmatig en onttremd eten en drinken (Verdult 2003). Onttremming bij eten kan zich uiten als: gulzig eten, vraatzucht en eten zolang er eten is (Verenso 2008). Dit onttremd gedrag kan vervolgens leiden tot overmatig eten en drinken met als gevolg ongewenste gewichtstoename.

2.6.1.3 Macronutriënten

Er is momenteel geen bewijs dat macronutriënten het verloop van dementie (cognitieve en functionele achteruitgang) kunnen wijzigen (Alzheimer’s Disease International 2014). Het advies is te streven naar een adequate inname conform de *Richtlijnen goede voeding* (Gezondheidsraad 2015).

Het macronutriënt eiwit verdient wel extra aandacht, omdat een eiwitinname van 1,0 g of 1,2 g/kg lichaamsgewicht een gunstige werking heeft op het tegengaan van sarcopenie (Hoor-Aukema 2014). Indien er sprake is van ondervoeding, wordt onderscheid gemaakt naar geslacht voor wat betreft de hoeveelheid eiwit die wordt geadviseerd. Voor ondervoede geriatrische mannelijke patiënten geldt een eiwitverrijkt dieet van 1,2 tot 1,5 g/kg lichaamsgewicht (BMI 27) en voor vrouwelijke patiënten een eiwitverrijkt dieet van 1,2 g/kg lichaamsgewicht (BMI 27) (Hoor-Aukema 2014). Voor een optimale benutting van de eiwitten uit de voeding worden

deze bij voorkeur gelijkelijk verdeeld over de maaltijden aangeboden, wat neerkomt op minimaal 25 gram eiwit per maaltijd (Stuurgroep Ondervoeding 2013).

2.6.2 Vitamines en mineralen

Er is momenteel geen bewijs dat micronutriënten het verloop van dementie (cognitieve en functionele achteruitgang) kunnen beïnvloeden (Alzheimer's Disease International 2014). De volgende supplementen dragen niet bij aan het corrigeren van cognitieve stoornissen of preventie van verdere cognitieve achteruitgang, tenzij er aanwijzingen zijn van deficiëntie: vitamine B6, vitamine B12 en/of foliumzuur. Ook suppletie van omega-3-vetzuur, vitamine B1, vitamine E, selenium, koper en vitamine D draagt niet positief bij aan het cognitieve vermogen (Volkert et al. 2015). Streef naar een adequate inname conform de *Richtlijnen goede voeding* (Gezondheidsraad 2015).

Vitamine D dient daarentegen wel te worden gesuppleerd, maar met een ander doel. Voor ouderen vanaf 70 jaar zijn er op basis van onderzoek overtuigende aanwijzingen dat tien tot twintig microgram extra vitamine D per dag het risico op botbreuken kan verminderen. Aannemelijk is verder dat een dergelijke dosis vitamine D het risico op vallen reduceert bij kwetsbare ouderen. Dit niveau van inname correspondeert met een streefwaarde van het serum 25OHD-gehalte, ofwel het serum 25-hydroxyvitamine D-gehalte, van ten minste vijftig nmol per liter. Om ervoor te zorgen dat (vrijwel) de hele groep 70-plussers deze streefwaarde haalt, stelt de commissie de dagelijkse behoefte vast op 20 microgram vitamine D per dag (Gezondheidsraad 2012).

2.6.3 Vocht

Aspecten van veroudering zijn de afname van het totale lichaamsvocht, een verminderd dorstgevoel en afname van het concentrerend vermogen van de nieren (Hoor-Aukema 2014). Zoals bij alle ouderen neemt ook bij ouderen met dementie het dorstgevoel en de prikkel om te drinken af. De aanbevolen hoeveelheid vocht voor ouderen bedraagt 1.700 ml per dag, waarbij rekening gehouden dient te worden met de individuele variatie.

Er is sprake van dehydratie als er meer vocht wordt uitgescheiden dan er in het lichaam opgenomen wordt. Dehydratie is de meest voorkomende vocht- en elektrolytenstoornis in de ouderenpopulatie met en zonder dementie. Dehydratie leidt tot een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit.

Onderzoeken tonen aan dat dehydratie geregeld voorkomt in instellingen voor langdurige zorg, zoals het verpleeghuis. De prevalentie varieert van 45 tot zelfs 97 % bij de verpleeghuisbewoners. Voor de Nederlandse situatie is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden.

Dehydratie is te herkennen aan onder andere sufheid, een lage bloeddruk, droge tong en slijmvliezen, een verslechterde spraak met verslikkingsgevaar, een afgenomen huidturgor en urineproductie, ingezonken ogen en gewichtsafname (meer dan één kg per dag). Dehydratie komt dus geregeld voor bij verpleeghuisbewoners, waarbij het risico vergroot is bij ouderen met dementie vanwege onder andere het afnemen van de dorstprikkel en de toenemende afhankelijkheid van het verzorgend personeel (Paulis en Pullens 2016). Verder kan dehydratie een delier uitlokken (NHG 2014) en verwardheid (Hoor-Aukema 2014). Chronische dehydratie kan de symptomen van dementie verergeren en obstipatie veroorzaken.

Voor praktische tips om de dagelijkse vochtinname te verhogen verwijzen wij naar de 'Innovatiekring Dementie' (www.innovatiekringdementie.nl).

2.6.4 Reuk en smaak

Ouderen met dementie lijken een slecht gevoel voor geur te hebben en een verminderd vermogen om geuren te identificeren (PubMed Health 2016). Het wegvallen van reuk of smaak verandert het eetgedrag. Deze ouderen gaan bijvoorbeeld minder eten van bepaalde gerechten of voedingsmiddelen smaken niet (www.reukensmaakcentrum.nl).

Speeksel speelt een essentiële rol in het op gang brengen van de smaakoverdracht. Vast voedsel wordt opgelost in het speeksel en de smaakstoffen worden via het speeksel getransporteerd naar de smaakorgaanjes (www.kno.nl, 2017). Smaken zijn alleen waarneembaar als ze opgelost zitten in speeksel, en een goede speekselproductie helpt dan ook bij het proeven van eten (www.reukensmaakcentrum.nl). Veel kwetsbare ouderen, zoals mensen met dementie, gebruiken dagelijks vijf of meer verschillende geneesmiddelen (polyfarmacie) (www.alzheimer-nederland.nl; www.volksgezondheinzorg.info). Sommige medicijnen hebben een remmende werking op de speekselproductie (NVVA et al. 2007). Een verslechtering van de speekselproductie en -secretie resulteert in het algemeen in een reductie van de smaakgevoelens (Vissink et al. 2001).

2.6.5 Ambiance

Omgevingsfactoren, zoals meubilair, tafelgenoten, geluiden, geuren, temperatuur, verlichting, (portie)grootte en presentatie van het eten, spelen een belangrijke rol tijdens de maaltijden. Ze kunnen de inname van voedsel beïnvloeden. Zo kan het eten in gezelschap de inname van voeding verhogen.

Bij verpleeghuisbewoners zonder dementie is in een gerandomiseerd onderzoek aangetoond dat het veranderen van de sfeer naar een huiselijker stijl (tafelkleed, servetten, de maaltijden geserveerd op de tafel, individuele keuze van portiegrootte, personeel zit aan tafel en praat met de bewoners) resulteerde in een

significante stijging van de voedselinname, fysieke prestaties, kwaliteit van leven en voorkwam een daling van de BMI. Ondanks deels tegenstrijdige resultaten en de beperkte kwaliteit van de meeste studies lijkt het duidelijk dat de voedselinname van personen met dementie positief kan worden beïnvloed door een sfeer tijdens de maaltijden te creëren, waar bewoners kunnen ontspannen en zich comfortabel en veilig voelen (Volkert et al. 2015).

De ‘Innovatiekring Dementie’ geeft praktische tips om de ambiance tijdens de maaltijden te optimaliseren om zo de voedingsstatus en het welzijn van de bewoners positief te beïnvloeden (www.innovatiekringedementie.nl).

2.6.6 Slikproblemen

Naarmate de dementie vordert, kunnen stoornissen ontstaan zoals kauw- en slikproblemen. Deze stoornissen kunnen leiden tot aspiratiepneumonie. Dit is een veel voorkomende doodsoorzaak bij patiënten met dementie. Ter preventie van aspiratiepneumonie kan aangepaste consistentie van voeding en vocht noodzakelijk zijn (Volkert et al. 2015). Bij afwijkende consistenties van voeding en vocht dient een gevarieerd voedingsadvies te worden afgestemd met (het consistentieadvies van) de logopedist.

2.6.7 Voedingspreparaten of aanvullende voeding?

Het advies is om bij dementerenden in eerste instantie een zo normaal mogelijk eetpatroon na te bootsen, zo nodig in aangepaste consistentie. Als gevolg van alle voedingsproblemen die bij dementie kunnen voorkomen, kan het lastig zijn om de aanbevolen hoeveelheden voedingsstoffen te behalen. In dergelijke gevallen kan energieverrijkt voedsel met voldoende voedingsstoffen aangeboden worden. Start met energie-/eiwitverrijking van de broodmaaltijden, soep, warme maaltijd, appelmoes, toetje en dranken. Overweeg tweemaal per dag een warme maaltijd aan te bieden. Verstrek driemaal per dag energie- en eiwitrijke tussendoortjes. Houd rekening met de portiegrootte en het tijdstip van aanbod. Ook fingerfood is te overwegen. Met fingerfood, oftewel ‘eten met je handen’, kunnen mensen met dementie langer hun zelfstandigheid en waardigheid behouden. Het kan ook een oplossing zijn voor mensen die niet de rust hebben om aan tafel te zitten, maar bijvoorbeeld wel lopend willen eten. Voorbeelden van fingerfood zijn krieltjes, gehaktballetjes en broccolipartjes. Op de website van de ‘Innovatiekring Dementie’ zijn enkele praktische tips te vinden voor fingerfood (www.innovatiekringedementie.nl).

Verder zijn er kant-en-klare producten verkrijgbaar die extra voedingsstoffen, bijvoorbeeld calorieën en eiwitten, leveren. De producten kunnen tijdens het ontbijt, de lunch en als tussendoortje worden gegeten of gedronken. Hiermee hoeft er minder aan het vertrouwde voedingspatroon gewijzigd te worden. Vaak zijn deze producten te bestellen via internet, bij de supermarkt of het winkeltje in het ziekenhuis.

Als met verrijkte voeding de dieetdoelen, zoals preventie van ondervoeding en decubitus, niet behaald kunnen worden, kunnen (medische) voedingspreparaten of aanvullende (medische) voeding overwogen worden. Baseer de besluitvorming alsmede het doel van de dieetinterventie op individuele basis. Houd rekening met de algehele prognose en de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Schrijf medische drinkvoeding voor als aanvulling op de normale voeding. Geef deze bij voorkeur na de laatste maaltijd ('s avonds) of in de middag, twee uur voorafgaand aan de volgende maaltijd. Drinkvoeding voor de maaltijd kan de eetlust verminderen, waardoor het risico bestaat dat de patiënt minder eet van de volgende maaltijd. Medische voeding wordt niet gebruikt om cognitieve schade te herstellen of cognitieve achteruitgang tegen te gaan (Volkert et al. 2015).

2.6.8 Sondevoeding

Enterale sondevoeding en parenterale voeding kan voorzien in de energie- en voedingsstoffenbehoefte bij patiënten die niet in staat zijn via de orale weg te eten of te drinken. Bij deze wijze van toediening van voedingsstoffen, met name via PEG-sonde, is er sprake van een invasieve ingreep met risico's op complicaties.

Het doel en ook de voor- en nadelen van sondevoeding dienen zorgvuldig te worden afgewogen. Om ethische redenen zijn gerandomiseerde gecontroleerde studies, die de effecten van kunstmatige voeding bestuderen, niet beschikbaar. Bestaande observationele studies naar de effecten van sondevoeding bij patiënten met dementie zijn over het algemeen van slechte kwaliteit.

Sondevoeding kan overwogen worden bij patiënten met milde tot matige dementie om een tijdelijke crisissituatie te overwinnen, waarbij duidelijk sprake is van onvolwaardige orale inname én van een mogelijk omkeerbaar proces. Er dienen regelmatig evaluaties plaats te vinden.

Sondevoeding bij patiënten met een ernstige vorm van dementie wordt afgeraden. Deze patiënten hebben een hoger risico op aspiratiepneumonie, diarree, gastro-intestinaal ongemak en decubitus. Ook zijn er geen aanwijzingen voor de effectiviteit van sondevoeding voor oudere mensen met gevorderde dementie met betrekking tot de kwaliteit van het leven, decubitus, fysieke en mentale functies, gedrags- en psychiatrische symptomen van dementie (Volkert et al. 2015).

2.6.9 Terminale voedingszorg

Bij vergevorderde dementie en in de terminale fase is het doel van de voeding veiligheid en maximaal comfort. Dit kan worden bereikt door het soort voedsel, de hoeveelheid en de consistentie aan te passen aan de dementerende. Voor patiënten in de terminale levensfase bestaat een drietal soorten beleid:

- het actief beleid;
- het palliatief beleid;
- het symptomatisch beleid.

Actief beleid

Dit beleid is erop gericht dat de voedingstoestand zo optimaal mogelijk is. Bij een actief beleid kunnen allerlei dieetbehandelingen plaatsvinden, zoals het actief aanbieden en stimuleren van eten en drinken en hulp bieden bij de maaltijden.

Palliatief beleid

Dit is een (medisch) beleid dat er primair op gericht is te zorgen voor een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de zorgvrager. Een levensbekortend effect van een behandeling is geen bezwaar (geen reden om de behandeling niet in te zetten). Indien een behandeling van een bijkomende aandoening levensverlenging als neveneffect heeft, is dat evenmin een bezwaar. Palliatieve zorg is actieve en doelgerichte zorg en omvat altijd pijn- en symptoombestrijding. Allerlei dieetbehandelingen kunnen een plaats hebben binnen een palliatief beleid, zoals kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel. Er is niet de intentie de dood te bespoedigen noch uit te stellen. In de praktijk kan het echter wenselijk zijn dat een behandeling geen levensverlengend effect heeft, gezien de situatie van de zorgvrager (NVVA et al. [2007](#)).

Symptomatisch beleid

Een symptomatisch beleid is eveneens een beleid dat erop gericht is te zorgen voor een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de zorgvrager, maar 'waarbij een levensverlengend neveneffect als gevolg van een op dit doel gericht handelen ongewenst is.' Met andere woorden: als een behandeling voor een bijkomende aandoening een levensverlengend effect heeft, is dat bij een symptomatisch beleid een reden om deze behandeling niet in te zetten (NVVA et al. [2007](#)).

2.6.9.1 Terminale dehydratie

Als het stervensproces is begonnen, neemt de dementerende vaak geen vocht en voedsel meer tot zich. Dit is een van de facetten van het stervensproces en niet de oorzaak van dit proces. Mogelijk is er sprake van een verminderd dorstgevoel dat het welbevinden van de dementerende ten goede komt. Dehydratie blijkt een natuurlijk anesthetisch effect te hebben. Door hongeren in de terminale fase

ontstaat een ketose door de vorming van bètahydroxyboterzuur. Dit kan in de hersenen worden omgezet in gammahydroxyboterzuur, een bekend anestheticum. In geval van dehydratie en ondervoeding neemt de productie van endorfines toe. Dementerenden bij wie de vochtbalans in evenwicht werd gehouden, bleken meer klachten te hebben dan degenen met dehydratie. Pijn en ongemak kunnen worden voorkomen door de slijmvliezen van de mond- en keelholte met kunstspeeksel te bevochtigen en de ogen te druppelen met kunsttranen om uitdrogen van de cornea te voorkomen. Het proces van terminale dehydratie is op deze wijze goed te begeleiden en resulteert meestal binnen enkele dagen in een rustig sterfbed.

2.7 Voedingsproblemen

Ouderen met dementie kunnen verschillende voedingsproblemen ondervinden. Sommige oorzaken zijn direct gerelateerd aan de dementie, maar er kunnen ook andere oorzaken zijn voor voedingsproblemen. Vaak gaat het om een combinatie hiervan.

In de richtlijn omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van zorgvragers met dementie worden drie categorieën beschreven:

- niet kunnen;
- niet willen;
- niet snappen.

2.7.1 Niet kunnen

De zorgvrager wil wel eten of drinken, maar kan de benodigde handelingen niet zelf uitvoeren, bijvoorbeeld door een aandoening van de spieren of van het zenuwstelsel. Apraxie is hiervan een voorbeeld: de bewoner kan bewegingen of handelingen niet meer goed uitvoeren door afwijkingen in de hersenen. Soms kan een bewoner niet eten omdat hij verdrietig of lusteloos is of andere psychische problemen heeft. Ook is het mogelijk dat een bewoner met dementie niet kan eten door de omstandigheden, zoals een onrustige omgeving of tijdgebrek.

Mogelijke oorzaken van niet kunnen eten of drinken (Kenniskring Transitie in Zorg 2009):

- een aandoening van het zenuwstelsel of de spieren, zoals apraxie (onvermogen om bewuste bewegingen uit te voeren);
- kauw- of slikstoornissen;
- problemen met kauwen of slikken door andere oorzaken, zoals een droge mond, gebitsproblemen of ontstekingen in de mond;
- lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid of pijn;
- de zorgvrager zit of ligt in een verkeerde houding;

- de verzorgende handelt niet adequaat (bijvoorbeeld: loopt weg tijdens het helpen, verliest de aandacht tijdens het helpen, haalt het eten (voortijdig) weg);
- de verzorgende biedt te volle lepels aan;
- de consistentie van het eten is niet geschikt;
- de zorgvrager kan niet kiezen (er is te veel keus);
- psychische problemen: angst, gevoel van onveiligheid, stress, snel afgeleid, concentratiestoornis.

2.7.2 Niet willen

De zorgvrager wil niet eten of drinken, of niet geholpen worden met eten of drinken. Het gaat hier om een opzettelijke weigering van eten.

Mogelijke oorzaken van niet willen eten of drinken (Kenniskring Transitie in Zorg 2009):

- de zorgvrager heeft een verminderde eetlust door bijvoorbeeld depressieve klachten, somberheid, bijwerking van medicijnen, infectie, kanker of een stofwisselingsziekte;
- de zorgvrager wil niet geholpen worden met eten of drinken: uit schaamte of de wens om aan de eigen zelfstandigheid vast te houden;
- het eten bevalt niet: de zorgvrager heeft liever iets anders, het eten ziet er niet lekker uit, hij vindt het eten niet lekker, het eten is te warm of te koud;
- de zorgvrager heeft een doodswens.

2.7.3 Niet snappen

Het is mogelijk dat de zorgvrager de prikkels die te maken hebben met eten of drinken niet waarneemt, bijvoorbeeld omdat hij slecht ziet of ruikt. Het is ook mogelijk dat de zorgvrager geuren, voorwerpen of personen wel waarneemt, maar niet herkent. Dit laatste noemt men ook wel agnosie. Ten slotte is het mogelijk dat de bewoner niet begrijpt wat er van hem wordt verwacht.

Mogelijke oorzaken van niet snappen dat de bewoner moet eten of drinken (Kenniskring Transitie in Zorg 2009):

- de smaak of reuk zijn verminderd;
- de zorgvrager herkent het eten niet;
- de zorgvrager herkent gevoelens van honger of dorst niet;
- de zorgvrager ziet de verzorgende als een vreemde;
- de zorgvrager begrijpt de aanwijzingen van de verzorgende niet.

2.8 Rol van de diëtist

Voedingsinterventie kan de voedingstoestand en het welbevinden van dementerenden verbeteren. Afhankelijk van het beleid en van de keuze van de patiënt en zijn naasten is het van belang om maatregelen te nemen die de voedselinname van dementerenden verbeteren en waardoor bedreigingen van de voedingstoestand tijdig worden gesignaleerd en behandeld. Naast de voedingsinterventie is het voor de diëtist van belang om breder te kijken naar de patiënt en zijn omgeving.

Het zijn de zorg- en huiskamermedewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers die de zorgvragers eten geven. Zij zijn in de regel de eersten die veranderingen in eetgedrag en voedingsproblemen bij de persoon met dementie opmerken. Het is van belang dat er tijdig gesignaleerd wordt en de bevindingen met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde worden besproken. Door middel van risicosignalering kunnen tijdig voedingsproblemen gesignaleerd worden. In de eerste lijn wordt de SNAQ⁶⁵⁺ geadviseerd en in de instelling de SNAQ^{rc} (www.stuurgroepondervoeding.nl). Afhankelijk van de aard van het probleem en het beleid zal de arts besluiten de diëtist in te schakelen.

Samenwerking met andere disciplines is een belangrijk aspect van de voedingsinterventie. Bij verdenking op slikproblemen zal de logopedist de aard van de slikproblemen analyseren en op basis hiervan adviezen geven over de consistentie en wijze van voeden door de verzorgende. De ergotherapeut geeft adviezen over de zit- of lighouding tijdens het eten en drinken, en zo nodig aangepast bestek en eet- en drinkgerei. Bij afweergedrag rondom eten en drinken is het belangrijk om af te stemmen met de psycholoog. Bij achteruitgang van functionaliteit kan er met de fysiotherapeut gekeken worden naar de samenwerking voor het behoud van functie door middel van voeding en bewegen.

In de eerste lijn kan de diëtist een belangrijke rol spelen bij het geven van voedingsadviezen bij beginnende dementie. Verder kan de diëtist voedingsvoorlichting geven aan mantelzorgers en de zorg betrekken bij het eten en drinken van de cliënt met dementie. Mogelijke onderwerpen zijn het belang van goede voeding, de voedingsbehoefte van ouderen en het samenstellen van een evenwichtige voeding met aandacht voor praktische tips. Aandacht voor de positie van de mantelzorger is daarbij belangrijk. De mantelzorger gaat vaak gebukt onder een zware last, stress en soms depressie, waardoor deze in een sociaal isolement kan geraken.

In het verpleeghuis heeft de diëtist naast de individuele adviezen een belangrijke taak bij het ondersteunen van verzorgenden rondom het geven van eten en drinken en rondom de maaltijd van bewoners. Dit kan door middel van het geven van scholing en adviezen ten aanzien van individuele bewoners. Tot slot heeft de diëtist een belangrijke taak bij het opstellen van het voedingsbeleid in de instelling en het nemen van maatregelen om de voedingstoestand van de bewoners te bewaken.

2.9 Besluit

Naar de invloed van voeding op het ontstaan van dementie is veel onderzoek gedaan. Mogelijk spelen verschillende voedingsaspecten een rol bij het ontstaan van dementie, zoals vitamine B12 en alcohol. Omgekeerd heeft dementie grote gevolgen voor de voeding. Verminderde voedselinname leidt vaak tot een slechte voedingstoestand en complicaties van ondervoeding. Ook is er gewichtstoename mogelijk.

De diëtist kan in het multidisciplinaire team zowel in de thuissituatie als in een instelling een belangrijke bijdrage leveren aan de voedingstoestand en het algemeen welbevinden van de dementerende.

Literatuur

- Alzheimer Nederland, & Vilans (2013). *Zorgstandaard dementie*. Utrecht: Vilans.
- Alzheimer's Disease International (ADI) (2014). *Nutrition and dementia. A review of available research*. London: ADI.
- Binsbergen, J. J. van (2001). Neurodegeneratieve aandoeningen. In J. J. van Binsbergen, S. Kalmijn & M. C. Ocké (Red.), *Voeding en chronische ziekten*. Utrecht: Van der Wees.
- Dewey, M. E., & Saz, P. (2001). Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(8), 751–761.
- Gezondheidsraad (2012). *Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hoor-Aukema, N. M. ten (2014). *Dieetbehandelingsrichtlijn 47: Voeding voor ouderen in Nederland*. Leidschendam.
- Kenniskring Transitie in Zorg (2009). *Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Lemmens, L. C., & Weda, M. (2015). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: risico's rondom overgangen tussen eerste- en tweedelijnszorg*. RIVM Briefrapport 2015-0088. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) (2012). NHG-Standaard Dementie. *Huisarts en Wetenschap*, 55(7), 306–317.
- Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) (2014). NHG-Standaard Delier. *Huisarts en Wetenschap*, 57(4), 184–193.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) (2014). *Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie*. Utrecht: NVKG.
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) (2008). *Handreiking diagnostiek van dementie*. Utrecht: NVVA.
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), & Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) (2009). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie. *Huisarts en Wetenschap*, 52(3), S1–S5.
- NVVA, NMT, & NVG (2007). *Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*.
- NVVA, Sting, & V&VN (v/h AVVV) (2007). *Begrippen en zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg*. Utrecht.

- Paulis, S., & Pullens, M. (2016). Dehydratie in het verpleeghuis hoe vaak komt het voor en wat is het kennisniveau van het verzorgend personeel? *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, 3.
- PubMed Health (2016). *Testing sense of smell may give early warning of Alzheimer's risk*.
- Roza, A. M., & Shizgal, H. M. (1984). The Harris Benedict reevaluated: Resting energy requirement and body cell mass. *American Journal of Clinical Nutrition*, 40, 168–182.
- Stuurgroep Ondervoeding (2013). *Richtlijn ondervoeding bij de geriatrische patiënt*. Utrecht.
- Verdult, R. (Red.). (1997). *Contact in nabijheid; snoezelen met ernstig demente ouderen*. Leuven/Amersfoort: ACCO.
- Verdult, R. (2003). *De pijn van dement zijn; de beleavingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HB Uitgevers.
- Verenso (2008). *Richtlijn probleemgedrag*. Utrecht: Verenso.
- Vissink, A., Weissenbruch, R. van, & Nieuw Amerongen, A. van (2001). Smaak- en reukstoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 108, 229–236.
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., et al. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34, 1052–1073.

Websites

- www.alzheimer-nederland.nl: Factsheet Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op 03-09-2017.
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie>. Stichting Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op 01-04-2017.
- <https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/groot-onderzoek-naar-de-situatie-van-kwetsbare-ouderen>. Stichting Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op 05-06-2017.
- <http://www.nutritionalassessment.azm.nl/algorithm+na/onderzoek/energiegebruik/berekenen.htm>. Academisch Ziekenhuis Maastricht. Geraadpleegd op 26-02-2017.
- <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/dementie>. Hersenstichting. Geraadpleegd op 01-04-2017.
- Innovatiekring Dementie. <https://www.innovatiekringdementie.nl/>. Geraadpleegd op 26-02-2017.
- <http://kennisbundel.vilans.nl/editie/dementie-wat-is.html>: Handout Kenmerken van de verschillende stadia van dementie. Vilans. Geraadpleegd op 26-02-2017.
- <http://www.kno.nl/index.php/patienten-informatie/keel/smaak/>. Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Geraadpleegd op 01-04-2017.
- <https://www.reukensmaakcentrum.nl/reuk-en-smaakstoornissen/over-reuk/>. Reukensmaakcentrum (Wageningen Universiteit en Ziekenhuis Gelderse Vallei). Geraadpleegd op 26-02-2017.
- <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/>. Stuurgroep Ondervoeding. Geraadpleegd op 02-04-2017.
- <http://www.volksgezondheinzorg.info/>. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Geraadpleegd op 26-02-2017.

Informatorium voor Voeding en Diëtetiek
Dieetleer en Voedingsleer – Supplement 97 – december
2017
Former, M.; van Asseldonk, G.; Drenth, J.; Schuurman, C.
(Eds.)
2017, VII, 135 p. 6 illus., Softcover
ISBN: 978-90-368-1986-2