



Hoe pakken we de belangrijkste problemen aan?

Niet 'langer leven' en 'gezond blijven', vinden ouderen het belangrijkste, maar 'auto kunnen blijven rijden' en 'behoud van zelfstandigheid'. Marjolein Visser bespreekt hoe we hen daarbij kunnen helpen. Met praktische interventies bij drie voedingsgerelateerde gezondheidsrisico's.

Obesitas, te lage vitamine D-inname en ondergewicht zijn problemen die spelen bij ouderen. Bij alle drie is een optimale voedingszorg essentieel. Deze zorg moet volgens prof. dr. ir. Marjolein Visser gebaseerd zijn op effectieve voedingsinterventies.

Obesitas: de hoogste prevalentie bij ouderen

'Obesitas is een probleem, vooral bij ouderen. En ik verwacht de komende twintig dertig jaar een enorme toename, want in de jaren tachtig was er een fikse stijging van obesitas bij jongeren, dat zijn de ouderen van straks', aldus hoogleraar Marjolein Visser. Zij is voedingskundige en epidemioloog, en hoogleraar 'Gezond ouder worden, met speciale aandacht voor voeding en klinische diëtetiek' aan de VU en het VUmc in Amsterdam. 'Iedereen kent wel de risico's van obesitas: diabetes, hart- en vaatziekten, artrose, maar er zijn ook zaken waar ouderen niet goed van op de hoogte zijn, zoals urinaire incontinentie, pijn - in het hele lichaam, niet alleen knieën en

enkels! -, minder spierkracht en mogelijk verminderde cognitie. Daar moeten we dus iets mee.'

De 'obesitas paradox'

Visser voegt daaraan toe dat er soms ook voordelen worden genoemd. 'Dikkere ouderen hebben minder osteoporose, en ze hebben een gratis heupbeschermer door het vet op de heupen. Dat levert bij vallen weliswaar minder heupfracturen op, maar juist meer pols- en enkelbreuken, want die moeten bij een val meer gewicht opvangen.'

'Daarnaast wordt gesproken over de 'obesitas paradox', een aantal studies laat zien dat als ouderen eenmaal een ziekte hebben, het juist goed is om wat dikker te zijn omdat dat het risico op vroegtijdige sterfte mogelijk verlaagt. Daar is veel discussie over. Een onderzoeksgroep heeft dat wat meer in detail onderzocht, en toen bleek dat de groep die het beter leek te doen (die met het normale gewicht, die eerder stierven) er op het moment van de studie met hun ziekte al

ernstiger aan toe was, en daardoor al gewicht waren verloren. (1) Bovendien bevonden zich in deze groep meer rokers. Die factoren waren er verantwoordelijk voor dat zij eerder stierven en dat de dikkere mensen langer bleven leven. Dus niet de obesitas paradox, althans bij ouderen, niet bestaat.’

Interventie

‘Al met al lijkt het erop dat een BMI van tussen de 25 en 28 voor ouderen optimaal is. Een beetje te zwaar is niet zo erg, maar boven de 30 moet er iets aan gedaan worden, want dan beginnen de negatieve gevolgen.’ Interventie dus. Maar vaak wordt gezegd dat afvallen slecht is voor ouderen. Of dat zo zou kunnen zijn, werd in de LASA-studie (Longitudinal Aging Study Amsterdam) onderzocht (2). Ouderen die waren afgevallen gaven de volgende redenen aan:

| | |
|-----------------------|-----|
| Medisch: | 28% |
| Afslanken: | 27% |
| Sociale reden: | 18% |
| Ouderdom / weet niet: | 11% |
| Toename bewegen: | 5% |

Visser: ‘Uit onze analyses bleek dat de reden van afvallen van invloed was op het sterfterisico: ouderen die om medische redenen afvielen of die ‘ouderdom / weet niet’ hadden geantwoord, hadden een hoger sterfterisico. Waarschijnlijk is er dan toch al iets in het lichaam gaande. Afvallen om sociale redenen of door zelf willen afslanken of meer bewegen, vertoonde geen verhoogd sterfterisico. Het maakt dus uit waarom je afvalt. Bovendien laten andere studies (3) zien dat wanneer ouderen afvallen onder goede begeleiding en in combinatie met bewegen daar veel baat bij hebben, in de zin van een verlaagd sterfterisico, een betere gezondheid (vitaler, minder pijn) en een betere mobiliteit. Ook laten studies zien dat 75-plussers bij eenzelfde interventie meer afvallen en dat ook na acht jaar beter behouden dan ouderen van 55 tot 75 jaar.’ (4).

Visser concludeert: ‘In tegenstelling tot wat ik nog steeds van sommige internisten hoor, heeft afvallen bij ouderen met een BMI boven 30, met aan voeding gerelateerde comorbiditeit wel degelijk zin. Motiveer ze (bijvoorbeeld door de – onbekende – voordelen te noemen) tot een actieve behandeling in combinatie met bewegen.’

Vitamine D: zon en voeding zijn niet genoeg

Een ander probleem bij ouderen is hun vitamine D status. Als ouderen al weten dat ze vitamine D binnenkrijgen via de zon of met de voeding; ze weten doorgaans niet dat ze daar niet genoeg mee binnen krijgen. Visser: ‘Veel ouderen hebben te lage vitamine D spiegels. Een vaststaand negatief gevolg is osteoporose, en een hogere risico op vallen en fractures. Maar er zijn ook aanwijzingen dat het spierkrachtafname tot gevolg heeft.’

De aanbevelingen van de Gezondheidsraad luiden: Elke 70-plusser 20 µg (of 800 IU) vitamine D per dag
Vrouwen tussen 50 en 70 jaar 10 µg (of 400 IU) per dag



‘Ouderen die afvielen onder goede begeleiding en in combinatie met beweging, hadden daar het meeste baat bij’

‘Iedereen boven de 70 moet dus een vitamine D supplement tot zich nemen. Het maakt niet uit in welke vorm, van welk merk of van welke winkel,’ aldus Visser. ‘In combinatie met voldoende calcium. En vrouwen dus al eerder. Maar dat gebeurt dus niet. Uit de VCP blijkt dat slechts 18% van de mannen en 26% van de vrouwen boven de 70 jaar een supplement inneemt. En dat is waarschijnlijk nog een overschatting, want niet in elk multivitaminerepreparaat zit vitamine D en niet iedereen zal de juiste dosis gebruiken.

Visser: ‘Hier valt dus nog heel wat te winnen. Mijn advies aan alle doctoren, maar ook alle gezondheidsprofessionals, die met ouderen werken luidt: wees alert en adviseer elke 70-plusser om een vitamine D supplement te gebruiken. We moeten die boodschap veel actiever communiceren, want het is een eenvoudige en effectieve interventie.’

Ondervoeding: voorkomen beter dan genezen

Als derde komt het onderwerp ondervoeding aan de orde. ‘Ondervoeding komt veel, en steeds vaker, voor.’ Uit de eerder



genoemde LASA ouderenstudie blijkt dat 7% van de zelfstandig wonende ouderen ondervoed is, in huisartspraktijk iets meer dan 10% en in thuiszorgorganisaties meer dan 30%. (5) Ook een NIVEL-registratie waarin diëtisten bijhouden welke patiënten zij behandelen, staat ondervoeding in de top 5 (6). ‘Ook hier moeten we dus iets mee. En dat hebben we in de VU gedaan. Hier is het screeningsinstrument de SNAQ 65+ ontwikkeld. Daarvoor is geen weegschaal of iets ingewikkelds nodig, slechts een meetlint. Door het vaststellen van de bovenarmomtrek en enkele vragen stellen stellen over gewichtsverlies, eetlust en functionaliteit, is vast te stellen of iemand ondervoed is of hier risico op heeft.’ (zie www.stuurgroepondervoeding.nl)

Weinig onderzoek

Wat is een effectieve interventie om het probleem op te lossen? Visser: ‘In een rapport van de Gezondheidsraad is de conclusie getrokken dat er weinig kwalitatief goed onderzoek is uitgevoerd (7). Ook zijn er recent studies uitgevoerd (8-10) die hebben gekeken naar het effect van voedingsinterventies bij ondervoede ouderen. Hieruit moeten we helaas concluderen dat er weinig tot geen effect is van voedingsinterventies op gewicht en op functioneren. Dat zette ons aan het denken. Want misschien is het gewoon wel te moeilijk om deze kwetsbare mensen er bovenop te helpen; zijn ze te zwak en ziek?’

Oorzaak aanpakken

Ze vervolgt: ‘Daardoor kwamen we op de gedachte dat we het

veel meer bij de oorzaak moeten zoeken. We zijn daarom de PROTO-studie gestart. We zijn gestart met een systematisch literatuuronderzoek en een grote vragenlijststudie waarin ouderen worden ondervraagd over van alles wat met ondervoeding te maken kan hebben. Daaruit konden we vaststellen welke factoren gelinkt zijn aan ondervoeding met voldoende wetenschappelijk bewijs. Dit kwam er tot nu toe uit:

- Slechte eetlust
- Weinig / geen tussendoortjes
- Darmproblemen
- Problemen met boodschappen doen
- Weinig bewegen
- Pijn
- Slechte mondgezondheid

‘Een deel van de thuiszorg in de regio Amsterdam gebruikt nu de SNAQ65+. Loopt iemand gevaar dan nemen wij deze checklist af. Het is de toekomst de bedoeling dat de thuiszorg dit gaat doen – we hebben hen dan ook bij de ontwikkeling betrokken. Bij ouderen met ondervoeding waarbij een of meerdere factoren uit deze lijst een rol lijken te spelen, komen wij in actie. We hebben een behandelplan uitgerold in de wijk. We hebben bijvoorbeeld uitgezocht van welke winkel mensen hun boodschappen kunnen laten bezorgen, waar iemand kan gaan eten, wie de tandarts is, etc. We gaan samen met de ouderen en de thuiszorg/mantelzorger aan de slag om de problemen actief aan te pakken. We zijn tot volgend voorjaar

nog bezig met het verzamelen van gegevens, daarna kunnen we presenteren of het actieplan echt nut heeft. Tot die tijd kunt u voor vragen over de behandeling van ondervoeding terecht bij de Stuurgroep Ondervoeding. Op de website staan de meest up to date richtlijnen voor het behandelen van ondergewicht. De richtlijn is nu nog vooral practice based, maar zodra we, waar ook ter wereld evidence krijgen, voegen we dat toe.'

• **Wendy van Koningsbruggen**

[Literatuur]

1. Preston SH, Stokes A. Obesity paradox: conditioning on disease enhances biases in estimating the mortality risks of obesity. *Epidemiology* 2014;25:454-61.
2. Wijnhoven HA, van Zon SK, Twisk J, Visser M. Attribution of Causes of Weight Loss and Weight Gain to 3-Year Mortality in Older Adults: Results From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Gerontol Med Sci* 2014;69:1236-43.
3. Villareal DT, Banks M, Sinacore DR, Siener C, Klein S. *Arch Intern Med* 2006;166:860-6.
4. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD study. *Obesity* 2014;22:5-13.
5. Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HAH, van Binsbergen J, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition* 2012;28:1151-6.
6. Tol J, Leemrijse CJ, Veenhof C, Swinkels ICS. Jaarcijfers 2012 en trendcijfers 2008-2012 diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. NIVEL-rapport, 2013.
7. Gezondheidsraad. Ondervoeding bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/32. ISBN 978-90-5549-868-0.
8. Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, van Binsbergen JJ, Visser M. Effects of a dietetic treatment in older, undernourished, community-dwelling individuals in primary care: a randomized controlled trial. *Eur J Nutr* 2013;52:1939-48.
9. Wyers CE, Reijnen PL, Evers SM, Willems PC, Heyligers IC, Verburg AD, van Helden S, Dagnelie PC. Cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly subjects after hip fracture. A randomized controlled trial. *Osteoporos Int* 2013;24:151-62.
10. Neelemaat F, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs. *Clin Nutr* 2012;31:183-90.

