



Hoe voeden we de oudere mens?

Wat zijn de effecten van voedingspatronen en nutriënten op de gezondheid, het functioneren, en de kwaliteit van leven van ouderen? Het onderzoeksteam van prof. Wija van Staveren en prof. Lisette de Groot in Wageningen heeft de afgelopen kwart eeuw observationele en interventiestudies uitgevoerd om die vragen te beantwoorden. Een symposium in Wageningen inventariseerde wat met dit en ander onderzoek is bereikt op het gebied van voeding voor ouderen.

Het symposium '25 years nutrition and ageing at Wageningen University' was ambitieus opgezet met een groot aantal sprekers. Er waren ook sprekers van andere universiteiten aanwezig, waaronder Prof. dr. John Morley van de St. Louis University Center for Aging Successfully (zie ook pagina 12). Aan het eind van het symposium werd met hen en het publiek gediscussieerd over de implicaties van de onderzoeksresultaten voor het beleid in de ouderenzorg.

Eiwitstofwisseling bij ouderen

Dr. Lex Verdijk (Universiteit Maastricht) hield tijdens het symposium een lezing over eiwitstofwisseling bij ouderen. "Mensen kunnen tot op hoge leeftijd gezond blijven", aldus Verdijk. Hij illustreerde deze stelling met het voorbeeld van de Amerikaan Jack Lalanne (1914-2011), die tot de dag van zijn overlijden elke dag 25 push-ups deed en 500 meter zwom. Zijn credo luidde 'Exercise is king, nutrition is queen; put them together and you have a kingdom'. In Maastricht wordt veel onderzoek gedaan naar effecten van inspanning en voeding op de gezondheid van ouderen.

Bij gezonde jonge mensen maakt spierweefsel 50% uit van het lichaamsgewicht, en 70% van de celmassa in het lichaam. Spierweefsel is ook van belang voor de eiwit-, vet- en glucosestofwisseling. Sarcopenie, die bij het ouder worden kan optreden tot een spierverlies van 50%, resulteert in toename van onderhuids vetweefsel en tot infiltratie van vet- en bindweefsel in de spieren. Sarcopenie leidt ook tot verlies van spierkracht. Twee belangrijke oorzaken van sarcopenie zijn fysieke inactiviteit en inadequate voeding. Tot de veel waargenomen gevolgen behoren functieverlies, verhoogd valrisico, invaliditeit, chronische metabole ziekte, en verhoogde mortaliteit.

Anabole resistentie?

In spierweefsel vindt dagelijkse afbraak en synthese van 1-2% van de spiereiwwitten plaats, aldus Verdijk. 'Bij gezonde mensen zijn afbraak en synthese in balans. Bij ouderen is die balans verstoord, waardoor over langere termijn spiermassa verloren gaat. Recent zijn er sterke aanwijzingen gevonden dat ouderen 'anabool resistent' zijn: de eiwit synthese respons op anabole stimuli zoals inspanning of een eiwitrijke voeding is vermindert. Daarom richt het huidige onderzoek zich op de vraag

“De gemiddelde 65-jarige vrouw heeft nog 21,3 jaar te leven”

wat de juiste voeding en inspanning voor ouderen is om de spier eiwit synthese maximaal te stimuleren. Zo hebben we onlangs aangetoond dat de inname van meer dan 20 gram eiwit bij ouderen tot een verdere stijging van spier eiwit synthese kan leiden, terwijl bij jongeren eerder is gesuggereerd dan 20 gram al tot een maximale respons leidt.

Wei-eiwit leidt tot beste respons

Niet alleen de hoeveelheid ingenomen eiwit, maar ook het type eiwit is van belang voor de eiwitsynthese. Snel verteerbaar eiwit met een hoog gehalte aan essentiële aminozuren, zoals wei-eiwit, leidt per gram ingenomen eiwit tot de beste respons. Daarnaast is er een duidelijke invloed van de timing van de eiwitinname. Na inspanning wordt in spieren meer eiwit ingebouwd dan na een periode van rust.

Veel ouderen eten driemaal per dag. Tussen het diner en het ontbijt kan een periode van ongeveer 14 uur verlopen waarin geen eiwit wordt geconsumeerd. Verdijk: ‘In Maastricht hebben we onderzocht of het zin heeft die periode te verkorten. In een proof-of-principle studie kwamen ouderen naar het laboratorium, waar ze om twee uur ’s nachts via een neussonde 40 g eiwit of water toegediend kregen in de maag. We zagen dat de eiwittoediening leidde tot een duidelijke toename van de eiwitsynthese. Misschien kunnen kwetsbare ouderen sarcopenie tegen gaan door ’s avonds voor het naar bed gaan een eiwitrijke snack te gebruiken.’

Discussie ouderenzorg

Prof. Frans Kok begon de discussie met het gegeven dat de gemiddelde 65-jarige man nog 18,3 jaar te leven heeft, en de gemiddelde 65-jarige vrouw nog 21,3 jaar (getallen uit 2011). Het onderzoek heeft zich in de eerste jaren na 1988 inderdaad vooral gericht op adding years to life, maar het accent ligt al heel lang op adding life to years. Hoe deze ambitie in de praktijk kan worden verwezenlijkt is een moeilijke vraag, zei prof. Pieter van ’t Veer: “We zien dat steeds meer ouderen tot op hoge leeftijd thuis blijven wonen, omdat de normen voor institutionalisering worden verscherpt. De groep zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zal de komende jaren groter worden, en we weten inmiddels dat deze groep een aanzienlijk risico heeft van voedingsdeficiënties. In de Voedselconsumptiepeiling hebben we gezien dat zelfs bij gezonde ouderen de inname van vitamine D en andere vitamines te kort schiet. Het is tijd voor een actieplan gericht op gezonde voeding voor ouderen. Hoe pakken we dat aan?”

Consultatiebureaus voor ouderen

Elly Nieuwenhuis stelde voor in alle gemeenten in het land consultatiebureaus voor ouderen op te richten. Via de gemeenten kunnen alle 65-plussers worden opgeroepen om zich in het consultatiebureau te laten screenen. Prof. Jo Hautvast kwam met een variant op dit voorstel: “We zien dat in het kader van de AWBZ steeds meer wijkgericht gewerkt wordt. Dat is onder



John Morley, Wija van Staveren en Lisette de Groot

meer al het geval in Arnhem en Doetinchem. Screening van de voedingsstatus en voorlichting over voeding aan ouderen en hun mantelzorgers kan prima plaatsvinden in wijkcentra. Daarvoor kunnen wijkverpleegsters worden ingezet. Er kan misschien een maaltijdvoorziening in het wijkcentrum worden opgezet, waar ouderen gebruik van kunnen maken om in een aantrekkelijke ambiance te eten. Dat lost ten dele ook het probleem op dat veel kwetsbare ouderen niet meer in staat zijn boodschappen te doen. Het zou natuurlijk nog mooier zijn als we huisartsen bereid kunnen vinden de screening en voorlichting te verzorgen, maar dat wordt waarschijnlijk te duur. Misschien kunnen praktijkondersteuners wel een rol spelen.” Marjolein Visser brak een lans voor het opleiden van thuiszorgmedewerkers in de praktijk van de voeding: ‘Daar valt nog heel veel winst te behalen. Een wijkcentrum met voedingsexpertise is natuurlijk mooi, maar de ouderen die een wijkcentrum bezoeken zijn over het algemeen niet de kwetsbare ouderen die de doelgroep vormen. Screening en voorlichting via thuiszorgmedewerkers komt wel direct bij de doelgroep terecht.’ Jaapje Nooij-Michels kwam met de suggestie om meer gebruik te maken van reeds bestaande netwerkstructuren, zoals ouderenbonden en vrouwenverenigingen. Deze netwerken kunnen van belang zijn voor de voedingsvoorlichting van kwetsbare ouderen, en van met name hun mantelzorgers. Voorlichting aan de mantelzorgers kan misschien nog meer effect sorteren dan voorlichting aan de kwetsbare ouderen zelf.

Voedingstoestand van patiënten in tweede lijn

Sommige patiënten in de tweede lijn hebben ook een slechte voedingstoestand. Tijdens de discussie werd het voorbeeld genoemd van een onderzoek in een ziekenhuis uit het zuiden van het land. Sommige patiënten krijgen daar 's avonds hun snack niet omdat de verpleging te druk is. Er is veel winst te boeken door de verpleegkundigen voor te lichten over het belang van de voedingstoestand voor de gezondheid. Kristel Nijs rapporteerde dat bij het Ziekenhuis Rivierenland Tiel een project loopt waarbij de voedingstoestand van de oudere patiënten wordt gescreend: “We willen toe naar een situatie waarbij verpleegkundigen een voorgesprek houden voordat de patiënt bij de specialist komt. In dat gesprek moet worden geïnventariseerd of de patiënt goed eet, of hij of zij onlangs gevallen is, of er tekenen zijn die kunnen wijzen op depressie, enzovoort. Als we mogelijk voedingsgerelateerde problemen signaleren, dan kunnen we verwijzen naar een diëtist.” In het Universitair Medisch Centrum Maastricht is enige jaren geleden een studie uitgevoerd bij patiënten met een heupfractuur, rapporteerde Prof. Pieter Dagnelie. Doel van de studie was vast te stellen wat het effect zou zijn van een drie maanden durende voedingsinterventie op het herstel van de patiënten. De uitkomst van de studie was dat de interventie leidde tot een duidelijke verbetering van de eiwit- en energie-inname en van het lichaamsgewicht. Er was echter geen effect te zien van de interventie op functionele uitkomstmaten. Wellicht is ondervoeding een epifenomeen van een verslechterende gezondheidstoestand, die op zichzelf niet goed te verbeteren is met voedingsmaatregelen. Op dit gebied is nog veel onderzoek nodig.



Behoeftte aan verder onderzoek

Er is ook behoefte aan onderzoek naar niet-nutritionele oorzaken van ondervoeding. Christophe Matthys meldde dat in Leuven voedingsonderzoekers samenwerken met tandheelkundigen om een beter inzicht te krijgen in het verband tussen mondgezondheidskenmerken en het risico van ondervoeding. Ondine van de Rest brak een lans voor meer onderzoek naar effecten van depressie op de voedingstoestand van ouderen: “In mijn studie met omega-3 vetzuren hebben we gekeken naar effecten op zowel cognitief functioneren als depressie. Wat wij gevonden hebben is dat inname van omega 3-vetzuren in de algemene oudere bevolking weinig effect had, maar uit andere onderzoeken is gekomen dat de inname van omega 3-vetzuren bij patiënten die echt depressief zijn wel tot een betere gemoedstoestand /stemming leidt. De schalen voor depressiesymptomen zijn misschien ook niet gevoelig genoeg. Het lijkt mij erg interessant om dat met beeldvormende technieken van hersenfuncties te volgen.”

Tot de andere onderzoeksbehoeften die tijdens de discussie werden genoemd behoorde een studie naar de beste vorm van toediening van vitamine D. Uitkomsten van recente studies suggereren dat 25-hydroxy-vitamine D wellicht de voorkeur heeft. Ook de praktische betekenis van wetenschappelijk significante uitkomsten, bijvoorbeeld bij onderzoeken naar stemming, zou nader onderzocht kunnen worden. En tenslotte noemde Jan Steijns de kosteneffectiviteit van de voorgestelde interventies: “Ik zou graag de gezondheids-economische effecten van de genoemde maatregelen onderzocht zien. Het is mijns inziens te simpel om te stellen dat preventie altijd goedkoper is dan genezing als het probleem eenmaal ontstaan is. Daarmee kunnen we beleidsmakers niet overtuigen. We moeten voorstellen voor maatregelen financieel goed kunnen onderbouwen.” Tevens gaf hij aan dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan de verschillende uitwerkingen van evidence-based medicine en van practice-based evidence.

• Jan Blom