

4. Als eten een zorg wordt...

Het maaltijdgebeuren bij personen met dementie

Auteur: Sabine Boerjan

4.1 Inleiding

Woensdagmiddag klokslag twaalf uur. Het middagmaal wordt geserveerd en Louise is naar goede gewoonte op wandel. Zich van geen kwaad bewust loopt Louise heen en weer op de gang. Ze is op weg naar de winkel op het einde van de straat, waar ze iedere dag opnieuw verse groenten koopt voor in de soep. Als je haar met een iets te directe stijl benadert, weigert ze stevast haar eten. Haar laten doen is eveneens geen optie. Ze zou weinig tot niets eten. Maar wat dan wel? Een rustige maaltijd nuttigen 'aan tafel' is voor Louise en vooral voor de hulpverleners vaak een grote uitdaging.

Eten heeft een belangrijke betekenis in een mensenleven, het vormt de bron van leven. Een louter biologische of nutritionele kijk op eten dekt echter allesbehalve de volledige betekenis. Eten gaat veel verder dan het louter opnemen van voedingsstoffen. Eten heeft ook een belangrijke waarde op sociaal, psychologisch, cultureel en medisch vlak. Die ruime betekenis blijft, ook als er sprake is van dementie. Personen met dementie kunnen echter wel doorheen het ziekteproces geconfronteerd worden met allerlei problemen op het vlak van maaltijden.

De vraag rijst: 'Wat als eten een zorg wordt?'

Omgaan met deze problemen vormt een grote uitdaging. Als *zorgverlener* willen we goede zorg bieden of anders geformuleerd: we willen de kwaliteit van leven van de persoon met dementie behouden of verbeteren. Kwaliteit van leven is niet onmiddellijk meetbaar, maar het uit zich in gedachten, gedrag en emoties. Bovendien wisselt het zowel binnen één persoon als tussen mensen. Kwaliteit van leven betekent 'tevredenheid van het bestaan'. Dit kan enkel en alleen door de persoon zelf uitgemakt worden.

Kwaliteit van leven nastreven is het uitgangspunt in de zorg en begeleiding voor personen met dementie, dus ook bij maaltijdzorg. We willen

tenslotte het beste voor iedereen. De kunst om kwaliteit van leven na te streven, is om voortdurend de persoon met dementie, hoe fragiel die ook is, in al zijn dimensies te zien en, sterker nog, te blijven zien. De vraagstelling hoe we dit kunnen bieden, wordt doorheen het proces zwaarder belast.

We komen als zorgverlener voor moeilijke, soms pijnlijke dilemma's te staan. Paradoxen zoals, zinvol of zinloos, levensverlengend of levensreducerend, therapeutische hardnekkigheid of menswaardig handelen, comfort of discomfort zijn in dergelijke vraagstukken vaste pionnen in de gesprekvoering.

Deze weerslag is een extract uit het boek " Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met dementie", door Sabine Boerjan (ISBN 9789033492532).

4.2 Voedingsproblemen

De voedingsproblematiek bij personen met dementie is geen op zich staand probleem, maar vloeit vaak voort uit de algemene symptomen van dementie. Zo hebben de typische geheugenproblemen een invloed op het maaltijdgebeuren. Ook kan de beleving van de persoon met dementie een effect hebben op het eetgedrag.

Het is belangrijk te weten dat de voedingsproblemen niet bij iedere persoon gelijkaardig zullen voorkomen en afhankelijk zijn van het type dementie en het moment in het dementieproces.

In volgende tabel worden de oorzaken van voedingsproblemen doorheen het dementeringsproces weergegeven.

Tabel 2 Mogelijke oorzaken van voedingsproblemen die zich kunnen voordoen in het volledig dementeringsproces

Begin Aanvankelijk	Matig	Ernstig tot vergevorderd
• Desoriëntatie in tijd en ruimte	• Desoriëntatie in tijd, ruimte en persoon	• Desoriëntatie in tijd, ruimte en persoon
• Complexe handelingen worden moeilijker	• Meer en meer hulp nodig bij ADL	• Volledige hulp bij ADL
• Verminderde aandacht en concentratie, geheugenproblemen (KT)	• Verminderde aandacht en concentratie, toenemende geheugenproblemen (KT + LT)	• Verminderde aandacht en concentratie, toenemende geheugenproblemen (KT + LT)
• Gedragsveranderingen	• Gedragsveranderingen	• Gedragsveranderingen
• Depressie		
• Smaak-, geur-, zicht-, gehoorsveranderingen	• Smaak-, geur-, zicht-, gehoorsveranderingen	• Smaak-, geur-, zicht-, gehoorsveranderingen
	• Decorumverlies	• Decorumverlies
	• Meer uitgesproken gedragsproblemen	• Meer uitgesproken gedragsproblemen
	• Agnosie	• Uitgesproken agnosie
	• Apraxie	• Uitgesproken apraxie
	• Taalproblemen: verminderde taalproductie, verminderd taalbegrip	• Taalproblemen: verminderde taalproductie, verminderd taalbegrip, mutisme
		• Voedselweigering

© Acco, uit Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met dementie

4.3 Slikstoornissen

Slikstoornis of dysfagie is een stoornis die voorkomt in het slikproces, met andere woorden: het verwijst naar een pathologisch slikproces. Het slikken verloopt gefaseerd en de stoornissen kunnen in de verschillende fases plaatsvinden. Slikstoornis of dysfagie is een vaak voorkomend probleem bij ouder wordende mensen. Er zijn naar schatting 15% tot 45% van de 60-plussers die enige vorm van dysfagie hebben. Als slikstoornissen in relatie worden gebracht met dementie lopen deze cijfers nog hoger op.

Slikstoornissen komen niet alleen veelvuldig voor bij personen met dementie, maar kunnen ook ernstige gevolgen hebben. Daarom is het van groot belang deze stoornissen te herkennen.

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen symptomen en stoornissen. De symptomen zijn zichtbaar en maken er ons attent op dat er iets aan de hand is. Op zoek gaan naar de oorzaak van de symptomen, met name de stoornis, is belangrijk om er op een gepaste wijze op in te spelen. Een bepaald symptoom kan verschillende oorzaken hebben en de aanpak kan daarbij ook verschillend zijn.

Hieronder wordt schematisch weergegeven welke symptomen en stoornissen per fase kunnen voorkomen.

Tabel 3 Symptomen en slikstoornissen per fase van het slikproces

Fase 1 Oraal voorbereidende fase			Fase 2 Orale fase		Fase 3 Faryngale fase		Fase 4 Oesofagale fase	
Symptoom	Stoornis	Symptoom	Symptoom	Stoornis	Symptoom	Stoornis	Symptoom	Stoornis
Kwijlen en lekken van vloeistoffen/voeding	Onvoldoende lipsluiting Onvoldoende kauwbewegingen	Vertraagde inzet van de orale slikbeweging	Verminderde orale sensibiliteit	Verminderde orale sensibiliteit	Drank/voedsel komt langs de neus = nasale regurgitatie	Onvoldoende afsluiting door het verhemelte	Tijdens of na de maaltijd komt voedsel terug in de mond	Onvoldoende opening van de bovenste slokdarmsfincter Zenker-divertikel
Onvermogen tot bolusvorming	Verminderde tongbewegelijkheid en coördinatie	Zoekende tongbeweging	Slikapraxie	Herhaaldelijke slikpogingen	Moelijke triggering van de slikreflex Slikapraxie	Oprispingen, branderig gevoel	Reflux	
Afwijkende boluspositie	Verminderde tongcontrole of tongpers	Hamsteren	Apraxie Agnosie Verminderde lip- en wangtonus Verminderde tongcontrole	Voedsel zakt niet	Geen slikbeweging Slikapraxie			

Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
Oraal voorbereidende fase		Orale fase		Faryngale fase		Oesofagale fase	
Symptoom	Stoomis	Symptoom	Stoomis	Symptoom	Stoomis	Symptoom	Stoomis
		Kauw- problemen	Onvoldoende spierkracht van de kaken Gestoorte coördinatie en bewegingen van de tong	Hoesten en verslikken voorafgaand aan slikken	Verminderde tong- coördinatie om de bolus vast te houden Vertraagde slikreflex Premature lekkage		
Vertraagde orale transporttijden		Verminderde tongbeweeg- lijkheid Slikapraxie		Hoesten en verslikken tijdens het slikken	Aspiratie (zie volgend hoofdstuk: Gevolgen)		
				Hoesten en verslikken na het slikken. Borrelige stemkwaliteit	Aspiratie (zie volgend hoofdstuk: Gevolgen)		

© Acco, uit Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met demen-
tie

4.4 Gevolgen van slikstoornissen en voedingsproblemen bij personen met dementie

Naast het herkennen van de mogelijke voedings- en slikproblemen bij personen met dementie is het belangrijk te weten welke gevolgen die problemen kunnen geven. De gevolgen van slikstoornissen en voedingsproblemen behelzen een groot spectrum. Dergelijke problematiek brengt fysiek discomfort met zich mee dat uiteindelijk tot potentiële levensbedreigende situaties kan leiden. Deze gevolgen zijn o.a. malnutritie, dehydratatie en aspiratiepneumonie. Sociale isolatie komt eveneens vaak voor, meestal ten gevolge van het groter wordend schaamtegevoel door o.a. veelvuldig verslikken en hoesten tijdens de maaltijd.

4.4.1 Malnutritie

Malnutritie is een overkoepelende term en omvat (1) ondervoeding door onvoldoende voedselinname, (2) overvoeding door overmatig voedselinname, (3) onvoldoende opname van de verschillende voedingsnutriënten en (4) disproportionele inname van bepaalde voedingsstoffen. Het meest besproken en onderzocht deel van malnutritie is ondervoeding, wat niet betekent dat de andere delen onbelangrijk zijn.

Malnutritie bij ouderen is een multidimensioneel concept dat zowel fysische als psychosociale aspecten omvat.

Dementie gaat vaak gepaard met malnutritie die het proces verergert. Hoewel er zekerheid is over de samenhang tussen dementie en ondervoeding is er nog gebrek aan duidelijkheid over de mechanismen. Er zijn heel wat hypothesen vooropgesteld die een oorzakelijk verband weergeven voor malnutritie bij personen met dementie. Volgende oorzaken zijn reeds beschreven: een verminderde voedselinname door een verandering in eetpatroon of de mogelijkheid zichzelf te voeden, een verhoogd energieverbruik door o.a. doolgedrag, gedragsstoornissen, biologische veranderingen of structurele veranderingen in de hersenen.

Malnutritie kan de algemene gezondheidstoestand van de reeds fragiele oudere sterk beïnvloeden. Deze gevolgen zijn onder andere gewichtsverlies of -toename, infecties, verstoorde en vertraagde wondheling, immuniteitsproblemen, decubitus, pneumonie en zelfs mortaliteit. Het is daarom belangrijk om de mogelijkheden te bekijken om de voedingstoestand zo goed mogelijk te bewaken. Screening kan ondervoeding vroegtijdig onderkennen; een aantal voorbeelden van screeningsinstrumenten

zijn de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) en de MNA (Mini Nutritional Assessment), de SNAQ[®] (Short Nutritional Assessment Questionnaire).

4.4.2 Dehydratatie

Dehydratatie of uitdroging is een veel voorkomend fenomeen bij ouderen en in het bijzonder bij personen met dementie. Het is meestal het gevolg van onvoldoende vochtinname, al dan niet in combinatie met een medische oorzaak, waaronder urinaire infectie, infectie van de luchtwegen, etc.

Bij het toenemen van de leeftijd lukt het steeds minder om de vochtbalans op peil te houden. Ouderen hebben een verminderde dorstprikkel. Algemeen vermindert het vochtgehalte in het lichaam bij ouderen met tien tot twintig procent ten opzichte van jongeren. Hieruit kunnen we besluiten dat bij ouderen, los van enig ziektebeeld, sneller uitdroging ontstaat. Ouderen met dementie zijn nog kwetsbaarder.

4.4.3 Aspiratiepneumonie

Pneumonie en andere infecties van de luchtwegen zijn, naast de urinaire infecties, de meest voorkomende infecties. Een pneumonie is een veelvoorkomende doodsoorzaak, studies spreken van 53% van personen met de diagnose dementie. Aspiratie is de meest voorkomende oorzaak van een pneumonie, vandaar ook de term aspiratiepneumonie.

Er is sprake van een aspiratiepneumonie als (1) de normale flora van bacteriën in de mond, keel of maag gewijzigd is door aanwezigheid van pathogenen, die door aspiratie schadelijk zijn voor de longen; (2) voeding, vocht, speeksel of maaginhoud door reflux in een toereikende hoeveelheid geaspireerd worden of bacteriën bevatten, die schadelijk zijn voor de longen; (3) de longen niet meer in staat zijn om de geaspireerde bestanddelen op mechanische wijze of door defensiemechanismen in het lichaam te verwijderen.

Een versnelde ademhaling, benauwdheid, hoest, abnormale ademhalingsruis blijken relevante aanwijzingen tot de diagnose van een aspiratiepneumonie. Daarnaast zijn er nog algemene zwakte, gewijzigde mentale toestand, etc. die tevens in de richting kunnen wijzen van een pneumonie.

Een aspiratiepneumonie komt het meeste voor bij personen met dementie in de laatste fase.

Er werd aangetoond dat inname van neuroleptica een slechte invloed heeft op het slikproces. Het is aangewezen om deze medicatie bij personen met slikstoornissen, indien mogelijk, te stoppen. Neuroleptica kunnen het bewustzijn verminderen waardoor de personen vatbaarder zijn voor een aspiratiepneumonie. De gemiddelde vertraging van de slikreflex is beduidend hoger bij personen met dementie in de laatste fase.

Bij een slechte mondhygiëne kan het verspreiden van de bacteriën uit plaque van de mond in het lichaam eveneens een belangrijke rol spelen bij het krijgen van een aspiratiepneumonie.

Het is aangewezen om een goede mondhygiëne te voorzien om de kolonisatie van slechte bacteriën tegen te gaan.

Bij de zoektocht naar preventieve en ondersteunende maatregelen voor aspiratiepneumonie stuiten we op het ethisch vraagstuk of kunstmatige vocht- en voedingstoediening een mogelijke oplossing kan bieden. Uit talrijke onderzoeken¹ blijkt het tegendeel: sondevoeding zal de kans op aspiratie niet verkleinen, maar de frequentie op een pneumonie vergroten bij personen met dementie in een later stadium. Omwille van deze bevinding zal dergelijke interventie geen oplossing bieden voor dit probleem, maar eerder een bijkomende last vormen.

4.5 Het maaltijdgebeuren

“Wat is goede (maaltijd)zorg?”

Een eenduidig antwoord hierop formuleren is onmogelijk. Er bestaan oneindig veel antwoorden en het is net het zoeken naar diverse antwoorden dat getuigt van goede zorg. Het bieden van goede zorg begint allemaal met reflectie. Dit stilstaan is de eerste en cruciale stap om individuele, aangepaste, menselijke en goede zorg te bieden.

De kunst is om een aangepast antwoord te bieden op de doorheen het proces veranderende verwachtingen en de toenemende beperkingen. Als zorgverlener hebben we al te vaak de neiging om de zorg volledig over te nemen. We moeten op zoek gaan naar de mogelijkheden die de persoon in kwestie nog bezit en die ten volle benutten. Begeleiden en ondersteunen zijn twee begrippen die we in onze zorg hoog in het vaandel moeten dragen.

¹ Finucane et al., 1999; Cervo et al., 2006; Dharmarajan et al., 2001; Vitale et al., 2010.

Een grote valkuil voor (maaltijd)zorg bij personen met dementie is wanneer zorgen (voeden) een routine wordt. De aandacht verschuift van de persoon naar de taak. Voortdurend bewust zijn van 'wat' en vooral 'hoe' je dingen doet, vormt een voorwaarde tot kwaliteitsvolle zorg.

Eten vormt de bron van leven. Zonder eten is als het ware het einde nabij. Familieleden en zorgverleners willen daarom vaak kost wat kost de persoon eten geven. Dit uit zich soms in handelingen, waarbij de menselijke waarde kan vervagen.

Bij professionele hulpverlening loert het gevaar dat de aandacht, de gevoeligheid, de waakzaamheid naar de persoon vermindert en dat technische zorg de bovenhand krijgt. Gastmans en Vanlaere (2005) beschrijven dit fenomeen als 'eeltvorming': de hulpverlener wordt gaandeweg onverschillig voor de menselijke betekenis van het zorgen, waaronder ook het maaltijdgebeuren. De verwachtingen die je als zorgverlener krijgt van andere mensen, maar ook die je van jezelf hebt, zijn hoog. Een hoge graad van flexibiliteit, creativiteit, plichtsbewust zijn, menselijk zijn, vriendelijk zijn, zorgzaam zijn; het zijn maar enkele voorbeelden van een zeer lange lijst verwachtingen. Deze hoge graad van verwachtingen zorgt er soms voor dat we 'vergeten' waar het om draait: kwaliteitsvolle zorg geven aan mensen.

Een louter biologische of nutritionele kijk op het maaltijdgebeuren dekt allesbehalve de betekenis van een maaltijd. Er is behoefte en nood aan eten om het algemeen welzijn en de gezondheidstoestand van een persoon te garanderen, maar het is veel meer dan dat. Bij dieren is het enige motief om te eten overleven, dit in tegenstelling tot de mens die naast een biologische betekenis, een sociale, psychologische betekenis geeft aan een maaltijd.

De voldoening die een persoon ervaart van een maaltijd hangt af van de kwaliteit van de maaltijd, het sociale contact, de afstemming op de persoonlijke eetgewoonten en de omstandigheden waarin een maaltijd wordt gegeven of genuttigd.

Het hebben van een zorgvisie op maaltijdzorg in de professionele hulpverlening vanuit eender welke setting, zijnde woonzorgcentra, ziekenhuis of thuiszorgondersteunende diensten, is zeer belangrijk. Een zorgvisie is een resultaat van keuzes en beslissingen die leiden tot richtlijnen en kaders. Niet alleen het hebben van een zorgvisie is belangrijk, maar veel belangrijker is die visie kennen, gebruiken en naleven om tot goede zorg te komen.

4.6 Maaltijdondersteuning en maaltijdbegeleiding

Als zichzelf voeden moeilijk wordt, is er nood aan hulp van een zorgverlener. Toch blijft het belangrijk om de mogelijkheden, hoe beperkt die soms zijn, aan te wenden. Personen observeren is zeer belangrijk, eerder dan zich vast te pinnen op de mogelijks te verwachten moeilijkheden of mogelijkheden doorheen het proces. Personen met matige dementie hebben nog een bepaalde graad van zelfredzaamheid en zelfstandigheid, waaronder zelfstandig eten vaak nog binnen de fysieke mogelijkheden valt. In onderzoek bij personen met dementie in de matige fase in residentiële zorg blijkt echter dat net die groep een groter risico loopt op ondervoeding. De zorgverlener neemt in dergelijke situaties de fysieke mogelijkheden van de persoon als maatstaf, wat niet voldoende blijkt te zijn. Deze personen kunnen nog perfect zelfstandig eten, maar hebben ondersteuning en begeleiding nodig om voldoende te eten. Observeren en een maaltijd 'begeleiden' is wat je als zorgverlener moet voor ogen houden, eerder dan een maaltijd al dan niet 'geven'.

Een optimale voedselinname bij personen met nood aan maaltijdondersteuning/begeleiding, kan je pas bekomen als je de begeleiding kan aanbieden onder optimale omstandigheden. Dit bekom je door adviezen betreffende de verschillende aspecten van het maaltijdgebeuren toe te passen.

4.6.1 Adviezen m.b.t. de omgeving

Is de atmosfeer kalm en rustig of is er veel lawaai en beweging? Krijgen personen met dementie de nodige tijd om te eten?

Huiselijkheid in de woonomgeving en dus ook waar het maaltijdgebeuren plaats vindt, staat voorop. Echter moeten we ten allen tijde voor ogen houden dat overzicht en herkenbaarheid fundamenteel zijn voor personen met dementie. Vaak bekom je dit door eenvoud. Sommigen pleiten ervoor 'te snoeien' in de omgeving, naarmate het dementeringsproces evolueert, zonder de gecreëerde huiselijke sfeer te verliezen. Het maaltijddistributiesysteem heeft een grote impact op de huiselijke sfeer. De potten op tafel geniet de absolute voorkeur op de maaltijd voor geproportioneerd uit de grootkeuken.

'Zien eten, doet eten'. Samen eten vinden de meeste mensen gezelliger dan alleen eten. Maar we mogen er niet zomaar vanuitgaan dat iedereen samen 'moet' eten. Is de wens van de persoon met dementie hierin

gekend? Ook wie er nog aan tafel zit, kan van groot belang zijn voor het goed verlopen van het maaltijdgebeuren.

Aandacht voor zintuiglijk comfort is belangrijk. Doe dit door o.a. geluids-overlast te vermijden, aandacht te schenken aan aangepast licht, rekening te houden met de keuze van kleuren, gebruik te maken van kleurcontrasten, etc. Ouderen hebben voor hun dagelijks functioneren ongeveer 30% meer licht nodig dan een gezonde jongere volwassene. Dit komt o.a. door de vergeling van de lens. Voldoende licht zorgt voor een verhoging in de waarneming van contrasten en kleurverandering. Het licht maakt het beeld van de omgeving duidelijker. Gebruik maken van warme kleuren wordt aanbevolen. Ze worden het beste waargenomen. Huiselijkheid, herkenbaarheid en leesbaarheid van de omgeving is voor een persoon met dementie cruciaal. Dit vormt de basis van een goed maaltijdgebeuren.

4.6.2 Adviezen m.b.t. de maaltijd

Personen met dementie ondervinden geur- en smaakveranderingen. Inspelen op de geur, zoals verse koffie zetten, en de smaak, bijv. extra kruiding toevoegen, is aangewezen. Andere technieken, zoals bakken, koken, stampen, kunnen een andere smaakgewaarwording teweeg brengen waardoor de maaltijd weer net iets anders smaakt. Veranderingen in bwereidingen kan de voedselinname ten goede komen. 'Varieer en wees creatief' is de boodschap.

Technieken die de orale sensibiliteit bevorderen kunnen zinvol zijn. Deze compenserende techniek houdt in dat er een inleidende sensorische prikkel wordt gegeven. Extra veel smaak en meer uitgesproken temperatuurskenmerken kunnen de sensibiliteit verhogen. Zure, zeer koude drank kan de orale onset (= het moment wanneer het kauwen stopt en het doorslikken begint) van de slikbeweging bevorderen.

Een ander belangrijke pilaar van compenserende interventies bij personen met dementie met voedings- en slikproblemen is het veranderen van de consistentie. Er wordt meestal gewerkt met drie gradaties, namelijk vaste voeding, halfvaste voeding en vloeibare voeding. Het doel van consistentieaanpassingen is het behouden van een veilige en een adequate inname zowel van vocht als voeding. Een centraal aandachtspunt bij personen met dementie is herkenbaarheid. Vergeet niet: 'Onbekend maakt onbemind.' Het is aan te bevelen om zo lang mogelijk gewone voeding aan te bieden. Indien consistentieaanpassingen nodig worden, is het belangrijk om in stappen te werken en steeds te observeren en te evalueren. Problemen situeren zich voornamelijk bij specifieke voedingsmiddelen, veeleer dan bij een bepaalde textuur. Als eerste stap vervang je deze voedingsmiddelen, vooraleer je een textuur volledig elimineert.

Een veel gebruikte compenserende techniek is het indikken van dranken. Door de vloeibare componenten een hogere viscositeit te geven, wordt het risico op verslikken beduidend verlaagd. Het inzicht waarom drank ingedikt moet worden, kan bij een persoon met dementie ontbreken. Dit kan zorgen voor weerstand en het risico op dehydratie verhogen. Hoe normaler een drankje lijkt, hoe makkelijker het aanvaard wordt.

‘Fingerfood’ is een verzamelnaam voor voedingsmiddelen die je makkelijk met de hand kunt eten. Denk aan koekjes, frietjes, een stuk fruit, ... Fingerfood kan ook aanzien worden als alternatieve aanbiedingswijze van een maaltijd. Bij volwaardige fingerfood-maaltijden worden meestal combinaties gemaakt van vaste voeding en halfvaste voeding. Het maken van dergelijke maaltijden vergt creativiteit en deskundigheid. Het kan echter een grote meerwaarde bieden voor een persoon met dementie. Hij hoeft geen rekening te houden met bestek, het verhoogt de zelfredzaamheid en vooral: het zorgt voor een betere voedingstoestand.

Als de voedselinname onvoldoende blijkt, kan de voeding verrijkt worden. De voeding verrijken geniet absoluut de voorkeur. De bestaande, vertrouwde voeding wordt gebruikt en verrijkt. De persoon met dementie hoeft niet nog iets extra in te nemen. Extra inname betekent vaak extra belasting. Bijvoeding kan ook gegeven worden. Het is echter van belang dat bijvoeding correct wordt gebruikt en niet gezien wordt als vervangvoeding. Bijvoeding is supplementair op de gewone voeding.

4.6.3 Adviezen m.b.t. materiaal

Er is een grote diversiteit van hulpmiddelen op de markt. De keuze van de hulpmiddelen moet bewust en gefundeerd gebeuren. Er wordt soms té vlug overgestapt naar het gebruik van bekertjes en lepels als er sprake is van een bepaalde graad van zorgafhankelijkheid. Bij personen met dementie kan het zinvoller zijn om bij het vertrouwde eetgerei te blijven.

Er kunnen hulpmiddelen worden gebruikt die eigenlijk voor heel wat problemen kunnen zorgen. Het beste voorbeeld hierbij is ongetwijfeld de tuitbeker. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke nadelen en mogelijke gevaren er kunnen optreden.

Tabel 12 Nadelen en mogelijke gevaren bij het gebruik van tuitbekers (Castro, Franco, Van Beneden, & Vanderheyden, 2011)

- De tuit blijft gedurende het volledige slikproces in de mond. Dit zorgt voor een verminderde lipsluiting en lipkracht. Er is bijgevolg een verminderde intra-orale drukopbouw. De tong is geïmmobiliseerd door de aanwezigheid van de tuit in de mond. Er is hierdoor een verstoorde tongmotoriek waardoor een normale slikbeweging moeilijker is.
- De meeste tuitbekers zijn niet transparant, waardoor er geen visuele feedback is.
- Gewaarwordingen zoals proeven en waarnemen van temperatuur vervallen.
- Het doseren met een tuitbeker is veel moeilijker. De vloeistof komt met een grote snelheid in de mond terecht.
- De lipsluiting dient onder andere als trigger van de slikreflex. Bij het drinken met een tuit vervalt die werking. Slikken met open mond is veel moeilijker.
- Door de tuit op de beker is de persoon verplicht om het hoofd in extensie te houden, met een verhoogd risico op verslikken en aspiratie.
- Het gebruik van tuitbekers lokt de primitieve zuig-, bijt- en wurgregreflex uit.
- Drinken uit een tuitbeker vergt veel inspanning van de lippen. De lippen moeten continu gespannen blijven, wat bij personen met dementie niet haalbaar is. Langdurig gebruik van tuitbekers zorgt voor een verslapping van de orale motoriek.

© Acco, uit Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met dementie

Veel gebruikte hulpmiddelen voor personen met dementie tijdens het eten en drinken zijn o.a.: beker met neusuitsparing, schuine beker, conische beker, aangepast bestek, bordrand, antislipmatje, etc. De kleurkeuze kan eveneens een impact hebben. Uit onderzoek¹ blijkt dat rood bestek, rood bord, etc. de voedselinname bevordert. Op voorwaarde dat er kleurcontrast is met het tafellaken of placemat. Daartegenover kan kiezen voor een gekleurde beker zorgen voor verminderde visuele feedback. Staar je dus niet blind op bepaalde adviezen, maar observeer wat de persoon met dementie je laat horen of zien.

Personen met dementie kunnen tijdens het ziekteproces te kampen hebben met slikstoornissen en voedingsproblemen. De hulpmiddelen die we gebruiken moeten er dan ook voor zorgen dat we de aanwezige problemen verminderen en niet verergeren. Om een goede keuze te maken, is het van belang om telkens de voor- en de nadelen te kennen.

¹ Jones en van der Eerden, 2008.

4.6.4 Adviezen m.b.t. de persoon met dementie

*** Autonomie**

Respecteren van de autonomie is een basisvoorwaarde in het omgaan met personen. Echter kunnen we met zekerheid stellen dat de autonomie van personen met dementie sterk in het gedrang komt. Het is dan ook een kunst om de termen autonomie en afhankelijkheid harmonieus op elkaar af te stemmen.

Neem niet alles over. Betrek de persoon met dementie in activiteiten. Laat hen de mogelijkheid om keuzes te maken. Autonomie kent zijn grenzen, maar deze mag niet automatisch begrensd worden naarmate de persoon afhankelijker wordt.

Het kennen van de culturele en sociale achtergrond van de persoon met dementie is van belang. Rekening houden met en behouden van de gewoontes bij het maaltijdgebeuren is aan te bevelen, zoals een gebedje voor het eten, het drinken van een aperitief, etc.

*** Lichaamshouding**

De lichaamshouding voor, tijdens en na de maaltijd is een cruciaal aandachtspunt. Door een verkeerde positionering is er spanning in het lichaam waardoor het effectieve slikken bemoeilijkt wordt. Iemand die doorgezakt zit in zijn stoel, zal niet in optimale omstandigheden kunnen eten en drinken. Veranderingen in de houding tijdens de maaltijd kunnen onder andere ook de transporttijden van de voedselbolus veranderen en de luchtwegprotectie optimaliseren. Hierbij is de meest toepasselijke techniek bij de doelgroep 'kin naar de borst' (chin tuck). Door de kin naar de borst te brengen tijdens het slikken wordt de larynxingang vernauwd. Deze houdingstechniek creëert eveneens meer tijd voor het transport van de voeding. Deze beweging kan de kans op verslikken verminderen. Na de maaltijd is het aanbevolen om de persoon minstens een half uur rechtop te laten zitten.

*** Tips bij voedselweigering**

Voedselweigering komt veel voor bij personen met dementie. Enkel door kennis van de oorzaak kan er op een gepaste manier op afweergedrag ingegaan worden. Tracht de oorzaak te achterhalen, die kan van medische, psychische of sociale aard zijn. Soms zijn kleine handelingen voldoende, andere keren zal een verdiepende aanpak noodzakelijk zijn.

Enkele tips bij voedselweigering:

- Probeer, maar forceer niet!
- Probeer het op een later tijdstip nog eens.
- Doe het voor. Maak oogcontact.
- Probeer iets anders aan te bieden.

4.6.5 Adviezen m.b.t. de zorgverlener

Als we goede zorg willen bieden, moeten we samenwerken, zowel in een thuissituatie als in een residentiële setting. In het bieden van zorg zijn er immers altijd verschillende partners aanwezig die allemaal voor hetzelfde doel werken: het welzijn van de persoon met dementie.

Dit wil zeggen dat er niet alleen moet afgestemd worden op elkaar, maar dat er ook intensief informatie moet uitgewisseld worden.

Bij het maaltijdgebeuren bij personen met dementie is het aangewezen om interdisciplinair te werken. Dit betekent dat taken worden verdeeld tussen eigen taken en gemeenschappelijke taken. De eigen taken zijn taken die verbonden zijn aan de deskundigheid van een discipline. De familie zien we hierin eveneens als mogelijke discipline. Gemeenschappelijke taken zijn taken die fundamenteel zijn in het bieden van goede zorg en elke discipline kan uitvoeren.

Educatie van de hulpverlener is eveneens een belangrijke pijler. Door verworven kennis worden meer problemen onderkend en wordt er efficiënter op ingespeeld. De zorgverlener voelt zich gesterkt door zijn of haar kennis en dit heeft effect op zijn of haar interne rust en draagkracht.

De houding van de zorgverlener in de context van het maaltijdgebeuren en de maaltijdbegeleiding dekt twee ladingen, enerzijds 'de lichaamshouding' van de zorgverlener en anderzijds 'de attitude' waarmee een zorgverlener zorgt geeft.

De attitude van een zorgverlener is maatstaf voor het al dan niet welslagen van een maaltijdgebeuren. Rust brengt rust, geeft tijd en zorgt voor 'kwali-tijd'.

Contact hebben is een basisvoorwaarde. Je eigen lichaamshouding is hier van groot belang. Zorg dat je als zorgverlener met je gezicht naar het licht of het raam kijkt, zodat je gezicht niet in de schaduw zit. Je neemt best plaats schuin naast de persoon aan de kant waar het ingeven van de voeding voor jezelf het gemakkelijkste is.

4.6.6 Maaltijdbegeleiding

Naast het integreren van de adviezen met betrekking tot verschillende aspecten is een aangepaste manier van eten geven cruciaal.

Wijze van aanbieden:

- Vermeng een gemixte maaltijd niet, maar behoud de verschillende componenten bij het geven. De verschillende smaken en geuren blijven op die manier behouden.
- Overgiet een broodmaaltijd niet met drank tot een brij. Verdeel de boterhammen in stukjes en drink ze per stukje, indien gewenst, in vloeistof. Bij het geven van drinken, tracht steeds de persoon zelf het glas of de beker vast te laten houden. Dit zorgt voor een gevoel van controle, waardoor het begeleiden makkelijker wordt.

Hoeveelheid van een hap:

- Een basisrichtlijn per hap: een afgestreken dessertlepel (tussen 3 ml. – 5ml.). Soms is het aangewezen om de bolusgrootte te vergroten bij o.a. een verminderde sensibiteit, een vertraagde faryngeale slikbeweging. De bolusgrootte mag alleen vergroot worden als er geen sprake is van verslikken. Als je echter als zorgverlener merkt dat er meerdere keren moet geslikt worden om één voedselbolus weg te slikken, is het aangewezen om een kleinere hoeveelheid in een trager tempo aan te bieden.¹

Tempo van aanbieden:

- Een traag tempo is aan te bevelen. Als je twijfelt of de persoon reeds heeft geslikt, kan het handig zijn om te voelen. Doe dit door middel van de vingers op de keel te houden. Je voelt duidelijk wanneer er een slikbeweging plaats vindt.

Ingeven van de maaltijd:

- Als de persoon de mond niet wil openen, raak met een zachte beweging de lippen aan.
- Je kan met kaakcontrole helpen bij het openen en sluiten van de kaken en het sluiten van de lippen. Kaakcontrole betekent dat je met je hand de onderkaak stabiliseert. Op die manier wordt de slikinzet door middel van mondsluiting gefaciliteerd.
- Om de sensibiteit te bevorderen en de slikbeweging efficiënter te laten verlopen, kan een neerwaartse druk met de lepel op de tong helpen.
- Laat de persoon zelf de voedselhap afhappen door de lepel recht uit de mond te bewegen. Maak geen opwaartse beweging met de lepel bij het uit de mond halen.

¹ Logeman, 2000.

- Een beweging van onder de kin naar beneden langs de keel met de vingers kan een slikbeweging faciliteren.
- Vermijd afschrapen met de lepel van voedselresten aan de mond. Dit kan zeer onaangenaam aanvoelen. Gebruik hiervoor een servet.

Observatie voor, tijdens en na de maaltijd:

- Bekijk het bewustzijnsniveau van de persoon vooraleer je start met eten geven. De persoon moet alert zijn. Tijdens en na de maaltijd blijft dit een belangrijk aandachtspunt.
- Luister naar de stemkwaliteit van de persoon vóór de maaltijd en vergelijk die met de kwaliteit tijdens en na de maaltijd. Veranderingen in stemkwaliteit o.a. borrelende, hese stem, kunnen wijzen op mogelijke aspiratie.
- De manier van ademen is eveneens belangrijk om te observeren. Een duidelijk veranderd patroon, o.a. een zware, hoorbare ademhaling, kan wijzen op aspiratie.
- Zorg er steeds voor dat er geen voedselresten in de mond blijven zitten na een maaltijd.

4.7 Besluit

Zorg voor personen met dementie, dus ook maaltijdzorg moet steeds gezien worden in de context van 'kwaliteit van leven'. Het is een zeer broos begrip waar we bewust en zorgvuldig mee moeten omspringen.

In de zoektocht naar antwoorden of beter gezegd naar 'aangepaste omgangsvormen' bestaan er heel wat mogelijkheden waarmee rekening 'kan' en 'moet' worden gehouden. De rode draad en zelfs de voorwaarde om toepassingen in de praktijk efficiënt te maken, is 'bewustzijn'. Bewustzijn van ons eigen handelen, van de omgeving, van de persoon met dementie, ...

Als zorgverlener is het van allesomvattend belang om bewust om te gaan met de interventies die we willen toepassen. Wat is de invloed van mijn interventie op (de beleving van) de persoon met dementie? Bereiken we hiermee het gewenste resultaat? Staat dit in evenwicht met het nastreven van behoud/verbetering van kwaliteit van leven?

Tips en adviezen omtrent het maaltijdgebeuren mogen niet gezien worden als inhoudsloze technieken, maar dienen altijd gepaard te gaan met een geëngageerde en bewuste attitude van de zorgverlener.

Referenties

- Boerjan Sabine (2013), Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met Dementie.
- Cervo, F. A., Bryan, L., & Farber, S. (2006). To PEG or not to PEG, A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics*, 61(6), 30-35.
- Dharmarajan, T., Unnikrishnan, D., & Pitchumoni, C. (2001). Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(9).
- Finucane, T. E., Christmas, C., & Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with advanced dementia. *Journal of American Medical Association*, 282(14), 1365-1370.
- Gastmans, C., & Vanlaere, L. (2005). *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Davidsfonds.
- Jones, G. M., & van der Eerden, W. J. (2008). Designing care environments for persons with alzheimer's disease: visuoperceptual considerations. *Clinical Gerontology*, 18, 13-37.
- Logeman, J. (2000). *Slikstoornissen: onderzoek en behandeling*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.
- Stroobants, E., & Verhaest, P. (2012). *Architectonica. Een thuis voor mensen met dementie*. EPO vzw.
- Vitale, C. A., Berkman, C. S., Monteleoni, C., & Ahronheim, J. C. (2011). Tube feeding in patients with advanced dementia: knowledge and practice of speech-language pathologists. *Journal of pain and symptom management*, 42(3), 366-378.