



Werkgroep Ergotherapie WZC - RVT

Verlag bijeenkomst 9/12/2014 - Roeselare

Werkjaar 2014 - 2015 - Nr. 3

Aanwezig:

Lien Braekeveldt, Isabel Claeys, Marleen Lambert, Anne Van de Sande, Katelijne Coppejans, Martine Devisch, Marieke Coudenys, Karen Vanparys (studente), Anke Derveaux, Lien Meyvisch, Lien De Neve, Sofie Naert, Elien Vanhee, Marleen Nuyts, Glenn Neyens, Lien Braekeveldt, Saniala Beauprez, Evelien Gunst, Ann Tyvaert, Veerle Van Coile.

Verontschuldigd:

Vera Beuselinck, Kathleen Vandenbroucke, Els Declerck, Yamina Kahlouche, Linda Nuyttens, Liesbet Mahieu, Katrien Lepeire.

1. Thema:

"Als eten een zorg wordt" naar het gelijknamige boek van Sabine Boerjan.

"Eten" is belangrijk in een mensenleven – het is de bron van leven

"Eten" gaat over opname van voedingsstoffen
MAAR het heeft ook:
een medische – culturele – psychologische – sociale betekenis
→ **dit blijft aanwezig bij elke mens** (met of zonder dementie)

Personen met dementie kunnen doorheen hun ziekteproces geconfronteerd worden met voedingsproblemen, slikstoornissen, het verlies van tafelmanieren ...

Wat als eten een zorg wordt...?

Omgaan met deze zorgvragen, het kunnen bieden van goede zorg... het vertrekt vanuit volgende begrippen:

KENNEN

HERKENNEN

KUNNEN

DEEL 1: KENNEN

1) Wat is Dementie?

Welke zijn de symptomen – de soorten – de verschillende fasen

De symptomen van 1° orde:

- Stoornissen van het geheugen
 - o Nieuwe informatie wordt moeilijk opgeslagen
 - o Stoornissen in KTG
 - o Verlies van herinneringen
 - o In latere fase zijn er ook stoornissen in het LTG
- Desoriëntatie in tijd, ruimte en persoon
 - o Omkeren dag-nachtritme
 - o Raken de weg kwijt, verlies van tijdsbesef
 - o In later stadium worden personen niet meer herkend
- Afasie
 - o Begripsproblemen, woordvindingsproblemen, benoemingsproblemen
 - o De taal wordt armer en valt uiteindelijk in een later stadiumweg

- Apraxie
 - o Het kunnen uitvoeren van doelgerichte complexe handelingen wordt moeilijker en valt uiteindelijk weg
- Agnosie
 - o Het verlies van het vermogen om personen, voorwerpen, geluiden, geur... te herkennen
- Stoornissen in de uitvoerende functies
 - o Stoornissen in het plannen, organiseren en abstraheren – uitvoeren van complexe handelingen wordt moeilijk

De symptomen van 2° orde:

- Gedragsstoornissen
 - o Stemmingwisselingen
 - o Ontremd gedrag
- Psychologische en psychiatrische stoornissen
 - o Angst kan aanleiding geven tot agressie
 - o Apathie
 - o Waanvoorstellingen – hallucinaties

De vormen van Dementie:

- Dementie tgv de Ziekte van Alzheimer
 - o Meest voorkomende oorzaak van dementie
 - o Sluipend begin meestal na 65j met langzame progressieve evolutie
 - o 1° signalen op vlak van geheugenstoornissen – cognitie
 - o Later ook verlies van zelfredzaamheid
- Vasculaire dementie
 - o Ook geheugenproblemen, taalproblemen en gedragsstoornissen
 - o een acuut begin tgv herhaalde cerebro-vasculaire letsels
 - o neurologische verschijnselen staan in verband met de locatie en ernst van het vaatlijden in de hersenen
 - o evolutie is minder voorspelbaar, bij elke infarct is duidelijke achteruitgang merkbaar
 - o vaak mensen met voorgeschiedenis van hypertensie, diabetes, hart- en vaataandoeningen
- Frontotemporale dementie
 - o Is naast dementie tgv Ziekte van Alzheimer, meest voorkomend voor 65j
 - o Klinisch beeld vooral gekenmerkt door gedragsveranderingen, cognitieve functiestoornissen
 - o 2 grote groepen met bij de 1° groep vooral gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen, bij de 2° groep vooral taalproblemen
 - o Personen met FTD hebben doorgaans geen ziekte-inzicht
- Dementie tgv de Ziekte van Parkinson
 - o ZvP is een trage, progressieve, neurologische ziekte die gekenmerkt wordt door tremor, rigiditeit, bewegingstraagheid, mogelijke spraak- en slikstoornissen
 - o Ongeveer 30% van personen met ZvP krijgen ook dementie – hoe ernstiger de ZvP is hoe groter de kans op dementie
 - o Signaalsymptomen zijn: stoornissen in het slaap-waakritme, veel slapen overdag, hallucinaties, oriëntatiestoornissen, apathie, aandachts – en gedragsmatige stoornissen
- Lewy-Body dementie
 - o Deze dementievorm deelt kenmerken zowel met ziekte van Alzheimer als met ziekte van Parkinson
 - o Er zijn meer beperkingen op vlak van visuospatiële vaardigheden, snelheid van cognitieve functies
 - o Visuele hallucinaties komen bij 40 tot 75% van personen voor en kunnen zelfs het 1° symptoom van de dementievorm zijn

- Als de verschijnselen voor dementie optreden binnen het jaar na het ontstaan van ZvP, spreekt men van Lewy-Body-dementie – treden de symptomen later op tijdens het ziekteverloop van de ZvP, dan spreekt men van dementie tgv de ZvP

De belevingswereld van een persoon met dementie:

Dementie is een complexe aandoening met vele vragen rond de beleving van de ziekte.

Rien Verdult (2002) en Kora van der Kooij (2003) worden gezien als de grondleggers van de belevingsgerichte benadering en de geïntegreerde belevingsgerichte benadering.

Er is sprake van verschillende fasen als referentiekader bij het inschatten van de ernst van de ziekte:

- De bedreigde-ik beleving
 - Gekenmerkt door angst en bedreiging
 - Fase waarin façade-gedrag kan voorkomen
 - Eigenwaarde komt onder druk te staan door confrontatie met het falen
 - Doelgericht handelen lukt nog wel maar het “overzicht” raakt verloren
 - Men herkent soms rouwreacties (ontkenning, agressie, depressie, schaamte, schuld)
- De verdwaalde-ik beleving
 - Heden en verleden lopen steeds meer door elkaar
 - Het geheugen rolt zich op
 - Cognitieve mogelijkheden verdwijnen – emoties nemen de overhand
 - Er is grote nood aan “houvast” die soms wordt gevonden in voorwerpen, rituelen...
- De verborgen-ik beleving
 - Actieve betrokkenheid met de omgeving wordt steeds moeilijker, in deze fase lijken personen meer en meer “afgesloten”
 - Zelf contact maken is moeilijk maar de personen blijven wel openstaan voor contact
 - Bewegingen lijken doelloos maar hebben wel een betekenis voor de persoon met dementie
 - Gevoelens kunnen niet meer benoemd en geplaats worden maar zijn veelvuldig aanwezig
 - Soms is er sprake van moeilijk hanteerbaar gedrag, soms is de persoon passief, soms vrolijk en blij
- De verzonken-ik beleving
 - Dit is een fase van toenemend isolement
 - Interactie met de omgeving verloopt steeds moeilijker en is vaak enkel nog gebaseerd op lichaamscontact
 - Basale behoeften staan centraal, eten en drinken, geborgenheid, veiligheid

2) Het normale slikproces

Inzicht krijgen in een normaal slikproces is van belang om problemen te kunnen herkennen en te begrijpen. Slikken is een complex proces van willekeurige en onwillekeurige handelingen die dagelijks 500 – 1000 keer worden uitgevoerd.

Er zijn 2 anatomische structuren van belang bij een normaal slikproces:

- De trachea (luchtpijp)
- De oesophagus (slokdarm)
 - ➔ Bij de mens kruisen deze beide zich = ernstig risico op “verslikken”

Het volledige slikproces bestaat uit 4 fasen:

Fase 1 en 2 verlopen NIET-reflexmatig => zijn te controleren

Fase 3 en 4 verlopen reflexmatig of onwillekeurig

1) De orale voorbereidende fase (willekeurig en niet-reflexmatig)

- Opgenomen voedsel wordt gemengd met speeksel – wordt hervormd en gekauwd tot een “voedselbolus”
- Duur van de fase is afhankelijk van voedselconsistentie, hoeveelheid opgenomen voedsel, smaak

- Goede voorbereiding van de bolus is van belang voor het vlot en comfortabel verloop van het slikken
- Speeksel is van groot belang voor de informatie-overdracht van de smaakgevoelens

2) De orale fase (willekeurig en niet-reflexmatig)

- Deze fase start als het kauwen stopt en het slikken begint = de slikinzet
- De gevormde voedselbolus wordt van de mondholte naar de keelholte verplaatst
- Tong en verhemelte trekken samen waardoor de bolus zich verplaatst

3) De faryngeale fase (onwillekeurig en reflexmatig)

- Is het op gang komen van het slikreflex = een opeenvolging van acties
- Ademhaling stopt – luchtpijp en slokdarm zijn gescheiden
- Bolus komt in de slokdarm door:
 - Daling van strottenklepje (epiglottis)
 - Stijging van strottenhoofd (larynx)
 - Voor- en achterwaartse bewegingen van het tongbeen
 - Stembanden sluiten zich
- ⇒ onderste luchtwegen zijn beschermd tegen indringen van voedsel
- ⇒ krachtige beweging zorgen ervoor dat de bolus in de slokdarm komt
- daarna komt de ademhaling terug op gang

4) oesofageale fase (onwillekeurig en reflexmatig)

- voedselbrok wordt verder getransporteerd door de slokdarm naar de maag

3) Gezonde voeding bij senioren



De actieve voedingsdriehoek (bron ©VIGeZ)

De aanbevolen dagelijkse voedselbehoefte bij **gezonde ouderen = gezonde jonge volwassenen** van zelfde geslacht.

Gezonde ouderen hebben iets minder nood aan "energie" maar hebben evenveel nood aan vitamines en mineralen.

Voor een gezonde voeding zijn er **3 basisprincipes**:

- Evenwicht
- Variatie
- Matigheid

De verschillende groepen in de voedseldriehoek zorgen voor opname van:

- Eiwitten
 - Vetten
 - Vitaminen
 - Spooelementen
 - Koolhydraten
 - Water
 - Mineralen
 - Voedingsvezels
- (bv. melk bevat eiwit, calcium, vit. B12)

- ⇒ **Evenwichtig** eten = dagelijks uit de verschillende groepen voedingsmiddelen opnemen, in een juiste verhouding, om evenwichtig voldoende voedingsstoffen en energie op te nemen
- ⇒ **Variatie** is belangrijk tussen de verschillende voedingsgroepen en binnen eenzelfde groep
- ⇒ **Matigheid** in voedselopname zorgt voor een juiste energieopname

Hoeveel energie hebben we nodig:

- > 75j → mannen: 1900 kcal
→ vrouwen: 2000 kcal
- Energie komt uit eiwitten – vetten – koolhydraten
- Aandacht voor vochtinname: met de leeftijd daalt het dorstgevoel
- Extra aandacht voor inname van vitamines kan aangewezen zijn
- Dagelijks voldoende bewegen is, naast evenwichtige voeding, essentieel voor de gezondheid

DEEL 2: HERKENNEN

1) Voedings- en slikproblemen bij personen met dementie

De ernst van voorkomende problemen stijgt naarmate de dementie ernstiger wordt
Volgens studies kampen 86% van de personen met dementie met slikproblemen.

Voedingsproblemen: (geheugenproblemen hebben hun invloed op maaltijdgebeuren en de beleving)

- In de bedreigde-ik fase:
 - o Vergeten om te eten of vergeten dat men reeds heeft gegeten
 - o Tijdsdesoriëntatie en verstoorde dagstructuur brengen de tijdstippen van eten in het gedrang
 - o Uitvoeren van complexe handelingen wordt moeilijker (koffie zetten, koken...)
 - o Gedragsveranderingen zorgen voor eventuele achterdocht (gif in voeding...?)
 - o Depressieve stemming zorgt voor verwaarlozing, daling eetlust, daling in variatie
 - o Geurbeleving neemt af (vnl bij Ziekte van Alzheimer)
 - o Smaakveranderingen tgv veranderd reukvermogen
 - o PmD heeft voorkeur voor “zoet”
 - o Visusvermogen daalt – perceptie van kleurcontrasten neemt af
- In de verdwaalde-ik fase:
 - o Meer hulp nodig voor ADL
 - o Coördinatie en motoriek nemen af
 - o Decorumverlies (morsen, gulzigheid, uit ander bord eten...)
 - o Desoriëntatie in tijd en ruimte zorgt voor angst en onrust (bv. weglopen van tafel)
 - o Gedragsveranderingen kunnen het slikrisico doen toenemen (ontremd eetgedrag, niet-eetbare dingen opeten, schrokken tijdens de maaltijd...)
 - o Agnosie (niet herkennen) kan probleem zijn (bv. bij het aanvangen van de maaltijd, voorwerpen-geluiden-geuren verliezen betekenis...)
 - o Apraxie (niet meer correct kunnen uitvoeren van complexe handelingen)
(bv. niet kunnen hanteren van bestek, verkeerde volgorde van handelingen...)
Bij “ideomotore apraxie” herkent men de voorwerpen nog wel maar niet wat ermee te doen => gebruik bestek, wat doen met het eten (spelen met voeding), onlogische handelingen (bv. met vork in glas...)
 - o Taalverarming – boodschap kan niet meer adequaat worden overgebracht
- In de verborgen en verzonken-ik fase:
 - o Beleving is vooral gericht op basisbehoeften

- Zelfstandig eten wordt voor velen in deze fase moeilijker of onmogelijk
- Agnosie en apraxie problemen nemen verder toe
- Taalproblemen nemen toe – woordvindingsproblemen, begripstoornissen kunnen zorgen voor ongenoege, misverstanden...
- Voedselweigering door het niet-herkennen (uitspuwen, uit mond laten lopen, hoofd afwenden...)
 - ⇒ Belangrijk om hulp te bieden en niet te vlug op te geven – gedrag kan verkeerd geïnterpreteerd worden indien er **andere oorzaken zijn voor voedselweigering**:

- Biologische oorzaak:
 - Apraxie, agnosie, cognitieve stoornis
 - Het niet meer waarnemen van de prikkels
- Medische oorzaak:
 - Nevenwerking van medicatie (effect op darmen, maag – effect op speekselproductie – op eetlust – tandvleesproblemen...)
 - Behandeling en aanpassing medicatie kan probleem oplossen
- Psychische oorzaak:
 - Niet kunnen – niet begrijpen – niet willen kan een vorm van communicatie zijn
=> respect voor de eigen wil van de persoon kan niet zomaar worden genegeerd
- Sociale en omgevingsfactoren:
 - Licht – warmte – geluiden – gezelschap – teveel aan prikkels – voedselconsistentie...

Slikstoornissen (dysfagie): spreken van “stoornissen” verwijst naar een pathologisch slikproces

Belangrijk om onderscheid te maken tussen **symptomen – stoornissen**:

- symptomen zijn zichtbaar – men kan zoeken naar de oorzaak
- stoornissen kunnen te maken hebben met verschillende fasen van het slikproces

1) symptomen en dysfagie in de orale voorbereidende en orale fase

- a. voedsel niet in de mond kunnen houden (kwijlen)
 - tgv onvoldoende lipspanning / lipsluiting
- b. onvermogen om bolus te vormen – vast te houden – te positioneren
 - tgv kauwproblemen door onvoldoende spierkracht, coördinatie van tong- en kaakspieren
 - slecht bolustransport door verminderde tongbeweeglijkheid doet de bolus verbrokkelen (bolusresten worden in de mond verspreid)
- c. verminderde speekselproductie
 - vaak tgv medicatie (anticholinergica – antidepressiva – antihypertensiva – anxiolytica)
➔ *evenwicht zoeken tussen gewenste effect medicatie, het reële effect en de eventuele neveneffecten*
 - ook soms tgv toegenomen leeftijd
- d. hamsteren
 - tgv verminderde gevoeligheid (bv. parese aangezichtspieren bij Vasculaire Dementie)
 - tgv cognitieve problemen (vergeten van de voeding in de mond – vergeten om te kauwen en te slikken)
- e. vertraagde inzet van slikken door slikapraxie (tongbewegingen zijn niet in functie van het slikken)

- f. aspiratie voor de slikbeweging (*als voedsel tussen de stembanden in de luchtpijp komt*)
 - hoesten voor de slikbeweging waardoor de bolus ongecontroleerd doorgaat naar de keelholte met "lekkage" als gevolg

2) Symptomen en dysfunctie in de faryngeale fase

- a. Nasale terugvloei
(als er geen afsluiting is tussen zacht verhemelte en achterkeelwand)
→ is niet gevaarlijk maar wel onaangenaam – vnl bij vloeistoffen
- b. Herhaaldelijke slikpogingen
(door moeilijke triggering van het slikreflex of bij slikapraxie)
- c. Aspiratie tijdens of na de slikbeweging
(bij PmD zien we soms vertraagde of zelfs een afwezig slikreflex)
 - Bij gezonde personen: verslikken roept een hevig hoestreflex op
 - Bij niet-gezonde personen blijft het hoestreflex soms uit of is het zeer zwak
→ is een "stille aspiratie" = ZEER gevaarlijk !
 - Bij het slikken steeds opletten voor "residu" in de mond, farynx of larynx

3) Symptomen en dysfunctie in de oesofageale fase

- a. Terugvloei van voedsel = reflux
→ indien dit het geval is => steeds een consultatie bij de gastro-enteroloog

Voedings- en slikproblemen die "kunnen" voorkomen bij verschillende vormen van Dementie (niet noodzakelijk aanwezig)

1) Ziekte van Alzheimer

- a. Vaak stoornissen van sensorische aard
 - Zintuigen kunnen "stoorzender" zijn bij maaltijdgebeuren
 - Niet herkennen van voeding (visueel, tactiel, oraal)
 - Traag oraal transport door verminderde tongbewegingen met vertraagd slikreflex
- b. Dysfagie vaak pas in een latere fase van het ziekteproces

2) Vasculaire Dementie

- a. Stoornissen zijn afhankelijk van locatie van vasculaire hersenletsel
- b. Stoornissen kunnen in elke fase van het ziekteproces voorkomen
 - Vnl stoornissen in de motoriek van het slikproces
 - Moeilijke kauwbewegingen
 - Moeilijke bolusvorming
 - Soms "stille aspiratie"

3) Fronto-temporaal Dementie

- a. Veranderingen in het eetgedrag (bij > 60% van de FTD)
 - Vlug eten
 - Compulsief eten

4) Dementie tgv Ziekte van Parkinson

- a. Naarmate ernst van ZvP toeneemt, stijgt ook de kans op slikstoornissen
- b. Slikstoornissen zijn volgens studies bijna altijd aanwezig in een later stadium
 - Verminderde proprioceptie
 - Progressieve achteruitgang van motorische functies (bv kauwen)
 - Geeft problemen bij inzet en efficiëntie van slikbeweging
 - Onvoldoende tongbeweging en –controle
 - Moeilijke bolusvorming en transport
 - Kwijlen (bij 75% van de gevallen)
 - Hoesten verloopt soms inefficiënt tgv onvoldoende triggering van hoestreflex

- Vaak “stille aspiratie”

5) Lewy-Body Dementie

- Veel gelijkenissen met ziektebeeld bij Dementie tgv Ziekte van parkinson
- Extrapiramidale stoornissen – dysfunctie van autonoom zenuwstelsel – achteruitgang cognitie →
leiden tot slikstoornissen

2) Gevolgen van slikstoornissen en voedingsproblemen bij PmD

Het is belangrijk om mogelijke slik- en voedingsproblemen te herkennen MAAR het is ook noodzakelijk om de **GEVOLGEN van deze problemen te kennen** met het oog op fysiek dyscomfort en zelfs levensbedreigende situaties

1) Malnutritie

Definitie: *voedingstoestand waarbij onevenwicht van energie, eiwitten en andere voedingsstoffen, nadelige gevolgen heeft op de weefsels of de lichaamsvorm en lichamelijke functies of op de klinische uitkomst* (Stratto, Green & Elia, 2003)

Ondervoeding is een onderdeel van malnutritie:

- Veranderd eetpatroon
- Verminderde voedselinname
- Verminderde zelfredzaamheid bij het eten
- Toenemend energieverbruik
- Gedragsstoornissen
- Verlies van initiatief
- Verstoord reukvermogen
- Verandering in het gevoel van verzadiging
(bv in residentiële zorg => als iemand nog zelfstandig kan eten, kan “aanmoediging om voldoende te eten” toch noodzakelijk zijn)

Gevolgen van malnutritie:

- Gevolgen op algemene gezondheidstoestand van reeds “fragiele” ouderen
 - Gewichtsverlies of –toename
 - Infecties
 - Verstoorde / vertraagde wondheling
 - Immunitetsproblemen
 - Decubitus
 - Pneumonie
 - Mortaliteit
- Geregelde screenings kunnen preventief werken – bv.
 - MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)
 - MNA (Mini Nutritional Assessment)
 - SNAQ (Short Nutritional Assess Questionnaire)

2) Dehydratatie

- Tgv onvoldoende vochtinname (eventueel in combinatie met medische oorzaak)
- Tgv overvloedige diarree – braken
- Milde vorm
 - Hoofdpijn
 - Droge mond
 - Verminderde urineproductie
- Matige vorm
 - Dieperliggende ogen
 - Bleke huid
 - Onrust

- e. Ernstige vorm
 - Snellere hartslag
 - Lage bloeddruk
- f. Zeer ernstige vorm kan leiden tot shock

→ ouderen hebben **met toename van de leeftijd minder dorstprikkelers** of zijn bang voor incontinentie (toiletbezoek = "last")

→ PmD zijn fysisch nog in staat om te drinken **maar** toch vermindert de vochtinname door: Agnosie:
 bv niet meer herkennen van een glas / beker
 Verstoorde KTG: vergeten om te drinken

- Er is extra verbale stimulatie om te drinken nodig !!!

→ bij personen die zich kunnen verslikken => drank indikken
 (let op: ingedikte drank is minder dorstlessend)

3) Aspiratiepneumonie

- a. komt vaak voor bij personen met dementie in de laatste fase
- b. inname van neuroleptica heeft negatieve invloed op het slikproces
 → als er al slikproblemen zijn kan de neuroleptica beter gestopt worden
- c. bij slechte mondhygiëne: verspreiding van bacteriën speelt een grote rol bij krijgen van aspiratiepneumonie
 → ook opletten voor kolonisatie van slechte bacteriën in de mond

→ met de toename van leeftijd van PmD: stijgt de kans op slikstoornissen
 neemt kans op pneumonie toe
 wordt kans op malnutritie groter

3) Herkennen van slikstoornissen en /of voedingsproblemen

In de dagelijkse zorg is GOEDE OBSERVATIE heel belangrijk + het in kaart brengen van eventuele problemen:

→ enkele belangrijke vragen hierbij zijn bv.:

- Hoe is de toestand algemeen en in rust?
- Hoe is de toestand tijdens de maaltijd?
- Hoe is de toestand na de maaltijd?

→ goede beoordeling van de sensorische mogelijkheden: zicht – gehoor – dentitie
 orale gevoeligheid

→ beoordeling van mentale toestand en gedrag:

- Graad van bewustzijn
- Aandacht- en concentratieproblemen
- Voedselweigering
- Is het eettempo hoger of lager dan normaal
- Eet de persoon niet-eetbare dingen
- Is er sprake van ontremd, moeilijk gedrag...

→ beoordeling van voedingssituatie en mogelijkheden:

- Hoe is de omgeving – zijn er storende factoren
- Hoe verloopt de maaltijdbegeleiding
- Is de persoon goed gepositioneerd
- Is de persoon nog tot zelfstandig eten in staat
- Morst de persoon frequent

- Is er sprake van agnosie / apraxie...

→ beoordelen van slikproblemen, gekoppeld aan de verschillende fasen van het slikproces:

- Is er sprake van overmatige speekselvloed en /of kwijlen
- Zijn er verminderde kaak- en tongbewegingen
- Hebben de problemen te maken met voedingsconsistentie
- Is er sprake van een vertraagd slikreflex...

ALARMSIGNALLEN:

- Herhaaldelijk hoesten, kuchen, keelschrapen tijdens / na de maaltijd
- Speeksel- en /of voedselverlies langs de lippen
- Blijven kauwen
- Hamsteren
- Residu in de keel
- Herhaaldelijke slikpogingen per hap
- Borrelende spraak na de maaltijd
- Hoorbare ademhaling
- Lange maaltijdduur
- Voedselweigering
- Vermageren, koorts
- Rood aanlopen, verstikkingsgevoel

DEEL 3: KUNNEN

1) Het maaltijdgebeuren

Visie op maaltijdzorg: goede zorg begint bij “reflectie” – bij het “stilstaan bij...”
= eerste en cruciale stap om individuele aangepast en menselijk goede zorg te bieden

Neiging tot “overnemen” wordt:

op zoek gaan naar mogelijkheden die de persoon nog bezit, ten volle te benutten en daartoe de persoon te begeleiden en te ondersteunen

Maaltijdzorg mag geen “routine” worden (dan zou de aandacht verschuiven van de persoon naar de taak) – er is nood aan een continue bewustzijn van “wat” en vooral “hoe” we dingen doen = voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg

Volvoening die door een persoon wordt ervaren bij een maaltijd is afhankelijk van:

- De kwaliteit van de maaltijd
- De sociale contacten
- De afstemming op de persoonlijke eetgewoonten
- De omstandigheden rond het maaltijdgebeuren

Een ZORGVISIE hebben is heel belangrijk MAAR
de zorgvisie KENNEN – GEBRUIKEN – NALEVEN leidt tot GOEDE ZORG

Voedingsbegeleiding: slik- en voedingsadviezen

a) Advies mbt omgeving:

Is de sfeer rustig – kalm of is er veel lawaai en beweging?

Krijgt iedereen voldoende tijd om te eten op eigen tempo?

is de omgeving voldoende huiselijk of kan hieraan worden aangepast?

- **Huiselijke maaltijdgeving:**
 - Eten is vitaal maar eten is ook plezier => belang van een aangename sfeer
 - Huiselijke aankleding dient **overzicht en herkenbaarheid** te geven = eenvoud!
 - TIPS voor de aankleding van de omgeving:
 - Gebruik “effen” tafelkleden
 - Aandacht aan tafelschikking
 - Glazen en tassen gebruiken zolang dit voor fysieke toestand van de persoon mogelijk is
 - Bloempje of plantje op tafel kan sfeer brengen maar let op “wat” je kiest
 - Gebruik van achtergrondmuziek goed afwegen
 - Laat geen andere activiteiten doorgaan tijdens het maaltijdgebeuren in dezelfde ruimte
 - Beperk het achterblijven van maaltijd- en medicatiekarren in de ruimte tijdens het maaltijdgebeuren
 - Aandacht voor aangepaste verlichting
 - Geef gerecht per gerecht en het daarbij horende bestek (niet alles tegelijk)
 - Tafelschikking
 - Kleine tafels gebruiken bevordert de voedselinname en de sociale interactie
 - Laat personen in aangepaste zitpositionering zoveel mogelijk mee aan tafel zitten (plaats hen bv. niet apart op een rij...)
 - Maaltijddistributie
 - Vermijd het “eten vanaf een plateau” (is ZH-sfeer)
 - Potten op tafel is meest huiselijke maar niet steeds haalbaar
 - Tijdstippen – aantal maaltijden
 - Maaltijden geven structuur aan de dag
→ PmD hebben nood aan structuur en houvast (zeker in beginfase)
 - Flexibiliteit is aangewezen bij PmD in verder gevorderde fase = tegemoetkomend aan de persoonlijke wensen
 - Flexibiliteit is ook aangewezen bij personen met geagiteerd gedrag
→ maaltijd aanbieden op moment van niet-agitatie bevordert het succes van het maaltijdgebeuren
 - Tijdschema hanteren is positief bij ontremd eetgedrag
 - Bij noodzakelijke maaltijdbegeleiding = voldoende tijd nemen en rustig moment kiezen
 - Aanwezigheid van snacks voorzien bij personen die kleinere porties eten
 - Kleinschalig genormaliseerd wonen = beoogd maximale huiselijkheid
 - Er worden boodschappen gedaan
 - Maaltijden worden ter plaatse klaargemaakt door begeleiders met hulp van bewoners
 - Er wordt “samen” gegeten
- **Rol van tafelgenoten:**
 - Samen of individueel eten?
 - “zien eten” doet eten MAAR is het gezelschap van anderen altijd positief?
 - Wat wenst de persoon zelf?
 - Is flexibiliteit op dit vlak mogelijk?
 - Worden de wensen geregeld opnieuw afgetoetst?
 - Wie zit bij wie?
 - Voorspelbare probleemsituaties best voorkomen
 - Rekening houden met gehechtheid aan een vaste plaats
→ biedt rust en structuur
 - Naast persoonlijke wensen ook rekening houden met de groepsdynamiek
 - Voldoende ruimte voorzien tussen de bewoners = “eigen ruimte” geven (voorkomt dat men bv. glas van buur neemt)

b) Aanpassingen mbt het zintuiglijk comfort en het maaltijdgebeuren:

- **Geluid:**
 - o Aandacht voor geluidsoverlast – omgevingsruis
 - bellende telefoons – spelende TV – luide communicatie tussen mw/familie... - bewoners die gebracht worden – onaangepaste muziek – geluidswerkaatsingen – andere activiteiten die in eetruimte plaatsvinden ...)
 - PmD kunnen relevante geluiden moeilijker selecteren uit alle geluidsprikkels
 - niet gericht kunnen omgaan met prikkelaanbod geeft stress
- **Zicht:**
 - o Licht
 - Aandacht voor voldoende licht en voor de lichtinval(!! voor zonlicht)
 - Indirect licht is aangenamer dan rechtstreeks licht
 - o Kleur en kleurcontrast
 - PmD nemen beter “warme kleuren” waar (rood, geel, oranje...)
 - pasteltinten en lichte kleuren worden moeilijker waargenomen
 - koude kleuren worden heel moeilijk waargenomen
 - Lichtgeel, perzik en koraalrood zet vaak aan tot beter eten (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009)
 - Gebruik van kleurcontrasten (voor- achtergrond) bevordert de “leesbaarheid van de omgeving”
bv. witte borden op een contrasterend effen tafellaken
 - o Vereenvoudiging
 - Vermijd patronen in bv. tafellakens
 - figuratieve bekleding zorgt voor extra prikkels en verwarring
- **Geur:**
 - o Aangename geuren kunnen een meerwaarde brengen aan het maaltijdgebeuren
bv. verse bloemen, aromastreamer, geur van vers gezette koffie...
- **Smaak:**
 - o Smaak is rechtstreeks verbonden met voedsel
 - o Kleine omgevingsaanpassingen kunnen ook de smaak positief beïnvloeden
bv. moestuinbakken op het terras – een fruitschaal op tafel – een eigen kookeenheid in de eetruimte waar eens wordt gekookt of gebakken...

c) Adviezen mbt de maaltijd

PmD hebben nood aan structuur en herkenbaarheid => gekende en vertrouwde gerechten krijgen voorkeur boven vreemde gerechten

- **Geur- en smaakveranderingen:**
 - o Veranderingen treden reeds vroeg bij dementie op
 - o Via de onderzoeksceel “Gastro-Engineering van de VORECA Managementschool” werd een concept uitgewerkt voor smaaksturing bij voeding → T3AVC
 - Tijd => bereidingstijden
 - Temperatuur => voeding op $\neq T^\circ$ klaargemaakt geeft \neq smaken (grillen, wokken, karamelliseren...)
 - Technieken => stampen, roken, pekelen...
 - Aromatisatie => toevoegen van stoffen die kernsmaak verhogen (bv. gebruik maken van bouillonblokjes)
 - Variaties in gerechten => niet steeds dezelfde bereidingswijze voor een gerecht kiezen
 - Concentratie van gebruikte substanties

- Bij PmD kan slikapraxie ontstaan – agnosie voor voedsel – vertraagde inzet van de orale slikbeweging
 - ➔ Door extra smaak – uitgesproken t°-kenmerken kan de sensibiliteit worden verhoogd voor een sensorische slikprikkel
 - Bv. zure en / of koude dranken

- **Voedselconsistentie en presentatie:**
 - Centraal staat “herkenbaarheid” ➔ zolang mogelijk “gewone” voeding aanbieden
 - Als aanpassingen nodig zijn ➔ liefst in “stappen”
(niet zomaar van gewone voeding naar “alles mixen”)
 - In kaart brengen voor welk voedsel zich problemen voordoen
 - Alertheid voor:
 - dradige en vezelige structuur
 - Schillen van fruit en groenten (bv druiven, erwten, tomaten...)
 - voeding met ≠ consistenties (bv yoghurt met stukjes fruit, soep met stukken groenten...)
 - krokante voeding (bv bladerdeeg, droge koeken...)
 - hard voedsel (bv noten, hard snoep...)
 - kleine stukjes (bv meergranen, maïs...)
 - aandacht voor inname medicatie: pletten – vloeibaar innemen?
➔ geplette medicatie enkel mengen met confituur, yoghurt of pudding omwille van eventuele smaakveranderingen

 - verschillende voedselconsistentie: vast – half vast – vloeibaar
 - VASTE voeding – bij voorkeur zachte vaste voeding met saus
 - Goede kauwbeweging
 - Efficiënt bolustransport in de mond
 - HALFVASTE voeding
 - Bij een trager slikreflex
 - Verminderde kauw- en tongbewegingen
 - Keuze voor:
 - Gemalen voeding:
 - Wordt soms korrelig
 - Maakt bolusvorming soms moeilijker
 - Gemixte voeding:
 - Meer homogeniteit = beter
 - Verschillende voedingscomponenten steeds afzonderlijk houden !!
 - Soms vezelpreparaten toevoegen
 - NIET TE SNEL overstappen op “gemixte” voeding
➔ bv. eerst enkel groenten of vlees...
 - DIK VLOEIBARE voeding
 - Bij ernstige kauw- en slikproblemen
 - Kan ook als vervanging van broodmaaltijden
(als consistentiewijziging noodzakelijk wordt)
➔ zoete en hartige SHAKES – smoothies
 - Viscositeit kan bijgestuurd worden door toevoeging van:

➤ Broodkruim	Gelatinepoeder
➤ Kindermeel	Puddingpoeder
➤ Gepureerd fruit	Yoghurt
 - INGEDIKTE dranken
 - Indikken verhoogd de viscositeit
 - Steeds aandacht voor juiste indikking (juiste hoeveelheid poeder!)
 - Goede controle van inname is belangrijk
 - Ingedikte dranken zijn minder dorstlessend – minder herkenbaar – minder aangenaam

- Presentatie van de voeding:
 - Het oog wil ook wat !!!
- Verrijkte voeding – bijvoeding en vervangvoeding
 - Bv. energie- en / of eiwit-verrijkte voeding
 - ➔ steeds in overleg met arts – diëtisten
- **FINGERFOOD:**
 - Een volledige maaltijd in fingerfood aanbieden vraagt creativiteit e deskundigheid
 - ➔ bv balletjes met diverse inhoud – beetgare groentenreepjes
 - Maaltijd moet nog steeds voldoende nutritionele waarde hebben
 - **Meerwaarde voor Personen met Dementie:**
 - Geen gebruik van bestek
 - Kan eender waar worden gegeten => niet noodzakelijk aan tafel
 - Vergroot de zelfstandigheid
 - Vergroot het zelfwaardegevoel
 - Geeft extra vertrouwen
 - Resulteert in een betere voedingstoestand

d) Adviezen mbt materiaal:

Gebruik van hulpmiddelen is **zinvol** als:

- Verbetering of behoud van zelfredzaamheid mogelijk wordt gemaakt
- Een efficiënter slikproces beoogd wordt

Keuze van het hulpmiddel dient **bewust en gefundeerd** te gebeuren:

- Niet te vlug afstappen van “gewone” en herkenbare materialen (glas, tas...)
(soms wordt te snel overgegaan tot gebruik van aangepaste bekerc)
- Frisdrank niet in ondoorzichtige beker aanbieden => hierin verwacht men eerder “warme” drank (geeft een schrikreactie)
- Steeds voor- en nadelen van gebruik van een hulpmiddel goed afwegen
- **Drinken:**
 - Beker met handvatten:
 - Als meer steun nodig is om beker te hanteren
 - 2 handvatten geven meer controle bij het opheffen van de beker
 - Kiezen voor voldoende grote handvatten
 - Geeft meer zelfstandigheid met eventuele bijkomende ondersteuning door mw => zoeken naar gezond evenwicht!
 - Rillenbeker:
 - Geribbelde buitenzijde van beker geeft betere grip
 - Beker met neusuitsparing:
 - Hoofd en nek moeten minder bewegen
 - Betere bescherming tijdens het slikproces (geen extensie vh hoofd)
 - LET OP: **niet gebruiken** bij PmD die nog zelf drinken ➔ zien onderscheid niet tussen voor- en achterzijde
 - Schuine beker met handvatten:
 - Combineert de voordelen van beker met handvatten + de voordelen van de beker met neusuitsparing
 - Isolerende thermische beker:
 - Drank blijft langer warm => PmD drinken soms trager

- Buitenzijde van beker voelt niet warm aan => geen verbrandingsgevaar
- Conische thermische beker:
 - Isolerende eigenschap
 - Conische buitenkant geeft voordelen van schuine beker of beker met neusuitsparing
- Bekers om “morsen” te voorkomen:
 - Hebben speciaal deksel, rietje of tuit
 - ➔ niet zonder risico bij slikstoornissen !!!
- **Rietjes:**
 - Vraagt specifieke vaardigheden om veilig en efficiënt te drinken
 - ➔ voldoende zuigkracht – lippen kunnen tuiten en getuit houden
 - **Extra risico’s op aspiratie:**
 - Bij te hard zuigen
 - Bij zuigen met open luchtwegen
 - Vloeistof komt verder in de mondholte terecht => heeft invloed op slikreflex ➔ extra gevaar bij vertraagd slikreflex !!
 - Er bestaan rietjes met “klepjes” – hebben geen terugloop => laten toe om te drinken aan rustiger tempo en met minder lucht

OVER HET ALGEMEEN is het gebruik van RIETJES NIET ZONDER GEVAAR!

- **Eten:**

- Aangepast bestek:
 - Vooral in functie van fysieke beperkingen (bv zwakkere greep – verminderde pols-armbeweeglijkheid...)
 - Voor PmD is dit vaak te moeilijk herkenbaar
 - Eten met **lepel** laat vaak toe om langer zelfstandig te eten
 - Smal en ondiep kuipje => dessertlepel
 - Afgeronde kanten met vlakke voorzijde
 - Sterk materiaal
- Bordrand:
 - Bij PmD is dit moeilijk omdat er geen inzicht is over de juiste positie van de bordrand
- Bord met opstaande rand:
 - Rand is minder hoog dan afzonderlijke bordrand
 - Voor PmD is dit een waardig alternatief om langer zelfstandig te eten
- Warmhoudbord:
 - Goed bij personen die zeer traag eten

- **Diverse:**

- Kleuren van aangepast materiaal ➔ gebruik van kleur en contrast hebben positieve invloed op vocht- en voedselinname
MAAR
Gekleurd en niet-doorschijnend drinkgerei zorgt voor minder visuele feedback
➔ persoon ziet niet van buitenaf wat hij/zij gaat drinken
➔ steeds de persoon blijven observeren
- Antislip-placemat: is bijzonder handig !!
- Gebruik slabben
 - Begrip hebben voor eventuele negatieve reacties (~ kleine kinderen)
 - Bij aanbrengen van servet steeds verwoorden wat je gaat doen + oogcontact maken
- Tuitbekers:
 - Wordt **niet als een “zinvol” hulpmiddel** gezien

- Geeft vaak een tegengesteld effect dan wat men beoogde
- Heeft invloed op elke fase van het slikproces en **bemoeilijkt een normale slikbeweging**

- **Nadelen en mogelijke gevaren van gebruik van tuitbekers:**

- Tuit blijft vaak tijdens slikproces in mond
- Geeft verminderde lipsluiting en lipkracht
- Tong wordt geïmmobiliseerd door de aanwezige tuit
- Gewaarwordingen (proeven en t°) vervallen
- Dosereren van aangeboden drank is moeilijker
- Drank komt verder in de mondholte terecht => gevaarlijk bij vertraagd slikreflex
- Gebruik lokt primitieve zuig – en bijtreflex op
- Bij drinken komt hoofd meer in extensie te staan => gevaar voor verslikken en aspiratie
- Vraagt veel inspanning van de lippen – blijven continu onder spanning te staan => geeft op langere termijn aanleiding tot verminderde orale motoriek

e) Adviezen mbt Personen met Dementie:

- **Autonomie:**

- Komt bij PmD in het gedrang
- Graad van autonomie wordt bepaald door mate van fysieke achteruitgang en psychisch functioneren
- ➔ steeds bewaken dat er een evenwicht blijft tussen:

autonomie

het functioneren vh moment

en beslissingen nemen

versus

en de nodige hulp

- De valkuil is “het te vroeg overnemen” van taken waardoor de PmD controle verliest in eigen handelen en eigen geschiedenis
- ➔ ondersteunen van wat WEL NOG MOGELIJK IS geeft houvast en steun !!!
- PmD zoveel mogelijk betrekken bij dagelijkse activiteiten – bv de tafel dekken...
- **Creëren van winst op de autonomie geeft ook winst op vlak van voeding door een betere voedselinname**

- **Culturele en sociale achtergrond (gewoontes bij het maaltijdgebeuren):**

- Eetetiquette
- Bepaalde gekende menu's
- Manier van serveren van de maaltijd
- Allerhande rituelen – bv gebedje – drinken van aperitief...
- ➔ **kennis van vroegere gewoontes is belangrijk !!!** (familie als informatiebron)
- ➔ rekening mee houden waar mogelijk
- MAAR
- Observatie blijft belangrijk want voorkeuren / aversies kunnen veranderen + smaken en geuren veranderen**
- bv. voorkeur voor koffie kan veranderen in voorkeur voor chocolademelk

- **Lichaamshouding:**

- VOOR de maaltijd:
 - Verkeerde zithouding geeft extra spierspanning (bv bij doorgezakte romp)
 - Voldoende dicht bij de tafel zitten
 - Voldoende rechtop zitten
- TIJDENS de maaltijd:
 - Bij PmD vooral gericht op **houdingstechnieken tijdens de slikbeweging:**

- **Kin naar de borst brengen**
→ grijpt in op de transporttijd van de bolus en geeft luchtwegprotectie omdat de larynxingang vernauwd wordt
- NA de maaltijd:
 - Minstens tot een ½ uur na de maaltijd de persoon met risico op dysfagie laten rechtop zitten
 - Omdat de peristaltiek trager verloopt
 - Ouderen meer kans hebben op reflux
 - Bij middagrust de persoon nooit volledig plat leggen => 15 à 30° geheld positioneren indien er risico is op reflux of aspiratie
- **Dentitie en goede mondzorg:**
 - Gebitsprothese:
 - Door gewichtsvermindering wordt een gebitsprothese “slecht passend”
 - Bij verlies van gebitsprothese of weigering om deze te dragen → voedselconsistentie dient aangepast (niet meteen “alles” mixen! Maar “zachter” maken)
 - Onvoldoende mondhygiëne (tandplaque of tongplaque)
 - Invloed op algemene gezondheidstoestand en levenskwaliteit:
 - Problemen met spreken
 - Veranderde smaken
 - Fysische pijn
 - Psychologisch discomfort
 - Eetproblemen
 - Verstoorde sociale contacten
 - Er bestaat relatie tussen mondgezondheid en aspiratiepneumonie
 - Bij verminderde speekselproductie vermindert de “beschermende functie” van speeksel + geeft aanleiding tot mondaandoeningen
 - TIPS voor algemene mondhygiëne:
 - Na de maaltijd de mond met water laten spoelen
→ voedselresten bevorderen de vorming van plaque
 - **Hygiëne van eigen tanden** gebeurt optimaal 3x/dag maar **zeker 1x/dag bij voorkeur 's avonds**
 - **Hygiëne van gebitsprothese** gebeurt door spoeling met water na elke maaltijd – wassen met zeep (niet met tandpasta) – **'s avonds droog en uit de mond bewaren**
 - **Hygiëne van tandvlees en slijmvliezen** gebeurt met een borstel en door na te spoelen
 - **Hygiëne van de tong** gebeurt door te borstelen of te schrapen – minstens 1x/dag

→ PmD zijn op dit vlak bijzonder kwetsbaar!!
 - **Bij weigering van mondzorg door PmD:**
 - Contact trachten te maken met de persoon
 - Forceer niets – als niet lukt, probeer op ander tijdstip nog eens
 - Steeds goed verwoorden wat er gaat gebeuren en wat je doet
 - Gebruik 2 tandenborstels
 - Soms in mondhygiëne beter door 2 mw uit te voeren
 - **Mondhygiëne bij PmD in een vergevorderd stadium:**
 - Houding van bewoner tijdens de mondzorg:
 - Hoofd in zijwaartse ligging brengen
 - Spatels kunnen helpen om mondholte open te houden tijdens de zorg
 - Gebitsprothese wordt steeds verwijderd voor mondhygiëne
 - Indien mogelijk wordt “gepoetst”
 - Als poetsen niet lukt => mond spoelen met in water gedrenkte gazen (in water of NaCl 0.9%)

- Lippen insmeren met vaseline
 - Tandknarsen en –persen:
 - Dit kan extra beschadiging veroorzaken
 - Indien vinger in mondholte wordt gebracht voor mondzorg => steeds opletten voor bijtreflex!
 - Droge mond:
 - Mond verfrissen met ijslollies kan heel aangenaam zijn (beperk gebruik van suiker!) – verschillende smaken mogelijk
 - Vochtige in water gedrenkte wattenstaven
 - Ondersteuning dagelijkse mondhygiëne:
 - Indien gewone mondhygiëne niet kan doorgaan => alternatieve mondspoeling met 0.05% chloorhexidineoplossing
 - ➔ **OPLETTEN bij PmD dat ze deze vloeistof niet inslikken**
 - Elektrische tandenborstel is effectief voor een goed mondhygiëne
 - ➔ **OPLETTEN bij PmD:** kan hen extra verwarren of doen schrikken (trillingen – geluid)
- **Gehoor en visus:**
- Aandacht voor het correct dragen van eventuele bril
 - Rekening houden met eventuele andere visuele problemen (bv neglect, cataract, hemianopsie...)
 - Bij gehoorverlies nagaan of er teveel aan oorsmeer is – of er gehoorapparaat beschikbaar is
 - Sensorische input gebeurt liefst zoveel mogelijk VISUEEL + AUDITIEF
- **Moeilijk hanteerbaar gedrag (dolen, agitatie, ontremming, claimend gedrag, roepen...):**
- **ELK gedrag heeft een betekenis – is een uiting van communicatie**
 - Door dergelijk gedrag te stellen wil de PmD iets duidelijk maken
 - **Stappenplan** om het moeilijk hanteerbaar gedrag in kaart te brengen:
 - Stap 1: probleem vaststellen
 - Stap 2: gegevens verzamelen door objectieve observatie en registratie
 - Stap 3: nader onderzoek om mogelijke oorzaken uit te sluiten
 - Stap 4: plan van aanpak formuleren
 - Stap 5: evalueren
 - **Bijkomende vragen die belangrijk zijn:**
 - Is het gedrag storend?
 - Voor wie is het gedrag storend?
 - ➔ stellen dat een PmD problemen **“heeft”** in plaats van “geeft” werpt een ander en breder perspectief op het “probleemgedrag” en de mogelijke interventies
- **Voedselweigering:**
- Belangrijk om de oorzaak van de voedselweigering te vinden
 - ➔ de oorzaak kennen ➔ gepaste omgang met afweergedrag wordt mogelijk
 - Bij medische oorzaak => behandeling
 - Nuttige tips:
 - Probeer, maar forceer niet – doe 2 à 3 keer een poging maar dring niet aan
 - Indien pogingen niets opleveren, probeer later opnieuw
 - Probeer iets anders aan te bieden
 - Doe voor wat je verlangt van de persoon (misschien weet de persoon niet wat te doen of “hoe”)
 - Eet samen met de PmD
 - Zorg voor een zo rustig mogelijke omgeving
 - Maak het gezellig
 - Zoek oogcontact
 - Probeer met “kleine happen” – lippen aanraken en lepel daar even laten rusten – de 1° hap is vaak de aanzet tot verder eten

- Serveer iets waarvan je weet dat de persoon het lekker vindt - houd rekening met voorkeur voor “zoet”
 - Soms “zegt” de PmD “neen” maar uit - gedraagt de persoon zich volgens een “ja”
 - ➔ niet enkel afgaan op verbale signalen – ook non-verbale signalen zijn belangrijk
 - Voedselweigering kan ook signaal zijn dat de persoon “het einde voelt” naderen en daarom niet meer wil eten
 - ➔ ethische reflectie is hierbij wenselijk!
- **Ontremd gedrag:**

Men spreekt van “ontremd gedrag” als het gedrag structureel is en in verschillende omstandigheden voorkomt.

Het kan zich voordoen op diverse vlakken:

 - Impulsief eetgedrag
 - Stemningswisselingen
 - Problematische sociale omgang
 -
 - **Impulsief eetgedrag = vlug eten – zonder maat eten – schrokken bij het eten...:**
 - ➔ mogelijke oplossingen:
 - Met een tijdschema werken
 - Kleinere lepel geven bij schrokkerig eten
 - Kleinere porties aanbieden
 - Kleinere gesneden stukken voorzien (vooraf gesneden)
 - Supervisie en/of begeleiding
 - Verbaal temporiseren
 - Lichamelijk contact (bv arm zacht aanraken om “eventjes” te wachten met volgende hap...)
 - “ontremd gedrag” niet zomaar als “ongepast gedrag” bestempelen ➔ dit werkt averechts
 - ➔ begrenzen kan nodig zijn maar we moeten steeds RESPECTVOL blijven
- **Niet-eetbare dingen op eten**
 - Dit komt soms voor bij Personen met Front-Temporale Dementie in een matig tot ernstige fase
 - ➔ oplossen door de omgeving aan te passen!
- **Wegloopgedrag:**
 - Bij sommige PmD is de nood om te bewegen > de concentratie die nodig is om aan tafel te blijven zitten
 - Personen pas zo laat mogelijk aan tafel uitnodigen en/of creatief nadenken over mogelijke oplossingen
 - (bv. boterhammen kunnen ook wandelend in de gang worden opgegeten)

f) Adviezen mbt de zorgverlener

- **Educatie:**
 - **Inzicht in de problematiek hebben**
 - **Kennis opbouwen**
 - ➔ zorgt voor attitudeverandering
 - ➔ zorgt voor gedragsverandering bij zorgmw. tav het maaltijdgebeuren
 - ➔ laat toe om meer probleemsituaties te onderkennen en er efficiënter mee om te gaan
 - ➔ uiteindelijk geeft dit ook innerlijke rust en meer draagkracht bij de zorgverlener
- **Houding van de zorgverlener:**
 - Lichaamshouding van de ZV
 - Attitude van de ZV

- **Fysieke lichaamshouding tijdens het maaltijdgebeuren = contact maken met de PmD**
 - Voor – tijdens en na de maaltijd
 - Neerzitten bij de PmD geeft interactie
 - Rekening houden met de lichtinval – gezicht van ZV mag niet in de schaduw vallen = naar licht toe gericht
 - Schuin voor de PmD zitten is beter dan er volledig voor
 - Bij neglect (bv ook bij vasculaire D) rekening houden met de L/R hemiplegie
- **Een maaltijd is “interactie” die geslaagd is als 2 partijen op elkaar zijn afgestemd**
 - Elke ZV heeft een rugzak
 - Als ZV is het van belang om “bewust” te zijn van deze rugzak
 - Elke ZV dient een positieve en constructieve manier te vinden om hiermee om te gaan
→ dan kan de focus op het maaltijdgebeuren liggen

Als ZV in een rustige gemoedstoestand kan werken => geeft rust aan PmD
Stress versterkt het afwijkend gedrag bij PmD

- **Communicatie:**

- Bij slikproblemen is eten & spreken moeilijk maar ook risicovol
- ZV zal wel verwoorden wat hij/zij doet – dit werkt stimulerend
→ bv bij agnosie – apraxie => woordje uitleg kan triggeren om te eten
- Verbale ondersteuning = zeggen wat je gaat doen / doet
 stimuleren om zelf te doen
 de acties verwoorden werkt angst reducerend
- **Tips:**
 - Eenvoudige en korte zinnen gebruiken
 - Geen verkleinwoorden
 - Geen betuttelende taal
 - Aandacht hebben voor spreekvolume en intonatie
 - **Als ZV zelf de interactie vasthouden = aandacht en concentratie vasthouden** (100% bezig zijn met de maaltijd!)

- **Interdisciplinaire samenwerking:**

- **Een kwaliteitsvolle maaltijd = multifactorieel gebeuren**
(er zijn verschillende factoren om rekening mee te houden)

Samenwerking geeft aanleiding tot “welzijn voor de PmD” door:

- Goede informatie-uitwisseling
- Samenwerking rond verschillende aspecten vd maaltijd en vanuit verschillende deskundigheid in een gemeenschappelijke visie te bundelen

- **Maaltijdbegeleiding is verschillend van “eten geven”**

→ als zelfstandig eten niet meer haalbaar is door:

- Verminderde zelfredzaamheid
- Achteruitgang van de gezondheidstoestand
- Toename slikproblemen

○ **Nuttige tips en aandachtspunten bij de maaltijdbegeleiding:**

- Wijze van aanbidding
 - Gemixte voeding niet mengen => behoud de componenten zodat smaken en geuren behouden blijven
 - Overgiet een broodmaaltijd niet met drank tot een brij => verdeel de boterham in stukjes en drink desgewenst in vloeistof
 - Laat zoveel mogelijk bij het aanbieden van drank, de persoon zelf ook de beker of glas vasthouden => geeft gevoel van controle en maakt begeleiding makkelijker

- Hoeveelheid van de hap
 - Een basisrichtlijn = een afgestreken dessertlepel
 - Bij vertraagde faryngeale slikbeweging => bolus vergroten als er geen slikproblemen zijn
 - Als verschillende slikbewegingen nodig zijn voor eenzelfde bolus => bolusgrootte verkleinen
- Tempo van aanbieden
 - Volg de slikbewegingen goed op – gebruik een traag tempo om de voeding aan te bieden
 - ➔ als je de vingers op de keel houdt, kan je de slikbeweging voelen
- Ingeven van de maaltijd
 - Als de mond niet makkelijk wordt geopend => kan helpen om de lippen zacht te beroeren
 - Kaak kan bijkomend worden gestabiliseerd om de slikinzet door mondsluiting te faciliteren
 - Lepel kan licht neerwaarts op de tong worden gedrukt om de sensibiliteit te vergroten en de slikbeweging efficiënter te laten verlopen
 - Laat de persoon zelf de lepel afhappen door de lepel recht uit de mond te bewegen = GEEN opwaartse beweging met lepel maken bij het uit de mond halen
 - Strelende beweging met de vingers van “onder de kin naar beneden langs de keel” kan slikbeweging faciliteren
 - Schraap nooit voedselresten van de mond => gebruik hiervoor een servet
- Observatie voor, tijdens en na de maaltijd
 - Bewustzijnsniveau controleren voor aanvang van de maaltijd
 - ➔ Alertheid voor, tijdens en na de maaltijd is van groot belang
 - Vergelijk de stemkwaliteit voor de maaltijd met deze na de maaltijd => veranderingen – bv borrelende of hese stem na de maaltijd – kunnen wijzen op mogelijke aspiratie
 - Ademhaling opvolgen => veranderingen – bv zware hoorbare ademhaling - kunnen wijzen op eventuele aspiratie
 - Laat geen etensresten zitten in de mond na afloop van de maaltijd

- **Wat te doen bij “verslikken”:**

Verslikken ≠ stikken

↓

Als de persoon NA het verslikken kortademig blijft

↓

is mogelijk ten gevolge van een vastzittende brak voedsel

↓

Door snel en gericht handelen

↓

Voorkomt “stikken”

- Bij verslikken tijdens het drinken: persoon laten vooroverbuigen en rustig hoesten (hoesten = beschermmechanisme: resterende vloeistof wordt naar boven geblazen)
- Aansporen tot “krachtig” hoesten
- Blijf als hulpverlener zelf rustig
- Met aspiratiesonde keelholte zuiver maken indien nodig

- **Wat te doen bij “stikken”:**

- Voedselbrok met de hand verwijderen indien mogelijk
 - Mond openen (met vingers op onderkin duwen)
 - Kunstgebit steeds verwijderen
 - Middelvinger verwijdert de voedselbrok

- Slaan tussen de schouderbladen
 - Hoofd moet steeds lager gebracht worden dan de schouders (zowel in zit als in stand)
 - Met vlakke hand enkele malen tussen schouderbladen slaan (je kan tegendruk geven door andere hand op borstbeen te plaatsen)
 - Bij personen in liggende houding => persoon op de buikleggen met hoofd naar links of rechts => daarna met vlakke hand tussen schouderbladen slaan
 - Heimlich-manoeuvre
 - Bij personen in zit of stand: achter de persoon staan met de armen rond hun middel
 - Plaats uw vuist onder het middenrif
 - Maak krachtige en opwaartse beweging – herhalen tot voedselbrok weg is
 - Bij personen in liggende houding: persoon zo plat mogelijk leggen – liefst op grond
 - Handpalm onder middenrif plaatsen met de andere hand er bovenop
 - 6 à 10 krachtige en opwaartse bewegingen maken
 - Mond openen (tong en onderkaak met 1 hand nemen en naar beneden duwen) en met wijsvinger de voedselbrok verwijderen
- ➔ Na het uitvoeren van een dergelijk manoeuvre moet men steeds de huisarts verwittigen

DEEL 4: **ETHISCHE REFLECTIE**

Kwaliteit van Leven hangt samen met “algemeen welbevinden”

Algemeen welbevinden wordt bepaald door 4 verschillende dimensies:

fysische toestand

Somatische gevoelens

Psychologische toestand

Sociale relaties

Kwaliteit van leven betekent “tevredenheid van het bestaan” en is zeer persoonlijk

Het belangrijkste aspect van QoL is de “eigen regie”- dit geldt ook voor Personen met Dementie

- ➔ het betrekken van PmD bij beslissingen zorgt voor waardigheid – autonomie
- ➔ in een verdergevoerd stadium kan de PmD niet meer zelf oordelen over QoL

MAAR

dit betekent niet dat de PmD geen Kwaliteit van Leven meer kan hebben

Als de Persoon met Dementie niet meer zelf kan kiezen en beslissen moeten wij “**plaatsvervangend**” denken

- Wat zou de persoon graag gewild hebben?

➔ dit wijst op het belang van Vroegtijdige Zorgplanning

➔ Kwaliteitsvolle zorg = verantwoorde zorg = persoonsgericht

Efficiënt

Continu

Veilig

Zin of onzin van dieet?

Het verschillende gamma aan diëten is onder te verdelen in:

1) Voedingstof beperkende diëten

- Veelal gericht op gewichtsverlies
bv. natriumbepert dieet

- Dit soort dieet heeft meer “impact” op de persoon omdat iets wordt “ontnomen”
bv. is het nog zinvol om dagelijks aperitief, een zoet gebakje... bij een PmD te ontfeggen?

- ➔ steeds reflectie over de LASTEN / BATEN:
 - Wat is de levensverwachting

- Welke zijn de cognitieve mogelijkheden om de persoon te motiveren voor het dieet
- Welk is de impact op de levenslust
- Wat zal het behoud of de verbetering van QoL garanderen
*Bv.: tijdens de koffiepauze krijgt iedereen een lekkere suikerwafel – de persoon met diabetes krijgt een droog en vaak hard diabeteskoekje
=> hoe voelt de persoon met diabetes zich hierbij?*

2) Voedingstof verrijkende diëten

- Vaak gericht op gewichtstoename
bv. vezelrijk dieet

Opvolgen van een dieet gebeurt meestal bij medische indicaties – maar bv. ook religie, persoonlijke overtuigingen verdienen hierbij respect

Wat als eten niet meer lukt?

- Soms zijn er voldoende aanwijzingen en medische indicaties voor Kunstmatige Vocht- en Voedseltoediening (KVV)
- **Hoe gaan we hiermee om in een laatste levensfase?**
 - Als er geen uitdrukkelijke wensen gekend zijn is een eenzijdige besluitvorming hierover niet mogelijk
 - Alle betrokken partijen dienen mee gehoord worden bij volgende vragen:
 - Kadert dit in menselijk, menswaardig handelen
 - Zijn dit medisch zinvolle of zonloze handelingen
 - Is dit vanuit juridisch oogpunt gerechtvaardigd
 - Hierbij gaat het om meer dan enkel de lichamelijke behoefte
 - De baten en lasten dienen hierbij te worden afgewogen
(zijn de ingezette medische middelen in verhouding tot de te verwachten resultaten, - is er sprake van therapeutische hardnekkigheid? – is er een correcte verhouding tussen middel en doel?)
- Contra-indicaties van sondevoeding bij personen met dementie in een verder gevorderd stadium:
 - aspiratiepneumonie
 - Het inzetten van KVV voorkomt de kans op aspiratiepneumonie niet (Smith et al.,2009)
 - malnutritie
 - toedienen van KVV ondervangt de kans op malnutritie niet noodzakelijk
 - decubitus
 - toedienen van KVV in een verder gevorderd stadium van dementie zal zorgen voor bijkomende fixatie = vrijheidsberoving
 - KVV zorgt voor meer urine en stoelgang wat op hun beurt nadelig is voor ontwikkelen of verergeren van decubitus
 - Infecties
 - De aanwezigheid van de sonde kan bijkomend risico geven of infectiehaarden
 - Comfort
 - Het toedienen van KVV brengt vaak meer last en discomfort teweeg dan het onthouden van KVV
 - KVV zorgt er niet voor dat het honger- en dorstgevoel vermindert
 - Er is bijkomende goede mondhygiëne noodzakelijk
- **Wat gebeurt met het lichaam als geen voeding en vocht meer wordt toegediend = endogene analgetische mechanismen van het lichaam**

- De urineproductie vermindert => er is geen blaaskatheter nodig + minder of geen last van incontinentie
- Gastro-intestinale vloeistoffen verminderen waardoor het braken afneemt
- Longsecreties verminderen waardoor de persoon minder moet hoesten
- Er ontstaat een verhoogde productie van opioïden = endorfines => deze creëren een pijnstillend effect
- Door de caloriedeprievatie wordt voor een anesthetisch effect gezorgd

Besluit:

“Eten” heeft een belangrijke betekenis in het leven. Het gaat verder dan opnemen van voedingsstoffen, het heeft ook waarde op sociaal, cultureel en psychologisch vlak.

Kunstmatig toedienen van voeding en vocht is gericht op levensverlenging maar heeft weinig impact op die andere aspecten. De nood om iemand van eten en drinken te voorzien is menselijk – het verlies van slikvermogen hangt uiteindelijk samen met het ziekteproces van de dementie.

Inzicht in de levensverwachting, de ziekteprognose en de mogelijke complicaties zorgt voor een goede afweging omtrent belastende interventies met onduidelijke outcome.

Als deze interventies lijnrecht staan tegenover de kwaliteit van leven, dient dit te worden vermeden.

Bij dit verslag hoort nog een powerpoint (zie bijlage)

2. Thema: “Fingerfood”

Ook dit verslag is terug te vinden in bijlage via een bijhorende powerpoint.

Aanvullende documentatie wordt eveneens in bijlage doorgestuurd.

3. Varia

❖ Volgende Werkgroep Ergotherapie RVT-WZC:

- Donderdag 4/06/2015 in WZC Mariawende in Beernem om 14u:

Een bijdrage over “Muziek in de zorg”, aangevuld met de opmaak van de jaarkalender 2015-2016.

❖ Gebruik van het ballendeken bij personen met dementie:

- Het ballendeken (Protac-ballendeken van de firma Care Comfort) wordt intussen reeds op meerdere plaatsen gebruikt met positieve resultaten.

Het gericht gebruik volgens individuele doelstellingen is aangewezen.

De aankoop is vrij duur waardoor soms wordt overwogen om het gebruik van een ballendeken in persoonlijke onkosten aan te rekenen.

Het aanvragen in een testperiode is enigszins moeilijker geworden.

<http://www.carecomfort.be/nl/producten/hulpmiddelen-voor-sensorische-integratie/protac-ball-blanket-ballendeken-verzwaringsdeken1>

- De Dlnasleep van de firma VIGO is een comfortstelsel voor bedgebonden personen.
(zie brochure in bijlage)

❖ Badmat voor gebruik bij snoezel/relaxatiebaden:

Er zijn collega's die werken met dikke badmatten in bad voor bij de relaxatiebaden en hiermee goede resultaten boeken.

De matten waarvan sprake zijn ongeveer 3 cm dik en worden doorgaans in hydrotherapie gebruikt.

Voor verslag: Veerle Van Coile

Namens de Werkgroep Ergotherapie RVT - WZC