

ZORGZAME VOEDING

Ouderen, voeding en gezondheid een inventarisatie



Eveline Westeneng (Van Hall Larenstein)
Miriam Strous (Wageningen UR, A&F)

Voorwoord

Dit rapport is een verkennende studie rond het thema voeding en ouderen dat werd uitgevoerd in opdracht van de Groene Kennis Coöperatie (GKC) en het Ministerie van LNV, in de periode van maart tot en met december 2008.

Het onderzoek werd begeleid door Herman Peppelenbos (Groepshoofd WUR A&F) en Arnold Dijkstra (Lector Van Hall Larenstein). Beiden hebben actief meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport, met name door het aandragen van suggesties voor de te volgen onderzoeksroutes, het leveren van commentaar op voorlopige versies en het mede vormgeven van de aanbevelingen. We danken hen voor hun bijdrage.

Voor ons betekende het schrijven van dit rapport een mooie ervaring om vanuit twee organisaties samen te werken aan een thema wat ons beiden aanspreekt. Miriam vanuit haar studie Voeding van de Mens en afstudeeronderzoek onder ouderen en Eveline vanuit haar invalshoek voeding en marketing. Het heeft ons zeer geïnspireerd met verschillende mensen uit het werkveld te spreken en samen te discussiëren over wat deze uitspraken voor ons onderzoek betekenden. Onze dank gaat dan ook uit aan een ieder die een bijdrage heeft geleverd aan de interviews en stellingen.

We zijn tot de slotconclusie gekomen dat er grote winst te halen is wanneer er in een zo vroeg mogelijk stadium ondervoeding bij de zelfstandig wonende oudere wordt gesignaleerd. En dat de inzet van 'gewone' voeding daarbij zeer succesvol kan zijn. We hopen dan ook dat onze aanbevelingen in vervolgtrajecten uitgevoerd gaan worden.

Miriam Strous (Wageningen UR - A&F)
Eveline Westeneng (Van Hall Larenstein)

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1 Aanleiding en achtergrond	6
2 Methode van onderzoek	7
3 Resultaten desk research	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Ondervoeding	9
3.3 Lopende initiatieven op het gebied van ondervoeding	11
3.4 Peri-operatieve periode en voeding	14
3.5 Lopende initiatieven op het gebied van peri-operatieve periode en voeding	15
3.6 De conclusies uit de desk research	16
4 Resultaten interviews	17
4.1 Aspecten die een rol van betekenis spelen rond (onder)voeding en ouderen	17
4.2 Rol voeding in de peri-operatieve periode en bij ziekte	18
4.3 Kennisvragen	18
4.4 Stellingen	19
4.5 Conclusie uit de interviews en de stellingen	20
5 Resultaten vragenlijst huisarts	22
5.1 Ouderen en voeding in de huisartspraktijk	22
5.2 Rol diëtist	23
5.3 Kennisopbouw voeding	23
5.4 Signalering ondervoeding	23
5.5 Belangrijkste conclusies van de inventarisatie bij huisartsen	24
6 Conclusies en witte vlekken	25
6.1 Inleiding	25
6.2 Conclusies	25
6.3 Witte vlekken	27
7 Advies en aanbevelingen	30
7.1 Fundamenteel onderzoek	30
7.2 Toegepast onderzoek en ontwikkeling van tools	31
7.3 Kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting	32
Bijlage 1 Literatuurlijst	34
Bijlage 2 Vragenlijst interviews	35
Bijlage 3 Stellingen	37
Bijlage 4 Vragenlijst Huisartsen	39
Bijlage 5 Lijst van geïnterviewden	41

Samenvatting

De schrijvers van het rapport “Wat gaan we eten?” hebben gekeken naar uitdagingen voor onderzoek in Nederland naar voeding en gezondheid en gezondheid. Eén van de aanbevelingen was verder in te zoomen op de groep ouderen.

AFSG en Van Hall Larenstein hebben samen een inventarisatie uitgevoerd gericht op voeding en ouderenzorg. Omdat de ziektedruk bij ouderen toeneemt ligt de focus van deze studie op de rol van voeding in de periode voor, tijdens en na ziekte en operatie. Of te wel de peri-operatieve periode. De keuze voor “gewone” voeding is gemaakt omdat blijkt dat het bezig zijn met voeding en het hebben van een goed eetpatroon een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven. Deskresearch en interviews bij een diversiteit aan deskundigen hebben inzicht gegeven in het thema.

In 2030 zullen in Nederland bijna 4 miljoen mensen ouder zijn dan 65 jaar. Er is sprake van dubbele vergrijzing. Mensen worden ouder en er worden méér mensen ouder. Jaarlijks vinden er ruim 1 miljoen ziekenhuisopnames plaats van mensen die ouder zijn dan 65 jaar. Uit onderzoek is naar voren gekomen de groep ouderen die in meer of mindere mate ondervoed is 400.000 ouderen telt.

Gedurende het onderzoek is duidelijk geworden dat er in de instellingen al relatief veel aandacht is voor voeding. Diverse programma’s zijn opgestart om de voedingstoestand in de verpleeg- en verzorgingstehuizen te verbeteren. De eerste resultaten zijn veelbelovend. Maar slechts 7% van de ouderen woont in een instelling, de grootste groep ouderen woont zelfstandig. De grootste verbeteringslag is dan ook te halen bij deze ouderen. De huisarts speelt in deze heterogene groep een cruciale rol. Om deze reden is er voor gekozen om rond dit thema ook een aantal huisartsen te interviewen.

Het is de huisarts die ouderen als eerste bezoeken bij geestelijke of lichamelijke klachten. Het ontbreekt huisartsen vaak aan specifieke informatie over voeding. Daarnaast is er geen tijd en geld om op een gestructureerde manier via protocollen manier de oudere patiënt te screenen op ondervoeding. Met name de groep ouderen met een lichte ondervoeding wordt nu niet herkend. Deze groep is het grootst. Tijdig ingrijpen kan grote voedingsproblemen voorkomen. Bij het herkennen, informeren over voeding en doorverwijzen naar een diëtist speelt de huisarts een cruciale rol.

De grootste winst bij vervoltrajecten is te halen door onderzoek en ontwikkelingen in te zetten voor een zo vroeg mogelijke signalering van ondervoeding bij de zelfstandig wonende oudere. Er worden aanbevelingen gedaan voor fundamenteel onderzoek en mogelijkheden voor de korte termijn.

Fundamenteel onderzoek

- Pre-operatieve interventie met “gewone” voeding: er is veel over voeding en nutriënten bekend. Over voeding in de peri-operatieve periode zijn er echter nog veel vragen. Om “gewone” voeding in deze periode in te zetten en ook het gewenste effect op de herstelperiode te krijgen is het van belang te kijken naar het soort producten, welke voedingstoffen belangrijk zijn, wat de hoeveelheid

bij ouderen moet zijn en wanneer het voedingspatroon aangepast moet worden. Beschikbaarheid van producten en communicatie spelen daarbij een belangrijke rol. Onderzoek naar deze factoren is van essentieel belang voor de inzet van voeding.

- Onderzoek naar welke groepen ouderen meer risico hebben op ondervoeding en welke factoren daarin een rol spelen: de groep ouderen is erg heterogeen. Het is interessant te onderzoeken wat de risicogroepen voor ondervoeding zijn. Welke rol spelen factoren als vitaliteit, sociale omstandigheden en invloed van medicijnen?

Toegepast onderzoek en ontwikkeling tools

- Screeningmethode voor thuiszorg en mantelzorgers: thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers spelen een belangrijke rol bij ouderen. Zij zijn degenen die als eerste zouden kunnen signaleren dat de voedingstoestand van de oudere verandert. Maar zij hebben daarbij wel ondersteuning nodig. Te denken valt aan een checklist waarmee zij ondervoeding tijdig kunnen herkennen en daar adequaat op kunnen reageren.
- Protocol huisarts: uit onderzoek is gebleken dat patiënten vaak geen betrouwbaar antwoord geven als hen wordt gevraagd hoeveel zij wegen. Om ondervoeding tijdig te herkennen moet er daarom een protocol komen voor de huisartsenpraktijk, waardoor de oudere patiënt standaard gewogen en gescreend wordt op ondervoeding. Dit kan de huisarts zelf doen, maar ook de praktijkondersteuner. Door deze gegevens te volgen is een afname van gewicht eerder te signaleren. Er bestaan verschillende checklisten voor ondervoeding (SNAQ, SNAQ^{NH} en MUST). Gekeken moet worden op welke manier dergelijke lijsten geïmplementeerd kunnen worden in de huisartsenpraktijk.

Kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting

- Alle schakels in de zorgketen hebben behoefte aan duidelijke en betrouwbare informatie over voeding en ouderen. Vervolgens is het zaak deze informatie eenduidig te vertalen naar de situatie van de oudere zelf. Het Voedingscentrum in Den Haag, de huisartsen, de GGD's en de Consultatiebureaus voor Ouderen kunnen een belangrijke rol spelen in het verstrekken en de uitleg van informatie. Het opzetten van een kennisnetwerk kan de interactie tussen de verschillende schakels bevorderen.

Vervolg

In deze studie zijn aandachtsgebieden aangegeven die kansrijk zijn om een positieve bijdrage te leveren aan een goede voedingstoestand van ouderen en een sneller herstel bij ziekte.

In 2009 zal vervolgonderzoek gedefinieerd worden. Belangrijk hierbij is dat voeding in combinatie met zorg als aandachtsgebied op de kaart gezet wordt.

1 Aanleiding en achtergrond

De schrijvers van het rapport “Wat gaan we eten?” hebben gekeken naar uitdagingen voor onderzoek in Nederland naar voeding en gezondheid en gezondheid[1]. Eén van de aanbevelingen was verder in te zoomen op de groep ouderen.

Het thema ouderen is actueel. Er komen steeds meer ouderen en ouderen drukken een steeds grotere stempel op de samenleving. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is in 2007 15% van de bevolking boven de 65 jaar. Tien jaar geleden was dit nog geen 13% en dit percentage zal in de komende jaren blijven stijgen. Daarnaast neemt de levensverwachting toe, maar ook de kans op ziekte[2]. Een hogere levensverwachting heeft tot gevolg dat er verschuivingen plaats vinden in typische ouderdomsziektes als dementie en (heup)fracturen. Voeding speelt bij dit soort ziektes een belangrijke rol. Daarnaast heeft deze ontwikkeling invloed op de kosten die gemaakt worden voor ouderen in de zorg, maar het heeft ook een grote impact op de kwaliteit van leven van ouderen.

De groep ouderen is zeer heterogeen. Dit betekent dat er in deze groep zowel vitale ouderen zitten die zonder verlies aan functies actief in het leven staan, als ouderen die te maken hebben met (chronische) ziekte en (zeer sterk) hulpbehoevend zijn. In diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat voeding invloed heeft op de algehele toestand van de mens (zie verder hoofdstuk 3). Vanuit verschillende invalshoeken en door tal van organisaties wordt er dan ook gekeken naar de invloed van voeding. Omdat de groep ouderen zo divers is kan de voedingsbehoefte en de voedingstoestand binnen de groep zeer sterk variëren en rijst de vraag of de invloed van voeding op de gezondheidstoestand bij deze specifieke groep anders is dan voor jongere volwassenen.

Zowel ondervoeding als overvoeding zijn problemen die een grote rol spelen in de groep ouderen. De focus van deze studie ligt echter op ondervoeding en daarnaast op de rol van voeding in de peri-operatieve periode, omdat verondersteld wordt dat een goede voedingstoestand een belangrijke bijdrage levert aan het verkorten van de herstelperiode en het verlagen van de morbiditeit en mortaliteit.

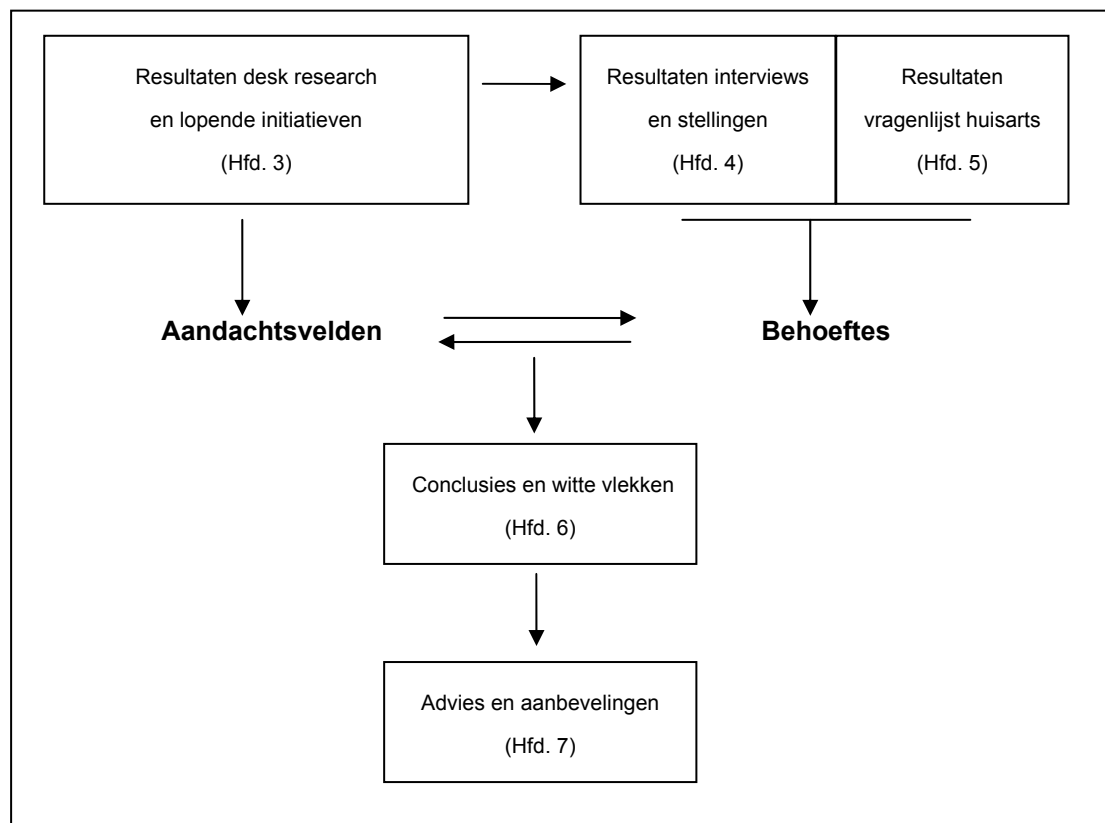
Het doel van deze inventarisatie is tweeledig:

1. het in kaart brengen van lopend onderzoek en huidige activiteiten gericht op voeding en ouderenzorg, en wie hierbij betrokken zijn.
2. het formuleren van witte vlekken: wat zou goed zijn om nader te onderzoeken, hoe zou dat onderzoek eruit moeten gaan zien en welke partners zouden daarbij een rol kunnen spelen?

Er is in deze studie gekozen voor “gewone” voeding omdat het nuttigen van maaltijden een vast onderdeel vormt in het dagelijks leven. Relatief kleine veranderingen in een voedingspatroon kunnen al een positieve bijdragen leveren aan de gezondheid en aan de kwaliteit van leven. Na analyse van de gegevens worden er een aantal aanbevelingen gedaan. Het criterium hierbij is dat er winst te behalen moet zijn voor mensen, in tijd of geld en/of voor de samenleving.

2 Methode van onderzoek

De schematische opbouw van het onderzoek en rapport ziet er als volgt uit:



Desk research en lopende initiatieven

Om een beeld te krijgen van de lopende en afgeronde initiatieven binnen dit onderzoeksthema is er intensief gezocht op internet. Hierbij is met name de Nederlandse Onderzoeks Databank (NOD) van KNAW geraadpleegd (www.onderzoekinformatie.nl). Deze databank is echter niet volledig. Daarnaast zijn de QUI Databank voor gezondheidsbevordering en preventie (www.quidatabank.nl) en het programma- en projectenoverzicht van ZonMw (www.zonmw.nl) geraadpleegd. Ook is gezocht op termen als ouderen, voeding, ondervoeding, pre- en postoperatief, screeningmethodes, ouderen en diëtisten etc. De mensen uit het beschikbare netwerk hebben gewezen op diverse onderzoeken en publicaties die ook nog meegenomen zijn in de inventarisatie. Een voorbeeld hiervan is het rapport “Wie is oud” van de Gezondheidsraad.

Interviews en stellingen

Om de beschikbare informatie te toetsen aan de praktijk zijn er diverse personen geïnterviewd die werkzaam zijn in het werkveld van ouderen, voeding en zorg. De bevindingen uit deze interviews zijn daarna breder gecheckt bij een aantal andere professionals door middel van een lijst met stellingen die voortvloeiden uit de interviews.

Vragenlijst huisarts

Omdat uit de interviews bleek dat vooral de huisartsen een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij het signaleren van een slechte voedingstoestand bij ouderen is er een vragenlijst opgesteld die voorgelegd is aan een aantal huisartsen met vragen specifiek gericht op ouderen en de huisartsenpraktijk.

Analyse

Uit de interviews en vragenlijsten hebben we de behoeften van het werkveld gedestilleerd. Deze behoeften hebben naast de lopende initiatieven gelegd en op die manier beoordeeld waar de witte vlekken zijn. Aan de hand hiervan zijn aanbevelingen gedaan.

3 Resultaten desk research

3.1 Inleiding

Op dit moment zijn er in Nederland 2,3 miljoen mensen ouder dan 65 jaar. In 2030 zullen bijna 4 miljoen mensen ouder zijn dan 65 jaar. (CBS 2006). Er is sprake van een dubbele vergrijzing. Ouderen worden gemiddeld ouder, daarnaast worden er ook méér mensen ouder. Van alle 65-plussers woont in 2007 ongeveer 7% in een tehuis: 5% in een verzorgingshuis en 2% in een verpleeghuis. Verreweg de meeste ouderen wonen dus tot op hoge leeftijd zelfstandig. Nederland telt bijna 1.700 verzorgings- en verpleeghuizen[3]. De vraag naar verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis zal tot 2030 groeien met 40%, de vraag naar thuiszorg met 32%. Deze groei wordt voornamelijk veroorzaakt door de vergrijzing. Het feitelijk gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg is lager dan de potentiële behoefte, omdat veel ouderen ervoor kiezen om langer zelfstandig te blijven wonen met hulp van thuiszorg[4].

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de desk research. Allereerst is in gekeken naar bestaande kennis over ondervoeding bij ouderen en welke (lopende) initiatieven zijn opgezet rond dit thema (respectievelijk in paragraaf 3.2 en 3.3). Daarna is specifiek ingezoomd op de invloed van voeding in de peri-operatieve periode en zijn de voor dit onderwerp relevante initiatieven gezocht (paragrafen 3.4 en 3.5).

3.2 Ondervoeding

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg is ondervoeding een groot probleem (voor de definitie van ondervoeding: zie kader[5]). Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) 2007 blijkt dat zowel in ziekenhuizen, verpleeghuizen als in de thuiszorg één op de drie cliënten een risico op ondervoeding heeft en dat ongeveer één op de vijf cliënten daadwerkelijk ondervoed is (combinatie van BMI, gewichtsverlies en/of verminderde intake). In de verpleeghuizen (chronische zorg) liggen de percentages hoger dan in de ziekenhuizen en thuiszorg. Naarmate deelnemers ouder worden blijkt er een duidelijke toename van ondervoeding te zijn[6]. Inmiddels is veel bekend over de gevolgen van ondervoeding bij risicogroepen, zoals ouderen, chronisch zieken en patiënten rond een operatie. Aan ziekte gerelateerde ondervoeding kan leiden tot verlies van lichaamsgewicht en spiermassa, daling van de weerstand, verhoogde kans op complicaties, zoals infecties en decubitus, vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze situatie kan tot een negatieve gezondheidsspiraal leiden zoals langere opnameduur, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit en afname van de kwaliteit van leven[7, 8]. Uit Brits onderzoek blijkt dat vroegtijdige herkenning en behandeling van ondervoeding mortaliteit en complicaties doet afnemen, een sneller herstel tot gevolg heeft en de opnameduur verkort[9].

In het algemeen wordt er gesproken over aan ziekte gerelateerde ondervoeding wanneer er bij ziekte sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste maand. Verder is er ook sprake van ondervoeding bij een Body Mass Index van kleiner dan 18,5 kg/m².

Uit cijfers van de LPZ 2007 blijkt dat minder dan de helft van de patiënten in de deelnemende gezondheidsinstellingen wordt gescreend op ondervoeding, met uitzondering van de cliënten in de verpleeghuizen. Het wordt in dit onderzoek niet duidelijk of dit laatste ook de reden is dat het percentage ondervoeding in verpleeghuizen hoger ligt. In de thuiszorg wordt slechts 15% gescreend. In vergelijking met 2006 is er echter in de verpleeg- en verzorgingshuizen wel een aanzienlijke verbetering te zien in het aantal cliënten dat wordt gescreend. Daarnaast blijkt dat de diëtist bij minder dan de helft van de mensen met risico op ondervoeding (BMI tussen de 18,5 en 20 of bij cliënten van 85+ een BMI tussen de 24 en 29) wordt geconsulteerd, waarbij dit nog het meest plaatsvindt in de acute zorg. Ondanks een aangetoonde effectiviteit van vroege herkenning en behandeling van ondervoeding, is screening en behandeling van ondervoeding bij opname in het ziekenhuis nog geen gemeengoed.

Een lage energie-inname, wat kan resulteren in ondervoeding, kan diverse oorzaken hebben. Deze worden meestal ingedeeld in medische, lichamelijke, psychologische, sociale en culturele factoren (zie tabel 1). Deze factoren, die alleen of in combinatie gewichtsverlies kunnen induceren of versnellen, komen op oudere leeftijd vaker voor. Dit geldt vooral voor niet-zelfstandig wonende ouderen met een zorgbehoefte, maar ook in mindere mate voor ogenschijnlijk gezonde ouderen [10]. De controle op ondervoeding bij deze zelfstandig wonende – ogenschijnlijk gezonde ouderen is vaak marginaal, omdat er weinig contact is met zorgverleners. De enige zorgverlener waar direct contact mee is, is de huisarts. Daarnaast is er een grote groep zelfstandig wonende ouderen die contact heeft met de thuiszorg en geholpen wordt door mantelzorgers.

Uit onderzoek binnen het Nationaal Kompas Volksgezondheid blijkt dat oorzaken van ontoereikende energie-inname bij ouderen zijn[11]:

<p>Medische en lichamelijke oorzaken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderde energiebehoefte ▪ Veranderde zintuiglijke waarneming ▪ Effect(en) van medicatie ▪ Gestoorde eetlust ▪ Gestoorde maag-/darmfunctie ▪ Afname van maag-/darmbewegingen ▪ Ziektebeelden
<p>Psychologische oorzaken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitieve stoornissen ▪ Depressie ▪ Voedselangsten ▪ Fobie ▪ Obsessie ▪ Chronische of vertraagde anorexia nervosa ▪ Chronische psychose

Sociale en culturele oorzaken

- Sociale isolatie (eenzaamheid, alleen eten)
- Afnemen mobiliteit en ontbreken van vervoer
- Verminderde toegang tot gewenst voedsel
- Ontbreken van een adequate verzorger/verzorgende
- Armoede
- Culturele waarden met betrekking tot een goede voeding, respectievelijk goed dieet

Om de gevolgen van een te lage energie-inname voor de gezondheid van ouderen te beperken, is het van belang om het risico daarop en de oorzaken ervan tijdig te signaleren en dus ook tijdig preventieve interventies te kunnen adviseren.

3.3 Lopende initiatieven op het gebied van ondervoeding

Het ministerie van VWS heeft twee grote landelijke programma's geïnitieerd, Sneller Beter en Zorg voor Beter, waarin diverse projecten zijn gestart om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze programma's zijn niet specifiek voor ouderen, maar in beide programma's zijn trajecten gestart waar ouderen een belangrijke doelgroep vormen. Voeding en ondervoeding komt ook voor in beide programma's.

Daarnaast zijn er diverse andere initiatieven geweest, vaak vanuit kennisinstellingen. Relevante resultaten worden hieronder genoemd.

Sneller Beter

Het programma Sneller Beter is in 2003 gestart om de kwaliteit en de doelmatigheid in de curatieve zorg te stimuleren en verbeteren. Het programma is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. In 24 Nederlandse ziekenhuizen is een verbeterprogramma ingezet om in twee jaar tijd voor zowel patiënten als zorgverleners een aantal verbeteringen door te voeren. Binnen het programma Sneller Beter is men in 2006 gestart met het project "Implementatie van vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen". Aan het pilotproject namen 6 ziekenhuizen deel, in 2007 zijn 28 ziekenhuizen gestart met dit project en in 2008 doen 17 ziekenhuizen mee. In dit project wordt de voedingstoestand bij opname in het ziekenhuis gescreend met de SNAQ [12] (zie kader).

SNAQ Short Nutritional Assessment Questionnaire	
• Bent u onbedoeld afgevallen? Meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden Meer dan 3 kg in de afgelopen maand	●●●● ●●
• Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?	●
• Heeft u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?	●
● geen actie ●● 2 x per dag een tussenmaaltijd ●●● 2 x per dag een tussenmaaltijd en behandeling van een diëtist	

Voorbeelden van projecten die uitgevoerd zijn in ziekenhuizen zijn:

- Ondervoeding bij CVA-patiënten (Ikazia Ziekenhuis Rotterdam): vanuit diverse disciplines is samengewerkt om bij CVA-patiënten met slikproblemen een individueel gerichte aanpak te bewerkstelligen.
- Ondervoeding en klinische depletie (IJsselmeerziekenhuizen, Lelystad en Emmeloord): door een nulmeting en een weegbeleid is bij patiënten met risico op klinische depletie (ongewenst gewichtsverlies en/of tekort aan voedingsstoffen ten gevolge van ziekte) een diëtiste ingeschakeld. Deze stelde een voedingsadvies op, en meestal betekende dit extra tussenmaaltijden met verrijkte voedingsmiddelen en kant-en-klaar snacks.
- Ondervoeding: preventie- en behandelingsbeleid (Amphia Ziekenhuis, Breda): in dit project is een multidisciplinair ondervoedingsbeleid op de zorgafdelingen en een aantal poliklinieken ontwikkeld en er is een pakket met maatregelen ingevoerd om zo het aantal ondervoede patiënten naar beneden te brengen.

Als vervolg op het screenen in de kliniek is in 2007 het pilotproject 'Herkenning en behandeling van ondervoeding op de poliklinieken in de Nederlandse ziekenhuis' gestart. Aan dit pilotproject hebben 8 ziekenhuizen deelgenomen. Hiervan zijn onlangs de resultaten gepubliceerd en het blijkt dat van de patiënten waarmee de poliklinieken te maken krijgen 5% een slechte voedingstoestand heeft en 2% een matige voedingstoestand. Opvallend genoeg is er in deze studie geen verschil in prevalentie te zien tussen patiënten ouder of jonger dan 60 jaar. Wellicht is de grens van 60 jaar daarvoor te laag. Slechts 16% van de ondervoede patiënten is onder behandeling bij een diëtist. Als de resultaten van dit onderzoek geëxtrapoleerd worden naar landelijke cijfers (in 2002 ruim 8 miljoen eerste polikliniekbezoeken) betekent dit jaarlijks ruim 400.000 patiënten met een slechte voedingstoestand.

Als vervolg op alle resultaten van de projecten in de ziekenhuizen zijn er ook ideeën ontstaan richting andere schakels in de zorgketen. Zo heeft de Stuurgroep Ondervoeding medio 2007 bij het ministerie van VWS het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in de eerste lijn en thuiszorg' ingediend. Immers, in de eerste lijn is er nog geen structurele aanpak van ondervoeding, terwijl hier vaak dit probleem ontstaat.

Daarnaast wordt er in 9 verzorgingshuizen en instellingen voor verpleeghuiszorg een pilot gedaan met de SNAQ^{NH}. De SNAQ^{NH} is een vertaling van de SNAQ voor verpleeg- en verzorgingshuizen (NH staat voor Nursing Home). De resultaten van deze pilot zijn bij het verschijnen van dit rapport nog niet bekend.

Zorg voor Beter

Binnen het programma Zorg voor Beter zijn er een aantal Verbetertrajecten opgestart. Deze Verbetertrajecten richten zich op de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Eén van die Verbetertrajecten is "Eten en Drinken". In dit traject hebben 62 verpleeg- en verzorgingshuizen onder het motto "Zien eten, doet eten" ervaring opgedaan met het

verbeteren van hun zorg rond eten en drinken, door:

- de eetlust te bevorderen, bijvoorbeeld door de ambiance te verbeteren;
- beter aan te sluiten bij de voorkeuren, wensen en eetpatronen van hun cliënten;
- ondervoeding sneller en beter te signaleren, door zowel bij de start als regelmatig daarna de cliënten te wegen;
- adequater te reageren op signalen van ondervoeding.

De instellingen zijn in 2006 gestart en medio 2007 zijn de projecten afgerond. Deelname aan “Eten en Drinken” heeft o.a. geleid tot[13]:

- een halvering van het aantal bewoners met onvrijwillig gewichtsverlies;
- een significante daling van het aantal ondervoede bewoners;
- meer bewustwording bij medewerkers van de noodzaak van vroegtijdig signaleren van ondervoeding;
- een grotere bewustwording bij medewerkers van het belang van eten en drinken voor de gezondheid en het welzijn van bewoners;
- betere afstemming op de wensen en voorkeuren van cliënten;
- betere ambiance tijdens de maaltijden;
- vastgesteld beleid met betrekking tot het signaleren en reageren op ondervoeding;
- met vaste regelmaat wegen van bewoners als instrument om inzicht te krijgen in het gewichtsverloop;
- adequater reageren op signalen van (dreigende) ondervoeding;
- betere samenwerking en afstemming tussen de ‘zorg’ en de facilitaire diensten;
- meer inzicht in de relatie tussen de normen voor verantwoorde zorg en daling van het aantal ondervoede bewoners;
- het introduceren van en ervaring met het werken met een nieuwe methode voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Vooraf de eerste twee resultaten zijn opmerkelijk. Ook uit de resultaten van de LPZ 2007 blijkt dat aandacht voor eten en drinken, ondervoeding en ambiance vanuit verschillende hoeken een positief effect heeft.

Voorbeelden van projecten die uitgevoerd zijn binnen Zorg voor Beter zijn:

- Ondervoeding in de thuiszorg (Maatzorg/De Werven): verplegenden in de thuiszorg hebben aan de hand van een checklist beoordeeld of iemand in een slechte voedingstoestand dreigde te raken. In dat geval werd een voedingsadvies gegeven of een diëtiste geconsulteerd. Het resultaat van dit project heeft geleid tot de ontwikkeling van een aantal instrumenten (startgesprek, checklist) en protocollen ten aanzien van vroegtijdige onderkenning van de risicogroepen binnen het primaire proces.
- Behandeling van slikproblemen bij verpleeghuisbewoners (Nederlands Paramedisch Instituut): in dit project wordt een eerder ontwikkelde richtlijn voor mensen met slikproblemen geïmplementeerd in ongeveer 25 instellingen. Uit dit onderzoek is gebleken dat er verbetering is opgetreden op patiëntniveau, dat externe ondersteuning bij de implementatie noodzakelijk is en dat

er behoefte is om ook voor de eerstelijns, de verzorgingshuizen, thuiszorg en de mantelzorg implementatiemateriaal te ontwikkelen.

Ook buiten genoemde landelijke programma's worden er projecten geïnitieerd rond ondervoeding en ouderen:

- Het effect van suppletie met nutriënt-dichte voedingsmiddelen op de geestelijke en lichamelijke functionaliteit van psycho-geriatrie verpleeghuisbewoners (Wageningen UR): in dit project is de effectiviteit gemeten van suppletie met nutriëntdichte voedingsmiddelen op het geestelijk en lichamelijk functioneren van psycho-geriatrie verpleeghuisbewoners. Het resultaat van deze interventie was dat er een duidelijk effect gezien werd op de voedingstoestand. Tevens waren er aanwijzingen (zij het subjectief) dat suppletie leidde tot een beter lichamelijk én geestelijke functioneren van de patiënten.
- Ambianceonderzoek tijdens maaltijden in zorginstellingen (Wageningen UR): In het proefschrift "Optimizing the ambiance during mealtimes" toont Nijs aan dat een goede ambiance in verpleeghuizen de bewoners beter laat eten. Door bewoners in kleine groepjes aan gedekte tafels te laten eten in een gemeenschappelijke en gezellig ingerichte eetzaal neemt het risico van ondervoeding af, de levenskwaliteit stijgt en de fijne motoriek van bewoners verbetert [14]. De onderzoeksresultaten zijn en worden inmiddels veelvuldig geïmplementeerd in verpleeg- en verzorgingshuizen, ook binnen de projecten van Zorg voor Beter.
- Voeding en Ouderen (Zorggroep Zuid-Gelderland): Het UMC Sint Radboud en de Stichting Welzijn Ouderen in Nijmegen zijn samen bezig met voedingsvoorlichting aan intermediairen in de zorgketen voor ouderen en aan ouderen zelf met als doel de voedingstoestand van ouderen te verbeteren en te handhaven. Dit project is op 1 januari 2007 gestart, en loopt nog tot eind 2008.
- Beter eten, beter voelen (Stichting Omring): Omring, een zorgaanbieder in Noord-Holland, heeft in 2007 een project uitgevoerd om het welbevinden van cliënten te verbeteren, complicaties veroorzaakt door ondervoeding te voorkomen en het genezingsproces van ziekten te bevorderen. Dit heeft de organisatie aangepakt door scholing en themabijeenkomsten te geven aan verschillende doelgroepen over screening van cliënten met een risico op ondervoeding, voorlichting aan cliënten en verbetering van de ambiance rondom de maaltijd.

3.4 Peri-operatieve periode en voeding

In 2005 zijn er ruim 1 miljoen ziekenhuisopnames geweest bij mensen ouder dan 65 jaar (tabel 1).

Leeftijd	Onderwerpen	Periode	Geslacht	Aantallen
65 tot 70 jaar	Totaal opnamen	2005	Totaal mannen en vrouwen	242014
70 jaar en ouder	Totaal opnamen	2005	Totaal mannen en vrouwen	778195

Tabel 1: Aantal ziekenhuisopnames in 2005 bij mensen van 65 jaar en ouder (Bron: CBS)

Naarmate de mensen ouder worden, wordt ook het ziektebeeld complexer. Ouderen krijgen dan ook meer te maken met ziekten en operaties. In het algemeen wordt aangenomen dat de voedingstoestand in de peri-operatieve periode (de periode voor, tijdens en na een operatie) ook voor de oudere patiënt van invloed is op de mate van complicaties en het herstel. Het vroegtijdig vaststellen van de

voedingstatus van patiënten gevolgd door adequate interventies wordt gezien als onderdeel van goede patiëntenzorg[15, 16]. Het pre-operatief in kaart brengen van de voedingstoestand, in relatie tot de voorgenomen ingreep is daarbij van belang om zonnodig in de preoperatieve fase de voedingstoestand te optimaliseren met als doel de kans op postoperatieve morbiditeit te verkleinen. Het is van groot belang om risicopatiënten te selecteren, zodat adequate voedingstherapie tijdig kan worden ingesteld[17].

In de pre-operatieve periode is het van belang dat de voedingstoestand van een patiënt zo optimaal mogelijk is. Om deze voedingstoestand te optimaliseren dient in de periode voorafgaand aan de operatie veel aandacht te zijn voor het innemen van voldoende voedingsstoffen. Experts zijn zelfs van mening dat de tijdsduur van optimalisatie tenminste 7-10 dagen bedraagt [18], en dat hiervoor de operatie beter een aantal dagen kan worden uitgesteld, indien er geen sprake is van een acute situatie [19]. Over het algemeen gaat de voorkeur uit naar enterale (via de mond en slokdarm) voeding en kiest men in eerste instantie voor normale voeding door het geven van dieetadviezen of het extra aanbieden van calorierijke tussendoortjes al dan niet aangevuld met calorierijke drankjes. Echter in het onderzoek van Baldwin en Parsons is er onzekerheid over het directe effect van alleen voedingsadviezen aan de patiënt omdat de periode vrij kort is [3]. Dit advies wordt namelijk gegeven wanneer ondervoeding geconstateerd wordt tijdens de eerste poliklinische screening.

Wanneer er bij opname ernstige ondervoeding geconstateerd wordt, wordt er geadviseerd direct te starten met kunstvoeding (enteraal of parenteraal). Na de operatie wordt er eerst gestart met parenterale voeding, maar het advies binnen de ziekenhuizen is zo snel mogelijk weer te starten met entrale voeding. Veelal wordt gestart met kunstmatige voeding, maar geleidelijk gaat men weer over op normale voeding [4].

Het effect van voeding heeft met de samenstelling van de voeding te maken. Er is veel onderzoek gedaan naar kunstvoeding. Het ontbreekt echter aan onderzoek naar de mogelijkheden van normale voeding in de preoperatieve periode. Het gaat hierbij om vragen rond samenstelling van voedingschema's en de tijd die nodig is om het gewenste effect te bereiken. Voor de groep ouderen zijn daarnaast andere factoren van belang (slikproblemen, motoriek en inname mogelijkheden).

3.5 Lopende initiatieven op het gebied van peri-operatieve periode en voeding

Op het specifieke gebied van voeding in de periode rond operaties bij ouderen zijn ook enkele onderzoeken uitgevoerd:

- Bij de Universiteit Maastricht loopt een onderzoek naar voedingscreening en –interventie na een gebroken heup. Het doel van deze studie is het onderzoeken van de grootte van de afname in opnameduur (in ziekenhuis en revalidatiecentrum) als gevolg van voedingsinterventie in oudere patiënten (55-90 jaar) na een heupfractuur. Daarnaast onderzoekt men de kosteneffectiviteit van deze interventie en of screening bijdraagt aan een gerichtere interventie. De interventie gebeurt met energie- en eiwitverrijkte drinkvoeding in combinatie met intensieve begeleiding door diëtist.
- Bij het VU Medisch Centrum is men bezig met een project “Voedingzorg na opname in het ziekenhuis”. Het doel van deze studie is het onderzoeken van de kosteneffectiviteit van

transmurale voedingszorg, van opname in het ziekenhuis tot drie maanden na ontslag bij ondervoede 60+ers.

Overige initiatieven

In meer dan 30 gemeenten zijn er zogenaamde consultatiebureaus voor ouderen opgestart. Voeding en gezondheid is één van de thema's die hierin worden aangepakt. ZonMw doet onderzoek naar de effectiviteit van deze instanties.

3.6 De conclusies uit de desk research

Geconcludeerd kan worden dat ouderen een groter risico hebben om ondervoed te raken, en dat dit een negatief effect heeft op de mate van herstel tijdens ziekte en operatie. Een goede voedingstoestand kan er voor zorgen dat men in een betere conditie is. Preventie is daarom van groot belang. Daarnaast is duidelijk geworden dat voedingsinterventies een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de voedingstoestand bij patiënten die in meer of mindere mate ondervoed zijn. Hoe langer de periode is die gebruikt kan worden voor deze interventies, hoe sterker de patiënt de operatie in kan gaan. Dit pleit voor een vroegtijdige onderkenning van ondervoeding. Aangezien de groep ouderen steeds groter wordt en mensen steeds ouder worden is er veel winst te halen door zowel goede interventies uit te voeren bij mensen die ondervoed zijn als “jonge” ouderen preventief te wijzen op het belang van een goede voedingstoestand.

Op veel plekken vindt onderzoek plaats over ondervoeding en ouderen. Het ministerie van VWS heeft twee grote landelijke programma's geïnitieerd. Beide initiatieven met een diversiteit aan deelprojecten hebben hun focus voornamelijk op de situatie in ziekenhuizen en verzorgingstehuizen. De thuissituatie komt slechts sporadisch aanbod. Juist bij deze steeds groter wordende groep kan nog veel gedaan worden rond voeding en gezondheid.

Naar het effect van een voedingsinterventie specifiek bij ouderen in de peri-operatieve periode is nog nauwelijks onderzoek gedaan.

4 Resultaten interviews

Naar aanleiding van de desk research is er een vragenlijst opgesteld ten behoeve van het houden van een aantal interviews met relevante mensen in het werkveld. Totaal zijn er 9 interviews afgenomen (zie bijlage 6). De hoofdvragen in dit interview waren (zie voor de volledige vragenlijst bijlage 2):

- I Wat zijn de belangrijkste aspecten die een rol van betekenis spelen rond voeding en ouderen?
- II Op welke manier kan voeding een positieve invloed hebben op de peri-operatieve periode en bij ziekte?
- III Welke praktische kennisvragen zouden geformuleerd kunnen worden rond dit thema?

Hieronder zijn de antwoorden op de interviews gecombineerd.

4.1 Aspecten die een rol van betekenis spelen rond (onder)voeding en ouderen

Het blijkt dat iedereen een andere definitie hanteert voor het begrip “ouderen”. Ouderen vormen een heterogene groep en het zou goed zijn om te onderzoeken of er binnen die heterogene groep parameters gevonden kunnen worden die onderscheidend zijn.

Er zijn verschillende factoren van invloed op de voedingstoestand van ouderen: sociale en sociaal-economische aspecten, lifestyle en gezondheid (zie hoofdstuk 3.3). Ook beschikbaarheid van voedsel is van belang evenals fysiologische aspecten als smaak, absorptievermogen en eetlust. Het belang van (goede) voeding in de gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen wordt steeds meer onderkend, maar is nog niet overal gemeengoed. Voor ouderen zijn de gehanteerde grenzen van BMI anders dan die van jongere volwassenen (zie ook [20] [21]). Gekeken moet worden naar het totaalbeeld van gewicht en lichaamssamenstelling.

Ondervoeding wordt vaak niet vroeg genoeg gesignaleerd. Er zou meer alertheid moeten zijn op gewichtsverlies. Bij eerdere screening kan er eerder worden ingegrepen en is de voedingstoestand bij opname in een ziekenhuis beter. Signalering zou dus al in de thuish situatie plaats moeten vinden, bijvoorbeeld door de huisarts (regelmatig wegen bijvoorbeeld) of de mantelzorg. De huisarts kan dan doorverwijzen naar de diëtist. Dit gebeurt nog niet vaak genoeg. Vooral bij een lichte ondervoeding (BMI tussen 18 en 21) zou ingrijpen veel effect hebben. Bij poliklinische intake en ziekenhuisopname is de alertheid op ondervoeding al meer onder de aandacht van het verplegend personeel door het gebruik van screeningstools als de SNAQ en MUST. Er moet in de zorgketen voldoende kennis zijn over kwaliteit en kwantiteit van goede voeding. Dit lijkt nog niet overal het geval te zijn.

Ander factoren die een rol spelen rond voeding en ouderen zijn:

- aandacht voor ambiance en kwaliteit van leven (“breng het normale leven in het ziekenhuis”)
- flexibiliteit ten aanzien van individuele behoeften van de oudere rondom voeding
- het gebruik van (meerdere) medicijnen en de combinatie van bepaalde medicijnen kan invloed hebben op de smaak en eetlust en daardoor op de voedselinname (polypharmaca)
- delier (disfunctioneren van de hersenen, dat zich uit in o.a. verwarring, waanideeën): komt vaak voor in een ziekenhuis, zeker bij ouderen,
- factor volume van voedsel

- hygiëne (ouderen vormen een kwetsbare groep)
- eenzaamheid

4.2 Rol voeding in de peri-operatieve periode en bij ziekte

Dat (goede) voeding één van de aspecten is die een positieve bijdrage kan leveren aan het verkorten van de herstelperiode na een operatie wordt algemeen bevestigd. Specifiek onderzoek naar ouderen hierover is echter nog niet uitgevoerd. Mogelijk spelen bij ouderen specifieke problemen, zoals bijvoorbeeld het effect van medicatie (voornamelijk bij dementerenden en Parkinson patiënten) op eetlust en absorptie van nutriënten. Ook polypharmaca speelt een rol: de invloed van medicijnen op elkaar, en de hoeveelheid die patiënten moeten innemen.

Afhankelijk van het ziektebeeld kun je met voeding in korte tijd iets doen. Voorbeeld hiervan is het aanbieden van (eiwit- en energierijke) snacks. De tijd van een ziekenhuisopname is echter vaak te kort om echt iets te bereiken. In de periode ervoor en erna zou bijvoorbeeld een diëtist ingeschakeld kunnen worden. Dit vergt voldoende communicatie en afstemming in het zorgpad en voldoende beschikbaarheid van mensen en financiën.

4.3 Kennisvragen

De kennisvragen die zijn geformuleerd zijn in te delen in een aantal categorieën:

Onderzoeksvragen:

- Kun je onderscheidende parameters definiëren om ‘vat te krijgen op’ de heterogene groep ouderen?
- Onderzoek naar de rol van voeding in de peri-operatieve periode specifiek voor ouderen. Leeftijdsgerelateerde problematiek speelt vaker een rol bij ouderen.
- Gedetailleerder onderzoek naar energiebehoefte en relatie met ziekte.

Toegepast onderzoek:

- Onderzoek naar de kwaliteit en kwantiteit van voedsel van ouderen. Bijvoorbeeld door een soort van “koelkastonderzoek”: op een snelle manier monitoren wat ouderen in huis hebben.
- Wat zijn de grootste problemen die ouderen tegenkomen rond het thema voeding? Is dat beschikbaarheid, verpakkingen, informatie, voedselveiligheid?
- Onderzoek naar de grootste problemen rond beschikbaarheid van voedsel voor ouderen (verpakkingen, prijs, kwaliteit, mobiliteit, verkooppunt).
- Voldoen SNAQ en MUST in thuissituatie of in de huisartsenpraktijk?
- Wat is het effect van een grotere rol van de diëtist?
- Ambiance is belangrijk; hoe zit dit in ziekenhuizen?
- Onderzoek naar de rol van eenzaamheid en verwaarlozing. Vaak kunnen thuiswonenden gezamenlijk eten in een nabijgelegen zorginstelling. Wat is het effect daarvan?

Ontwikkeling tools:

- Ontwikkel praktische checklijsten voor voedingsstatus.

Kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting:

- Hoe kan kennis over voeding en voedingstatus bij ouderen in alle schakels rondom de ouderen worden verbeterd, zowel in de professionele hulpverlening als bij de mantelzorgers?
- Hoe kan er een betere en efficiëntere uitwisseling van kennis vanuit onderwijs en onderzoek naar de praktijk worden bewerkstelligd?

Verder zijn er nog een aantal overige relevante zaken genoemd met betrekking tot onze inventarisatie:

- Er valt veel winst te halen bij jonge ouderen (rond pensioenleeftijd). Bijtjds beginnen met je gewicht in de gaten houden zou gewichtsverlies kunnen voorkomen.
- Het is te weinig bekend dat gewichtsverlies een signaal moet zijn om actie te ondernemen. Frequente meting zou gewichtsverlies aantonen.
- De invloed van verzekeringsmaatschappijen is groot. De eerste lijn diëtist wordt vanuit de verzekeraars gedwongen zich minder op individuen en meer op groepen te richten.

4.4 Stellingen

Om de richtingen die na de interviews sterk naar voren kwamen breder te toetsen zijn er 9 stellingen geformuleerd. De lijst met stellingen (zie bijlage 3) is per e-mail verstuurd naar mensen die werkzaam zijn met ouderen en voeding of bekend zijn met het thema ouderen. Per stelling konden de ondervraagden aangeven: “Helemaal mee eens”, “Beetje mee eens”, “Neutraal”, “Beetje mee oneens” en “Helemaal mee oneens”.

In onderstaande tabel staat het resultaat van deze stellingen:

<p><u>Helemaal mee eens:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Er moet een handzame methode komen voor mantelzorgers om ondervoeding tijdig te herkennen bij ouderen.- Er moet een grotere rol komen voor de diëtist in de eerstelijns rond voeding en ouderen, zowel preventief als in de periode rond ziekte en operatie.- Fabrikanten in de voedingsindustrie moeten verpakkingen ontwikkelen die makkelijk te open zijn door ouderen.
<p><u>Eens of een beetje eens:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Huisartspraktijken moeten ouderen altijd screenen op ondervoeding.- Normale, niet-klinische voeding heeft een positieve invloed op het herstel van een oudere patiënt rond ziekte en operatie.- Vereenzaming is een belangrijke factor van ondervoeding.- Wetenschappelijke informatie rond voeding en ouderen moet op efficiëntere wijze worden doorvertaald naar de praktijk (werkvloer).
<p><u>neutraal of wisselende mening:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Het is zinvol om de heterogene groep ouderen onder te gaan verdelen in subgroepen.- Diëtisten moeten meer feedback geven aan de arts.

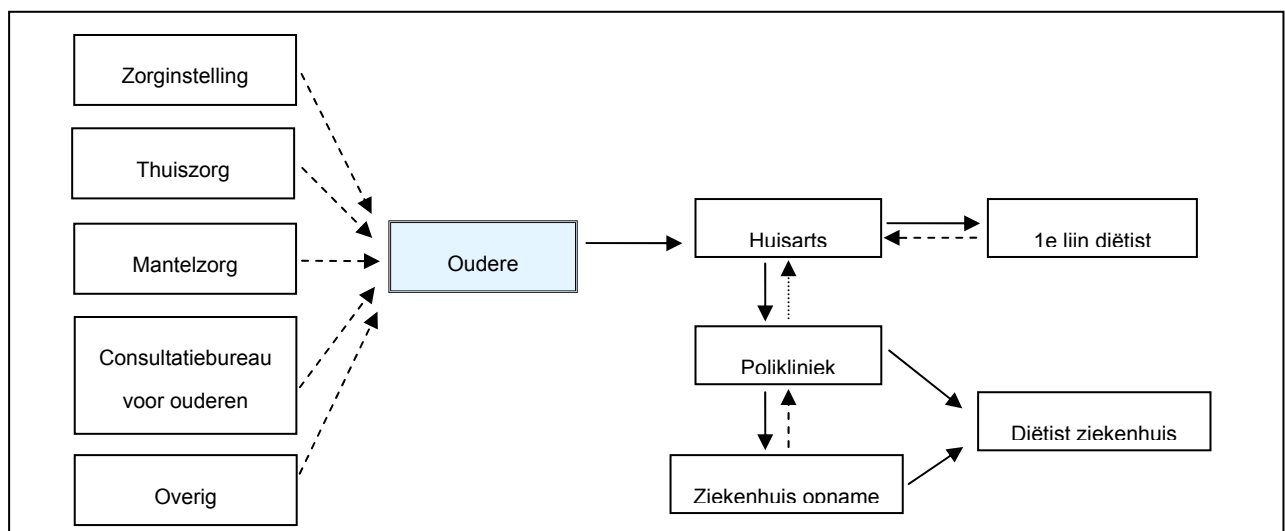
Volgens de ondervraagden zouden de volgende twee stellingen meeste effect sorteren als deze zouden worden uitgewerkt:

- Er moet een grotere rol komen voor de diëtist in de eerstelijns rond voeding en ouderen, zowel preventief als in de periode rond ziekte en operatie.
- Huisartspraktijken moeten ouderen altijd screenen op ondervoeding.

4.5 Conclusie uit de interviews en de stellingen

Uit de interviews komt naar voren dat er zeer veel factoren een rol spelen in de relatie voeding – ouderen. Ondanks het feit dat de geïnterviewden vanuit verschillende invalshoeken dit thema benaderen, wordt door hen bevestigd dat ondervoeding niet vroeg genoeg gesignaleerd wordt en zou er eerder ingegrepen moeten worden. Hoe eerder er gekeken wordt naar de voedingstoestand van ouderen en interventies worden uitgevoerd, hoe groter het resultaat. Interventie met gewone voeding (dus niet per se met supplementen of verrijkte voeding) is volgens de geïnterviewden goed mogelijk. De resultaten uit de stellingen bevestigen het beeld dat uit de interviews naar voren kwam.

In de ziekenhuissetting en in zorginstellingen wordt steeds meer en eerder gescreend en waar nodig ingegrepen, maar in de thuissituatie is dat vaak nog niet het geval. Om de conclusies van de interviews helderder neer te zetten en een duidelijker beeld te krijgen van alle schakels die in meer of mindere mate zicht kunnen hebben op de gezondheidssituatie van ouderen is in onderstaand schema de zorgketen beschreven rond ouderen. Links in het schema de personen die contact (zouden kunnen) hebben met de oudere in de thuissituatie (al dan niet zelfstandig wonend). Via de huisarts kan de oudere doorverwezen worden naar een eerstelijns diëtist. Wanneer de oudere wordt doorverwezen naar het ziekenhuis, komt de patiënt eerst in aanraking met de polikliniek, en door eventuele opname met een specifieke afdeling in het ziekenhuis.



Omdat het belangrijk is in een zo vroeg mogelijk stadium veranderingen in voedingstoestand op te merken is de huisarts hierbij de belangrijkste schakel, want de huisarts is degene die de oudere als eerste ziet als patiënt en door kan sturen naar polikliniek, ziekenhuis of diëtist. Omdat de huisarts zo'n cruciale rol speelt is er in het onderzoek extra aandacht besteed aan de werkwijze van de huisarts rond ouderen en voeding.

Wat verder is opgevallen in de interviews is de beperkte mate van beschikbaarheid van diëtisten in de zorginstellingen. Deze diëtisten kunnen vaak slechts een aantal uur per week worden ingezet of moeten een aantal instellingen tegelijk adviseren.

De eerstelijns diëtist met een algemene praktijk krijgt van de huisarts binnen de groep ouderen met name mensen doorgestuurd met obesitas en mensen die zeer sterk ondervoed zijn (BMI < 18,5). Ouderen die matig ondervoed zijn worden echter lang niet altijd doorverwezen naar de diëtist, terwijl juist matige ondervoeding goed aangepakt kan worden. Dit pleit voor een eerdere screening van alle ouderen.

Behalve tijdige screening en behandeling van ondervoeding is volgens de geïnterviewden een goede communicatie, uitwisseling van kennis en afstemming van de behandeling tussen de verschillende schakels van de zorgketen ook zeer belangrijk.

5 Resultaten vragenlijst huisarts

Zoals vermeld heeft de huisarts een cruciale rol in signalering van een slechte of slechter wordende voedingstoestand. Middels de vragenlijst voor de huisarts (zie bijlage 4) wordt er ingezoomd op het thema voeding en ouderen binnen de huisartspraktijk. Vijf huisartsen verspreid over het land hebben de vragenlijst ingevuld. De antwoorden geven een indicatie over hoe de huisarts omgaat met dit thema.

5.1 Ouderen en voeding in de huisartspraktijk

Er wordt op verschillende manieren omgegaan met ouderen en voeding in de huisartspraktijk. Een aantal huisartsen geeft aan zelf te wegen en navraag te doen bij ouderen over voeding, of de praktijkondersteuner (POH) heeft deze rol. Er wordt dus niet standaard gewogen en niet expliciet gekeken naar de voedingstoestand van de oudere patiënt. Wanneer er aanleiding toe is bij een bepaald ziektebeeld (bijvoorbeeld bij bepaalde chronische ziekten, COPD en diabetes) of bij bepaalde lichamelijke klachten wordt er wel in alle gevallen een anamnese en lichamelijk onderzoek gedaan. Voeding wordt dan impliciet meegenomen. Patiënten in een verzorgingstehuis worden wel standaard regelmatig gewogen. Eén huisarts gaf aan wel iedereen van 70 jaar en ouder standaard te wegen.

De huisartsen geven aan een trager herstel van patiënten met een slechte voedingstoestand te signaleren, te meer wanneer er post-operatief problemen zijn met intake (misselijkheid/braken). Ouderen met een relatief goede conditie herstellen beter.

De interventie is afhankelijk van de voorgeschiedenis van de patiënt. Wanneer de patiënt post-operatief is afgevallen wordt er alleen gekeken naar de intake en eventueel passende maatregelen getroffen, variërend van bijvoeding tot een consult met de diëtist.

Wanneer een patiënt met een hulpvraag de praktijk binnenkomt en aangeeft te zijn afgevallen dan worden de knelpunten doorgenomen door de arts. Er wordt gekeken naar de lichamelijke conditie en de psychische toestand van de patiënt. De praktijkondersteuner voert veelal metingen en wegingen uit en spreekt de patiënt over de voedingssituatie. Gewenst geachte interventies worden dan aangeboden aan de patiënt en of de mantelzorgers. Soms wordt er doorverwezen naar de diëtist.

De meningen zijn verdeeld of er verschil is in voedingstoestand tussen zelfstandig wonende ouderen en ouderen in een zorginstelling. Het hangt met name samen hoe de algehele conditie en zelfredzaamheid van de oudere is. Duidelijk is wel dat in interventieopzicht het bij geïnstitutionaliseerde personen relatief eenvoudiger is in te grijpen en te controleren. Ook speelt hierbij mee dat deze ouderen frequenter en op een vast tijdstip maaltijden of tussendoortjes krijgen aangeboden.

De helft van de huisartsen is niet bekend met de screeningmethodes voor ondervoeding zoals SNAQ of MUST. De artsen die deze methodes wel kennen, kennen ze vanuit hun opleiding in het ziekenhuis of uit de literatuur. De meeste huisartsen werken niet met een methode. Eén werkt met de SNAQ en een ander gebruikt incidenteel een vragenlijst. De methodes zouden niet maximaal toepasbaar zijn in de huisartspraktijk. Maar zeker is, zo wordt aangegeven, dat de diagnose 'ondervoeding' vaker gesteld

zou worden dan men zonder deze lijsten zou vermoeden. Dit pleit dus voor een standaard screening binnen de huisartsenpraktijk, omdat nu een groep niet gediagnosticeerd wordt die wel ondervoed is.

5.2 Rol diëtist

In het algemeen worden patiënten doorgestuurd naar de diëtist bij ziektegerelateerde ondervoeding, ongewild gewichtsverlies, noodzakelijke diëten bij bepaalde ziekten (nierfalen, diabetes, COPD etc.) en voedingsgerelateerde klachten. Ook het ontbreken van kennis over voeding kan een reden zijn om door te verwijzen. Er wordt door de huisartsen niet bijgehouden hoeveel patiënten er worden doorgestuurd naar de diëtist. Daarnaast is er niets bekend over het percentage ouderen dat een bezoek brengt aan een diëtist.

De meeste huisartsen omschrijven het contact met de eerstelijns diëtist als redelijk. Daar waar er intensief contact is tussen huisartsen, praktijkondersteuners en de diëtisten wordt het contact als goed omschreven. Voorbeelden hiervan zijn: diëtisten die samenwerken in een gezondheidscentrum, update bijeenkomsten tussen huisartsen, praktijkondersteuners en diëtisten, en contact in de wandelgangen in verzorgingsinstellingen.

Tussen de huisartsen en diëtisten van patiënten in een zorginstelling is er geen tot incidenteel contact. Wanneer er wel contact is wordt dit als minder goed omschreven. Het contact is veelal formeler. Er vindt altijd terugkoppeling plaats door de diëtist aan de huisarts over de patiënt. Dit varieert van in de wandelgang tot schriftelijk via mail of post.

5.3 Kennisopbouw voeding

De huisartsen geven aan de standaard vakliteratuur voor huisartsen (huisarts en wetenschap, medisch contact en NTVG) als bron te gebruiken. En ze maken daarnaast gebruik van geïmplementeerd materiaal van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Voor het overbrengen van informatie over voeding en ouderen zouden ook deze bronnen gebruikt kunnen worden. De informatie over het onderwerp mag explicieter aan bod komen. Nu komt het veelal passief binnen of wordt voeding zijdelings genoemd in een artikel over een ander hoofdonderwerp.

5.4 Signalering ondervoeding

Op de vraag “Wat zou gedaan kunnen worden om in de huisartspraktijk in het algemeen en in uw praktijk in het bijzonder de diagnose ondervoeding eerder te kunnen stellen?” antwoordden de huisartsen:

- Bij risicodiagnosen altijd de voeding ter sprake brengen en wegen van alle patiënten.
- Folder voor patiënten en mantelzorgers met informatie over de rol van voeding bij ouderen, bijvoorbeeld bij herstel, maar ook de veranderende behoefte aan voeding.
- Protocol voor wegen in de huisartspraktijk.
- Meer informatie beschikbaar voor huisarts en patiënt over voeding.
- Meer geld en tijd voor screeningsmomenten in de huisartsen praktijk.

Om aan bovenstaande wensen te kunnen voldoen hebben ze het volgende nodig:

- Bijscholing huisartsen, praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen.
- Evidence based onderzoek, informatie en doorvertaling voor de patiënt.
- Geprotocolleerd werken in de praktijk.
- Meer inzet van de praktijkondersteuner met betrekking tot ouderen.
- Consultatie bureau voor ouderen voor informatie en preventie.
- Meer geld en tijd.

5.5 Belangrijkste conclusies van de inventarisatie bij huisartsen

Uit de interviews met deskundigen bleek dat de huisarts een belangrijke rol speelt bij het tijdig signaleren van ondervoeding bij ouderen. Uit onze kleine steekproef onder huisartsen komt naar voren dat het onderwerp voeding en ouderen echter in het algemeen nog onderbelicht is. Wel is bekend dat een goede voedingsconditie het herstel bij ziekte versnelt. Het ontbreekt de huisartsen aan informatie, tijd en geld om op een geprotocolleerde manier de oudere patiënt te screenen op ondervoeding. De vraag is of de methodes die beschikbaar zijn ook toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

Alhoewel cijfers niet bekend zijn, worden ouderen regelmatig doorgestuurd naar de diëtist. Daar waar intensief wordt samengewerkt tussen huisarts en diëtist is het contact goed. Elkaar op de hoogte houden en kennis uitwisselen geeft dit contact een extra impuls. Het contact tussen huisarts en diëtist kan in zijn algemeenheid verbeterd worden.

De informatie over het voeding en de toepasbaarheid van deze informatie mag explicieter aan bod komen in de standaard literatuur van huisartsen.

6 Conclusies en witte vlekken

6.1 Inleiding

Tijdens de inventarisatie bleek dat er in algemene zin veel over ouderen bekend is, maar dat er onvoldoende gevalideerde informatie is over het effect van “gewone” voeding bij ouderen rond ziekte en operatie. Wel zijn er veel initiatieven om ondervoeding in ziekenhuizen en zorginstellingen aan te pakken. De insteek is echter vaak net even anders dan het onderwerp van dit rapport.

6.2 Conclusies

De groep ouderen van 65 jaar en ouder groeit en binnen deze groep zijn er ruim 1 miljoen ziekenhuisopnames per jaar. Ondervoeding is een groot probleem bij ouderen, en zorgt o.a. voor verlengde herstelperiode en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Om deze risico's te verlagen is het van belang dat de voedingstoestand van een patiënt zo optimaal mogelijk is. Preventie van ondervoeding is dus essentieel.

Zorginstellingen

In het ziekenhuis en verpleeg- en verzorgingstehuizen wordt steeds vaker gescreend op ondervoeding en wordt bij geconstateerde ondervoeding de diëtist ingeschakeld. Dit blijkt effectief: de prevalentie van ondervoeding en het risico op ondervoeding daalt. De periode in een ziekenhuis is echter meestal te kort om met “gewone” voeding daadwerkelijk een effect te bereiken. Dit pleit voor onderzoek naar de mogelijkheden om met “gewone” voeding in de periode vóór de ziekenhuisopname de voedingstoestand van de patiënt te verbeteren. In deze fase is de meeste winst te halen ten aanzien van de negatieve gevolgen van ondervoeding. De vraag hierbij is hoe lang het voortraject moet zijn, welke voedingsstoffen noodzakelijk zijn en of er voeding ontwikkeld kan worden voor de oudere om een bijdrage te leveren aan een goede voedingstoestand.

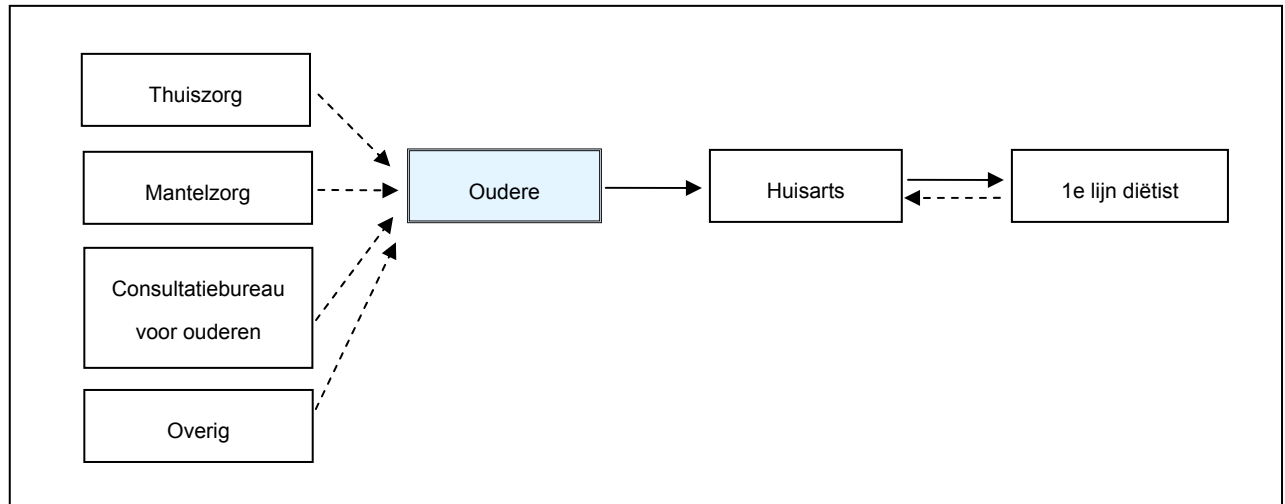
Diëtist (tweedelijns)

In verzorgingsinstellingen heeft de diëtist maar een beperkt aantal uren en kan daarmee zich niet volledig toeleggen op de zorg die individuele ouderen nodig hebben rond hun voeding. Wanneer er goede communicatie en kennisoverdracht is tussen diëtist, huisarts en verzorgend personeel, wordt er over het algemeen meer gedaan met en rond voeding (signalering en ambiance). De verschillende mensen versterken elkaar door informatie aan elkaar door te spelen. Communicatie is erg belangrijk tussen verpleegkundigen en de diëtist. Wanneer verpleegkundigen meer met een “voedingsbril” kijken naar de cliënt en de bevindingen doorgegeven aan de diëtist, kan er sneller en efficiënter ingespeeld worden op de voedingstoestand van de cliënt.

Zelfstandig wonende ouderen

Het merendeel van de ouderen woont zelfstandig. Tot nu toe zijn er nog nauwelijks interventies uitgevoerd bij deze ouderen. Voor deze groep is de situatie in zeker zin complexer dan voor ouderen in een zorginstelling aangezien er meer factoren van invloed zijn op de voedingstoestand van ouderen, bijvoorbeeld de inkoop van levensmiddelen, of en wanneer er gekookt wordt, of er alleen of met anderen wordt gegeten etc. Ook is contact met de zorgsector minder vanzelfsprekend en frequent dan ouderen die in een zorginstelling wonen. Voor deze groep zouden huisarts en eventueel thuiszorg,

mantelzorg of wellicht instanties als een Consultatiebureau voor Ouderen een belangrijke signalerende rol kunnen spelen met betrekking tot de voedingstoestand op het niveau van preventie of interventie (zie onderstaand schema).



Thuiszorg en mantelzorg

Uit onze bevindingen kunnen we opmaken dat thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers onvoldoende zicht hebben op de voedingsconditie van de oudere waarvoor zij zorgen. Enerzijds komt dit doordat men de oudere zeer vaak ziet en verschillen niet makkelijk opmerken. Anderzijds komt dit omdat ze niet voldoende kennis hebben over (onder)voeding en er geen methodes zijn om sneller in te schatten of mensen een voedingsprobleem of ondergewicht hebben.

Consultatiebureau voor ouderen (CbvO)

Consultatiebureaus voor ouderen worden op diverse plaatsen in Nederland opgezet, al dan niet in de vorm van een pilot. Tijdens deze inventarisatie is onvoldoende duidelijk geworden in welke mate voeding meegenomen wordt in de voorlichting naar ouderen en welke maatregelen er genomen worden als de voedingstoestand niet optimaal blijkt te zijn. Echter in de preventie en in gevallen van mensen met (voedings)klachten die niet naar de huisarts gaan zou het CbvO een belangrijke rol kunnen spelen.

Huisarts

De huisarts zou een belangrijke rol kunnen spelen bij het tijdig signaleren van ondervoeding bij ouderen. Dit geldt zeker voor ouderen die zelfstandig wonen, omdat een huisarts vaak de enige professionele zorgverlener is waar de oudere contact mee heeft. Er wordt in de huisartsenpraktijk echter niet structureel volgens protocollen gelet op ondervoeding bij ouderen, ook omdat daar vaak geen tijd en geld voor is. Er is op dit moment ook niet een screeningsmethode die gemakkelijk toepasbaar is in de huisartsenpraktijk. Pas wanneer ouderen met specifieke klachten komen waar een voedingsgerelateerde component aan zit worden zij doorverwezen naar de diëtist. Bij ondervoeding wordt vaak pas aan de bel getrokken als de BMI richting de 18 gaat, wat zeer laag is, vooral voor

ouderen. Ook blijkt dat de huisartsen vaak te weinig (actuele) kennis hebben over voeding. In de vakliteratuur voor huisartsen is niet voldoende aandacht voor ouderen en voeding.

Diëtist (eerstelijns)

De eerstelijns diëtist krijgt met name oudere cliënten doorgestuurd die al sterk ondervoed zijn (BMI < 18,5). Ouderen met een lichtere ondervoeding worden lang niet altijd doorverwezen naar de diëtist, terwijl een interventie bij deze ouderen vaak effectief zou zijn. Dit pleit voor een eerdere screening van alle ouderen.

Over het algemeen geldt, dat goede en regelmatige communicatie en kennisuitwisseling tussen de verschillende schakels van de zorgketen een groot positief effect heeft op het resultaat van een interventie.

6.3 Witte vlekken

De behoeften van het werkveld zijn afgezet tegen de lopende initiatieven en reeds afgeronde projecten. Een aantal van deze behoeften zijn of worden aan aangepakt in lopende of afgeronde projecten, als: eerdere screening van de voedingstoestand bij ouderen in ziekenhuizen en zorginstellingen, onderzoek naar interventie van gewone voeding bij ouderen in zorgtraject, aandacht voor ambiance in zorginstellingen om de intake van voeding te vergroten.

Waar geen of onvoldoende aansluiting is tussen behoefte en actie, liggen kansen voor onderzoek en ontwikkeling, de zogenaamde witte vlekken. Ze zijn onder te verdelen in een aantal richtingen:

- fundamenteel onderzoek
- toegepast onderzoek
- tool ontwikkeling
- kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting

Fundamenteel onderzoek

In de zorg is er een grote behoefte aan het pre-operatief in kaart brengen van de voedingstoestand van de patiënt in relatie tot de voorgenomen ingreep. Het is van belang om in deze pre-operatieve fase de voedingstoestand te optimaliseren met als doel de kans op post-operatieve morbiditeit/mortaliteit en complicaties te verkleinen. Er is echter nog niet onderzocht wat de mogelijkheden zijn om dit met gewone voeding te doen. Vragen die hier spelen zijn: hoe lang van tevoren moet je beginnen met de interventie, welke voedingstoffen zijn er precies nodig, moet er speciale voeding ontwikkeld worden?

Een andere relevante vraag is: wat zijn potentiële risicogroepen voor ondervoeding bij ouderen? De groep ouderen is groot en heterogeen. Bij ouderen spelen veel factoren een grote rol spelen, zoals leeftijd, vitaliteit, sociale omstandigheden. Wat voor invloed hebben polypharmaca (invloed van de werking van meerdere medicijnen op elkaar en op bijvoorbeeld eetlust) en delier op de voedingstoestand van en op de prevalentie van ondervoeding bij de ouderen? Specifiek onderzoek hiernaar is nog niet uitgevoerd.

Er is inmiddels het nodige onderzoek geweest naar het belang van voeding rond operaties. Hierbij is niet specifiek gekeken naar de groep ouderen. Bij deze groep spelen als gezegd ook andere, leeftijdsgerelateerde factoren een rol. Geldt voor de groep ouderen hetzelfde als voor jongere patiënten, of vereist deze groep een andere aanpak?

Toegepast onderzoek

Het is niet bekend hoe ouderen zelf aankijken tegen voeding. Wat zijn de grootste problemen die ouderen tegenkomen? Is het beschikbaarheid van voedsel, aantrekkelijkheid, smaak, voedingswaarde, verpakkingen, informatie/kennis over voeding, voedselveiligheid?

Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre er in de opgezette Consultatiebureaus voor Ouderen aandacht is voor (onder)voeding. Wellicht zijn dit soort instanties laagdrempelig en kunnen ze een belangrijke schakel gaan vormen in de zorgketen.

Er is behoefte aan een grotere rol voor de diëtist, zowel eerstelijns als tweedelijns, in de preventie en behandeling van ondervoeding. Het zou onderzocht moeten worden wat voor invloed dat zou hebben op de prevalentie van ondervoeding en op de kosten die gemaakt worden in de zorg.

Ontwikkeling tools

Er is behoefte aan een methodiek die het mogelijk maakt zo vroeg mogelijk in de zorgketen risicopatiënten te selecteren, zodat adequate voedingsinterventies tijdig kunnen worden opgestart, omdat zo het effect van de interventie het grootst is. Er zijn methodes ontwikkeld (SNAQ/MUST) om ondervoeding te herkennen en deze worden gebruikt in verschillende ziekenhuizen. Daarnaast wordt er in een pilotstudie gewerkt met een variant voor de verpleegtehuizen (SNAQ^{NH}). Er zijn echter nog geen echte screeningsmethodes voor ouderen die zelfstandig wonen en die toegepast zouden kunnen worden voor huisartsen, medewerkers in de thuiszorg en wellicht zelfs voor mantelzorgers.

Daarnaast zou er ook een checklist ontwikkeld moeten worden voor mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers waarmee op een snelle en eenvoudige manier kwalitatief en kwantitatief te inventariseren voor ouderen in de thuissituatie.

Kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting

- De voedingskennis bij veel huisartsen en specialisten in het ziekenhuis blijkt niet groot genoeg en actueel. Kennisvergroting en -doorstroming wordt dus noodzakelijk geacht om efficiënter en effectiever problemen rond voeding op te pakken.
- Communicatie tussen de verschillende schakels in de zorgketen is nodig om behandeling van een patiënt goed aan te pakken.

Voor bovenstaande behoeftes zou onderzocht moeten worden hoe dit het beste verbeterd kan worden.

Daarnaast zou er meer informatie beschikbaar moeten komen voor ouderen zelf en de omgeving van ouderen (bijvoorbeeld familie, mantelzorgers) over voeding en preventie van ondervoeding.

7 Advies en aanbevelingen

Het advies naar aanleiding van deze inventarisatie is om onderzoek en ontwikkelingen in te zetten voor een zo vroeg mogelijke signalering en behandeling van ondervoeding. Dan is namelijk de grootste winst te halen. Het advies is driedelig. Ten eerste wordt er richting gegeven voor fundamenteel onderzoek. Tevens is er gekeken naar mogelijkheden om in een relatief korte periode (minder dan 1,5 jaar) resultaat te boeken met onderzoek of ontwikkelingen. Aan de hand van de zorgketen wordt dit toegepast onderzoek en de ontwikkeling van tools nader toegelicht. Tot slot is er gekeken naar de mogelijkheden voor kennisvergroting en -uitwisseling en voorlichting.

Daarnaast zijn er een aantal cases uitgewerkt die zowel projectmatig uitgevoerd kunnen worden alsook meegenomen kunnen worden in een onderwijssetting rond het thema ouderen en voeding.

7.1 Fundamenteel onderzoek

Tot nu toe is er geen landelijk onderzoek gedaan naar de voedselconsumptie van ouderen. Dit gaat in 2009 wel gebeuren: RIVM zal een voedselconsumptiemeting gaan uitvoeren onder ouderen. Het zou goed zijn in deze meting aspecten als voedselvoorziening en gezondheidsaspecten mee te nemen en in de toekomst deze metingen met regelmaat te herhalen.

Eetlust speelt een belangrijke rol als het gaat om risico op ondervoeding. Er is (meer) onderzoek nodig om de fundamentele van eetlust helder te krijgen.

Om te weten te komen wat de mogelijkheden zijn om met “gewone” voeding ondervoeding te voorkomen en aan te pakken en wat de rol is van gewone voeding in de peri-operatieve periode is het nodig hiernaar diepgaand onderzoek te doen. Vragen die beantwoord moeten worden zijn ondermeer: hoe lang van tevoren moet je beginnen met de interventie, is er een te bepalen optimum, welke voedingsstoffen en producten zijn er precies nodig en moeten er speciale voedingsmiddelen/producten voor ouderen ontwikkeld worden? Ook de mate van beschikbaarheid kan in een later stadium meegenomen worden. De verwachting is dat de inzet van gewone voeding in het preoperatieve traject een belangrijke bijdrage kan leveren aan de vermindering van ondervoeding op de lange termijn. Op deze manier kan het een onderdeel worden van een optimale voedingsbalans.

Een andere relevante vraag is: wat zijn potentiële risicogroepen voor ondervoeding bij ouderen? De groep ouderen is groot en heterogeen. Bij ouderen spelen veel factoren een grote rol, zoals leeftijd, vitaliteit, sociale omstandigheden. Wat voor invloed hebben polypharmaca (invloed van de werking van meerdere medicijnen op elkaar en op bijvoorbeeld eetlust) en delier op de voedingstoestand van en op de prevalentie van ondervoeding bij de ouderen? We pleiten voor specifiek onderzoek hiernaar zodat risicogroepen er eerder uitgefilterd kunnen worden en er tijdig gestart kan worden met interventies.

Case 1 De oudere als consument

Om beter inzicht te krijgen in ouderen en ouderen als consument zou er een breed (consumenten)onderzoek moeten plaatsvinden. Vragen die beantwoord zouden kunnen worden zijn: wat vinden ouderen van voedsel? Wat voor rol speelt voeding in hun leven? Wat voor rol speelt smaak, verpakking en verkrijgbaarheid? Wat weten ouderen van voedingswaarde? Daarbij moeten parameters als leeftijd, lichamelijke activiteit en sociale omstandigheden in relatie tot de voedingsgewoonten van ouderen meegenomen worden.

7.2 Toegepast onderzoek en ontwikkeling van tools

Zoals beschreven, bestaat de zorgketen rond ouderen uit verschillende schakels die in het voortraject rond een ziekenhuisopname een rol kunnen spelen. Daarnaast hebben deze schakels ook in de gewone situatie een belangrijke invloed op de oudere mens. Per schakel zijn er mogelijkheden om in een korte periode te onderzoeken en te ontwikkelen.

Ouderen

- Onderzoek naar de voedselhygiëne en het koelkastgebruik bij ouderen. De verwachting is dat het vaak slecht gesteld is met de hygiëne rond voeding en dat er gebrek aan kennis is rond het thema voedselveiligheid en onvoldoende inzicht in de wijze waarop de hygiëne rond voeding en het koelkastgebruik verbeterd kan worden.
- Ontwikkeling van een soort praktische boodschappenlijst met levensmiddelen voor ouderen om op een makkelijke manier tot een goed voedingspatroon te komen en dat er naast vertrouwde producten eerder gekeken wordt naar nieuwe/andere producten die passen bij een evenwichtig voedingspatroon voor ouderen.
- Onderzoek de mogelijkheden naar productontwikkeling specifiek voor de doelgroep ouderen. Om een goed voedingspatroon te hebben is het belangrijk dat alle soorten van voeding ook voorhanden zijn die passen bij de smaak en de mogelijkheden van intake van de oudere consument. Daarbij speelt zeker ook de verpakking een rol.

Mantelzorg en thuiszorg

- Ontwikkel een checklist om ondervoeding te herkennen bij ouderen door mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers.
- Maak inzichtelijk “wat te doen” bij vermoeden van ondervoeding bij ouderen. Welke route moet een mantelzorger bewandelen en bij welke instanties kan hij terecht.

Case 2 Snelle signalering ondervoeding

Om de herkenning van ondervoeding in een vroegtijdig stadium te stimuleren zou er voor de mantelzorg en de professionele hulp bij de mensen thuis een eenvoudig te gebruiken hulpmiddel (checklist) moeten komen met een aantal controlepunten (koelkast, voorraadkast) en vragen (kopen, eten, gewicht). Afhankelijk van de score wordt duidelijk aangegeven wat stappen zijn die ondernomen moeten worden. Het Voedingscentrum zou hier een belangrijke rol in kunnen spelen in de informatieverstrekking.

Huisarts

- Ontwikkel een screeningmethode voor ondervoeding geschikt voor de huisartsenpraktijk.
- Ontwikkel een protocol voor standaard screenen en wegen in de huisartsenpraktijk.

Case 3 Werkwijze voor de eerstelijns

Maak een protocol voor de huisartspraktijk om oudere patiënten standaard te wegen en ontwikkel een screening-methode om ondervoeding in de huisartsenpraktijk te herkennen. De basis hiervoor kunnen bestaande methodes zijn als MUST/SNAQ of andere voor de huisartspraktijk relevante vragenlijst. Dit kan door de huisarts zelf of door de praktijk ondersteuner huisarts (POH). Afhankelijk van de score kan er een interventie plaats vinden. Meegeven info materiaal of doorverwijzen naar de diëtist.

Diëtist

- Onderzoek de mogelijkheden om een grotere rol voor de diëtist te creëren t.a.v. preventie en rond ondervoeding. Bijvoorbeeld op individueel niveau in combinatie met een consultatiebureau voor ouderen of in combinatie met huisartsenpraktijken.

7.3 Kennisvergroting/-uitwisseling en voorlichting

Zorg-brede communicatie: een belangrijke aanbeveling is het inventariseren wat de resultaten zijn van alle initiatieven die inmiddels afgerond zijn en kijken of daar een zorg-brede communicatie over kan plaatsvinden.

Ontwikkel voor de zorgverleners (huisarts, specialisten, verpleging) expliciete informatie over voeding in relatie tot de oudere patiënt. Deze informatie kan een doorvertaling zijn van wetenschappelijk onderzoek of een beschrijving zijn van de resultaten van succesvolle projecten rond voeding en ouderen.

Ontwikkel informatie met betrekking “voeding en ouderen”. Het Voedingscentrum in Den Haag zou hier een rol in kunnen spelen. Consultatiebureaus voor Ouderen, huisartsen, GGD's en oudereninstellingen kunnen een rol spelen in het verstrekken van de informatie.

De overheid heeft een belangrijke functie bij de informatievoorziening. Zorg dat diëtisten en informatiepunten zijn opgenomen in de overzichten die gemeenten verstrekken en zorg dat folders e.d. op de goede punten liggen in de publieke domeinen (bijv. bibliotheek, gemeenteloket, SWO)

Case 4 Netwerk

Zet een netwerk op van diëtisten, huisartsen en praktijkondersteuners om kennisoverdracht rond ouderen en voeding te stimuleren. De werkwijze van consultatiebureaus voor ouderen en mate waarin voeding aan bod komt in de informatieverstrekking en preventie kan hierbij meegenomen worden.

Ook bij de kennis- en onderwijsinstellingen zou de groep ouderen nadrukkelijker in het curriculum voor kunnen komen. Studenten vanuit verschillende disciplines zouden aan de hand van een case rond

het thema ouderen en voeding hun kennis kunnen uitdiepen. Gericht op de thuiswonende oudere kunnen vragen aanbod komen als:

- Hoe bepaalt de oudere wat hij eet?
- Wat is de rol van de industrie bij consumptie en voorlichting?
- Hoe is de hygiëne rond voeding bij aankoop, bewaren, bereiden (koelkast!)
- Wat is de kwaliteit van de voeding (samenstelling, microbiologie)
- Zijn er problemen rond voeding (beschikbaarheid, verpakking, etc)

Bijlage 1 Literatuurlijst

1. WageningenUR, et al., *Wat gaan we eten? Uitdagingen voor onderzoek in Nederland naar voeding en gezondheid na een inventarisatie van lopend en gewenst onderzoek*. 2007.
2. Berg Jeths, A.v.d., et al., *Ouderen nu en in de toekomst; Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. 2004.
3. Klerk, M.d. and S.e.C. Planbureau, *Ouderen in instellingen; Landelijke overzicht van de leefsituatie van oudere tehuusbewoners*. 2005.
4. Jonker, J., et al., *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. 2007.
5. Vries, J.H.M., *Transmuraal Voedingsonderzoek; de voedingsstatus van patiënten voor, tijdens en na ziekenhuisopname*. Het 1e Nationale Voedingscongres, 29 januari 2008, 2008.
6. Universiteit Maastricht, O.C., Department of Health Care and Nursing Sciences, *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2007*. 2007.
7. Stratton, R.J., *Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment*. 2003.
8. Pichard, C., et al., *Nutritional assessment: lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay*. *Am J Clin Nutr*, 2004. **79**(4): p. 613-618.
9. Elia, M., L. Zellipour, and R.J. Stratton, *To screen or not to screen for adult malnutrition?* *Clinical Nutrition*, 2005. **24**(6): p. 867-884.
10. RIVM, B., *Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.14.1*. 2008.
11. Staveren, W.v. and C.d. Groot, *Lage energie-inname bij ouderen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid RIVM, 2005.
12. Kruijenga, H.M., et al., *Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ®)*. *Clinical Nutrition*, 2005. **24**(1): p. 75-82.
13. Vilans, U., *Zien eten, doet eten. Resultaten Zorg voor Beter Verbetertraject Eten en Drinken groep 1,2 en 3; Zorg voor Beter*. Oktober 2007.
14. Nijs, K., *Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes*. 2006.
15. Baldwin, C. and T.J. Parsons, *Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition: systematic review*. *Clinical Nutrition*, 2004. **23**(6): p. 1267-1279.
16. Gallagher Allred, C.R., et al., *Malnutrition and Clinical Outcomes: The Case for Medical Nutrition Therapy*. *Journal of the American Dietetic Association*, 1996. **96**(4): p. 361-369.
17. Anesthesiologie, N.V.v., N.V.v. Heelkunde, and K.v.d.G. CBO, *Richtlijn Perioperatief Voedingsbeleid*. 2007.
18. Klein, S., et al., *Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. Summary of a conference sponsored by the National Institutes of Health, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, and American Society for Clinical Nutrition*. *Am J Clin Nutr*, 1997. **66**(3): p. 683-706.
19. Bozzetti, F., *Rationale and indications for preoperative feeding of malnourished surgical cancer patients*. *Nutrition*, 2002. **18**(11-12): p. 953-959.
20. Beck, A.M. and L. Ovesen, *At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk?* *Clinical Nutrition*, 1998. **17**(5): p. 195-198.
21. Z. Cook, S.K., S. Lawrenson and S. Sandford, *Use of BMI in the assessment of undernutrition in older subjects: reflecting on practice*. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005. **64**: p. 313-317.

Bijlage 2 Vragenlijst interviews

Kun je ons als introductie iets vertellen over je werk/onderzoek en je interesses?

I Wat zijn de belangrijkste aspecten die een rol van betekenis spelen rond voeding en ouderen?

- Welke definitie van ouderen hanteert u? Is er een indeling?
- Welke belangrijke subgroepen zijn er te onderscheiden?
- In de onderzoeken die u doet kunt u daaruit de verschillende groepen ouderen destilleren?
- Wat zijn de belangrijkste en voor ons relevante onderzoeken die er bij uw instituut op dit moment lopen?
- Wat beïnvloedt de gezondheidstoestand van ouderen? (focus: voeding)
- Een gedeelte van de ouderen is ondervoed. Wat zijn hiervoor de belangrijkste oorzaken?
- Welke rol speelt hun leefomstandigheid?
- In hoeverre speelt overvoeding een rol?
- Zijn er gegevens bekend over overvoeding en ouderen? Is het verstandig om dit probleem aan te pakken bij ouderen?
- Welke rol spelen volgens u de mensen in de directe omgeving van ouderen o.a. mantelzorg? Hoe kunnen andere disciplines, logopedie en bewegingstherapie, een rol spelen?
- Wat is uw ervaring met de kwaliteit/kwantiteit van maaltijden die aan huis worden bezorgd, dus o.a. de tafeltje-dekje-maaltijden?

Instellingen

- Hoe is het hier georganiseerd rond voeding?
- Hoe monitoren jullie dit?
- Hoe wordt er bijgehouden wat mensen eten?

Verminderde eetlust

- Welke methodes zijn er om de verminderde eetlust te meten?
- Aan welke kenmerken is ondervoeding tijdig te herkennen?
- Wie zijn hierbij betrokken?
- Wanneer wordt er aan de bel getrokken voor interventie?
- Is er een verschil tussen zelfstandig wonenden en de ouderen in een instelling?
- Wat zou je instellingen adviseren om ondervoeding tegen te gaan?
- Zijn er andere dingen te noemen rond ondervoeding, obesitas en onbelans?

II Op welke manier kan voeding een positieve invloed hebben op de peri-operatieve periode en bij ziekte?

- Kun je met een tijdelijke aanpassing van gewone voeding je voedingstoestand verbeteren?
- Er zijn aanwijzingen dat een ander voedingspatroon voor een operatie de herstelperiode verkort. Kunt u hier iets over zeggen? Geldt dit ook, of met name, voor ouderen?
- Is het wenselijk dat er iets gedaan wordt aan voeding richting een operatie? Is het wenselijk dat ouderen een “crash” dieet volgen?

- Hoe ziet zo'n tijdelijk ander voedingspakket er uit (eiwit, vitamines, etc)? En hoe moet het structureel?
- Zou u een inschatting kunnen maken wat de winst kan zijn op de herstelperiode bij een aangepast voedingspatroon?
- Kan het voedingspakket van ouderen aangevuld of vervangen worden door andere gewone voeding om een effect te geven in de peri-operatieve periode of is er meer baat bij supplementen? Of juist van het zo snel mogelijk weer oppakken van een goed voedingspatroon?
- Kunt u inschatten op welke manier verpleeg/bejaarden tehuizen van voeding omgaan in de periode van ziekte/als voorbereiding op operaties?
- Wat voor adviezen zou u verzorgingstehuizen e.d. geven t.a.v. voeding?

III Welke praktische kennisvragen zouden geformuleerd kunnen worden rond dit thema?

- Welke kennis is nodig om ouderen gezonder oud te laten worden?
- Wordt er iets door uw organisatie op dit vlak uitgevoerd?
- Wat zijn uw wensen op dit onderzoeksvlak? (focus: toegepast onderzoek – praktisch in de praktijk)
- Hoe kunnen we als onderwijsinstelling daar aan bijdragen?
- Welke partijen zouden er aan mee moeten doen?
- Wat zijn witte vlekken op dit gebied?

IV Algemeen

- Zou specifiek gerichte voeding op ouderen een bijdrage kunnen leveren aan de algehele gezondheidstoestand van ouderen?
- Aan wat voor soort voeding denk je dan?
- Met wie zouden we ook nog kunnen praten over dit onderwerp?

Is er nog iets wat je extra mee wilt geven en wat nog niet aan de orde is geweest?

Bijlage 3 Stellingen

- 1.) Normale, niet –klinische voeding heeft een positieve invloed op het herstel van een oudere patiënt rond ziekte en operatie.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

- 2.) Er moet een handzame methode komen voor mantelzorgers om ondervoeding tijdig te herkennen bij ouderen.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

- 3.) Vereenzaming is een belangrijke factor van ondervoeding.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

- 4.) Huisartspraktijken moeten ouderen altijd screenen op ondervoeding.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

- 5.) Het is zinvol om de heterogene groep ouderen onder te gaan verdelen in subgroepen.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

- 6.) Diëtisten moeten meer feedback geven aan de arts.
 - Helemaal mee eens
 - Beetje mee eens
 - Neutraal
 - Beetje mee oneens
 - Helemaal mee oneens

7.) Fabrikanten in de voedingsindustrie moeten verpakkingen ontwikkelen die makkelijk te open zijn door ouderen.

- Helemaal mee eens
- Beetje mee eens
- Neutraal
- Beetje mee oneens
- Helemaal mee oneens

8.) Wetenschappelijke informatie rond voeding en ouderen moet op efficiëntere wijze worden doorvertaald naar de praktijk (werkvloer).

- Helemaal mee eens
- Beetje mee eens
- Neutraal
- Beetje mee oneens
- Helemaal mee oneens

9.) Er moet een grotere rol komen voor de diëtist in de eerste lijn rond voeding en ouderen, zowel preventief als in de periode rond ziekte en operatie.

- Helemaal mee eens
- Beetje mee eens
- Neutraal
- Beetje mee oneens
- Helemaal mee oneens

10.) Welke van bovenstaande stellingen zou volgens u het meeste effect sorteren?
_____ (1 t/m 9)

11.) Indien u opmerkingen of suggesties voor ons onderwerp heeft kunt u deze hier aangeven:

Bijlage 4 Vragenlijst Huisartsen

A) Uit de interviews is naar voren gekomen dat het wenselijk is om ondervoeding eerder te diagnosticeren.

1. Op welke wijze wordt er in uw praktijk aandacht besteed aan ouderen en voeding?

Antw.

2. Herkent u een relatie tussen de voedingstoestand van ouderen en hun herstel in uw praktijk?

Antw.

3. Worden patiënten boven een bepaalde leeftijd gewogen? Zo ja in welke gevallen?

Antw.

4. Wat gebeurt er als een patiënt veel is afgevallen?

Antw.

5. Welk verschil is er waar te nemen tussen ouderen die zelfstandig wonen en ouderen die in een zorginstelling wonen?

Antw.

6. Bent u bekend met screening methodes voor ondervoeding zoals SNAQ of MUST?

Antw.

7. Worden deze methodes toegepast in uw praktijk?

Antw.

8. Zo ja, wat zijn uw ervaringen met deze methodes?

Antw.

B) Er is aangegeven tijdens de gesprekken dat de koppeling tussen arts en diëtist in het algemeen geïntensiveerd kan worden.

9. Wat zijn voor u redenen om een patiënt door te sturen naar de diëtist?

Antw.

10. Hoe vaak worden ouderen doorverwezen naar de diëtist?

Antw.

11. Hoe omschrijft u het contact met de eerste lijn diëtist?

Antw.

12. Op welke manier krijgt u een terugkoppeling van de diëtist over de doorgestuurde patiënt?

Antw.

13. Is er contact met de diëtisten van patiënten in een zorginstelling?

Antw.

14. Hoe omschrijft u dit contact?

Antw.

C) Verschillende geïnterviewden geven aan dat er in het algemeen onvoldoende kennis is over voeding en ouderen. Daarnaast is er onvoldoende bekendheid van welke effecten de voedingstoestand van ouderen kan hebben op complicaties en herstel bij operaties en ziekte.

15. Welke bronnen gebruikt u voor informatie rond het thema voeding en ouderen?

Antw.

16. Op welke wijze zou informatie over ouderen en voeding in de toekomst het beste aangeboden kunnen worden?

Antw.

D) Algemeen

17. Wat zou nog meer gedaan kunnen worden om in de huisartspraktijk in het algemeen en in uw praktijk in het bijzonder de diagnose ondervoeding eerder te kunnen stellen?

Antw.

18. Wat is daarvoor nodig?

Antw.

19. Heeft u algemene opmerkingen over ons onderwerp “Voeding en Ouderen”?

Antw.

20. Heeft u wensen/suggesties ten aanzien van onderzoek of werkwijze rond ouderen en voeding?

Antw.

Bijlage 5 Lijst van geïnterviewden

Diepte interview

- o Voedingscentrum: Louis van Nieuwland en Andrea Werkman
- o Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN): Elke Nauman
- o Wageningen UR, leerstoelgroep Humane Voeding: Lisette de Groot
- o Wageningen UR, leerstoelgroep Humane Voeding: Jeanne de Vries
- o Ziekenhuis Rivierland: Kristel Nijs
- o Ziekenhuis Gelderse Vallei: Joke Huitinck en Nancy Jansen
- o UMC Radboudziekenhuis: Heleen Dicke
- o Diëtist IKZ De Brug: Babette Dubbeld
- o 1^e lijn diëtist: Esther Oskamp

Huisartsen

- o Dhr. Van Binsbergen – Huisarts te Nijmegen
- o Mw. Bakker – Huisarts te Leiden
- o Mw. Reedijk te Bunnik
- o Dhr. D. Noordhoek – Huisarts te Stiens
- o Mw. A. Wesseling – Huisarts te Groningen (Gezondheidscentrum Lewenberg)

Respondenten Stellingenvragenlijst:

- o GGD - Meta Moerman
- o Stuurgroep ondervoeding – Hinke Kruizinga
- o Universiteit van Tilburg – Jos Schols
- o ANBO (ouderenbond) – Marieke van Tellingen
- o VU – Marjolein Visser
- o ANBO (ouderenbond) – Margo Brands
- o Kruiswerk West Veluwe – Van der Brink
- o Diëtist IKZ De Brug - Babette Dubbeld
- o 1^e lijn diëtist - Esther Oskam