

## Aandacht voor de ambiance van maaltijden in verpleeghuizen een medische noodzaak?!

W.A. van Staveren · C.P.G.M. de Groot

Een goede vocht- en voedselvoorziening in zorginstellingen lijkt een vanzelfsprekende zaak in een welvarend land als Nederland. Niettemin constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 1997 dat lang niet altijd eten en drinken in deze instellingen op de behoefte van de cliënt gerichte zorg is.<sup>1</sup> Sinds 1997 is er veel verbeterd. De betrokken beroepsverenigingen hebben onder auspiciën van ARCARES de handschoen opgepakt en een richtlijn opgesteld die handvatten biedt voor een verantwoord vocht- en voedingsbeleid binnen de instellingen.<sup>2</sup> Helaas blijkt volgens een recent rapport van de Inspectie deze zorg toch nog onvoldoende bij ongeveer een derde van de onderzochte instellingen. Een kritisch dagblad concludeerde: “Zelfs zoiets eenvoudigs als het verzorgen van een gezonde maaltijd kan de Nederlandse zorginstelling niet aan”.

De vraag rijst of zorg voor vocht en voedsel op maat echt zo eenvoudig is. Zou het niet onderkennen van de complexiteit van het honger- en verzadigingsmechanisme en de veranderingen daarin bij het ouder worden, een goede zorg althans ten dele in de weg staan?

Uit voedselconsumptieonderzoeken onder 65-plussers (de Groot et al, 2002) blijkt dat ongeveer de helft van bewoners in een zorginstelling een lagere inneming van één of meer micronutriënten heeft dan de gemiddelde behoefte.<sup>3</sup> Op de lange duur heeft dat een slechte voedingstoestand tot gevolg en dat verhoogt de kans op ziekte en sterfte. De lage nutriëntenstatus blijkt niet zozeer een gevolg van een slechte voedselkeuze, maar wordt vooral veroorzaakt door te weinig eten. Er wordt doorgaans wel voldoende voedsel aangeboden, maar oudere bewoners in instellingen eten hun bord zelden leeg. Eén van de belangrijke oorzaken hiervan is

ouderdom's anorexia, een afname van eetlust en voedselconsumptie die sterker is dan de afname die men zou verwachten op basis van een lagere ruststofwisseling en verminderde lichaamsbeweging. Morley et al. attendeerden in 1988 op de veranderingen in het honger- en verzadigingsmechanisme bij het ouder worden.<sup>4</sup> Verminderde geur en smaak, een vertraagde maaglediging, een verhoogde cholecystokinineconcentratie in het bloed, naast veranderingen in de concentratie van leptine, ghreline en testosteron bijvoorbeeld, kunnen een verstoring in de balans van honger en verzadiging versnellen. Deze veranderingen worden versterkt door wijzigingen in de signalering via neurotransmitters van het centrale zenuwstelsel. Voorts kunnen ziekte, medicijnen en psychologische factoren een effect hebben op dit intrinsieke mechanisme. Ouderen lijken aldus steeds minder ontvankelijk te worden voor interne signalen. Een dikwijls aangehaalde studie van Roberts et al. (1994) ondersteunt deze hypothese.<sup>5</sup> Deze onderzoekers gaven ouderen en jongeren een tijdlang te weinig energie via de voeding waardoor beide groepen afvielen. De oudere deelnemers aan het onderzoek – in tegenstelling tot de jongeren - compenseerden hiervoor niet als zij vervolgens gestimuleerd werden net zoveel te eten als zij wilden. De ouderen kwamen daardoor niet terug op hun oorspronkelijke gewicht.

Voedselkeuze en consumptie wordt echter behalve door intrinsieke signalen ook bepaald door extrinsieke signalen zoals de sociale en fysieke omgeving, het voedselaanbod en het beschikbare budget. Bij pasgeborenen zijn vooral de interne signalen belangrijk. In de loop der jaren wordt de mens meer ontvankelijk voor externe signalen, zoals het uur van de dag, gezelschap en omgeving. Aldus kan de verminderde ontvankelijkheid voor interne signalen ten dele gecompenseerd worden door de

W.A. van Staveren (✉)  
emeritus hoogleraar Voeding van de Oudere Mens

sociale en fysieke omgeving. In de jaren 80 bleek bijvoorbeeld dat de energie die mensen tijdens een maaltijd innamen positief samenhangt met het aantal mensen dat tijdens die maaltijd aanwezig was.<sup>6</sup> Deze wetmatigheid ten aanzien van de sociale omgeving deed zich voor in uiteenlopende situaties (verschillende maaltijden, verschillende dagen) en uiteenlopende leeftijdsgroepen. In de jaren 90 werd aangetoond dat wanneer mensen aan tafel zaten het de langere maaltijdduur was die de hogere energie-innemering veroorzaakte.<sup>7</sup> Deze langere maaltijdduur werd mede veroorzaakt door een betere sfeer. In een studie met verschillende lunchsettings, zoals een fast-food-restaurant, een kantine en een gewoon restaurant, is ditzelfde verschijnsel aangetoond.

In dit verband is één van de noemenswaardige bevindingen van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat de wijze van opdienen en het gebruik van de maaltijden in de Nederlandse verpleeghuizen geen sociaal gebeuren is. In veel huizen wordt nog steeds de maaltijd geproportioneerd opgediend. Dit houdt in dat de volledige maaltijd op één dienblad aangeboden wordt en dat de warme maaltijd uitgeserveerd wordt op een drievakbord. Deze wijze van opdienen, gecombineerd met een dikwijls niet direct gezellige omgeving, stimuleert de eetlust niet. In het Bredase verpleeghuis Aeneas hebben Matthey et al. (2001) daarom een gecontroleerd onderzoek gedaan naar de effecten van een verbeterde ambiance (“het huiskamermodel”) tijdens de maaltijden op de voedselconsumptie van de bewoners, hun kwaliteit van leven en hun lichaamsgewicht.<sup>8</sup> In de interventieafdeling werden diverse maatregelen doorgevoerd, zoals het opdienen van het eten per maaltijdgang en op gedekte tafels, de mensen met rust laten tijdens het eten (niet storen voor het verstrekken van medicijnen) en voldoende personeel om de mensen te helpen bij het eten. Deze maatregelen leidden over de termijn van een jaar op de interventieafdeling van 12 personen tot een gemiddelde toename van het lichaamsgewicht en een constante kwaliteit van leven tegenover een significante afname bij de controlegroep.

Op basis van al deze gegevens is een ambianceproject in breder verband in Nederland geïmplementeerd met subsidie van ZonMw. Nijs et al. (2006) hebben eerst geïnventariseerd welke maaltijdprojecten in Nederland al succesvol geïmplementeerd zijn en welke bevorderende en belemmerende factoren daarbij zijn ervaren.<sup>9</sup> De resultaten gaven drie positief gewaardeerde projecten aan: een restaurant openen; koken op de afdeling en een huiskamerproject. Deze projecten werden zowel door de bewoners, het management als het personeel als succesvol ervaren. Goede medewerking en motivatie van het personeel, voldoende ruimte in de eetkamer en managementondersteuning werden aangeduid als

bevorderende factoren. Belemmerende factoren waren afwezigheid van motivatie en medewerking van het personeel, onvoldoende financiële ondersteuning en personeelsgebrek. Vervolgens is het “huiskamerambiancemodel” succesvol ingevoerd op vijf afdelingen van verschillende verpleeghuizen. Dit model was vergelijkbaar met het model toegepast in het verpleeghuis Aeneas. In de publicatie in het BMJ van 2006 valt te lezen dat met dit project de onderzoekers na zes maanden konden aantonen dat de veranderingen in maaltijdambiance een daling tegen gingen van de levenskwaliteit, van de fijne motoriek en van het lichaamsgewicht van de deelnemers. Verder was er sprake van een lichte toename in de consumptie van bijna alle voedingsmiddelen of gerechten. Het verzorgende personeel gaf aan dat het tevreden was met de invoering van het project en dat de werkdruk in het algemeen niet was gestegen. Er blijkt dus geen noodzaak voor het aanstellen van extra personeel. Het succes van dit project komt zeker ook tot uitdrukking in het feit dat alle deelnemende verpleeghuizen het project gaan invoeren op andere afdelingen dan de interventieafdeling.

Moeten wij nu op grond van het succes van bovengenoemde projecten concluderen dat zorginstellingen “zoiets eenvoudigs” als vocht- en voedselvoorziening verwaarloosd hebben? Als we de implementatie van de projecten nader bestuderen, moeten we constateren dat er geïnvesteerd is in extra kennis van buiten de instelling en in interne begeleiding van personeel gedurende de uitvoering van het project. Wellicht moeten we daarom eerder spreken van het niet onderkennen van de complexiteit van de totale voedingszorg en van miskennis van de medische, maar ook sociale noodzaak van bijzondere aandacht daarvoor. In de *multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden* wordt niet voor niets geadviseerd om een voedingsbeleidsteam in te stellen voor zowel ontwikkeling als borging van het instellingsbeleid op dit gebied. Terecht eindigt de richtlijn met de stelling: “De complexiteit van een adequate vocht- en voedselvoorziening vraagt om deskundige scholing van personeel en vrijwilligers, bijvoorkeur in de instelling zelf. De veranderingen in aanbod van producten, de voortschrijdende wetenschap en veranderingen in de doelgroep vragen om continuïteit met betrekking tot een dergelijke scholing en training”.

De huidige trend in de zorg voor verpleeghuisgeïndiceerden is naar kleinschaliger wooneenheden en zelf koken. Ook voor dit model blijft onverminderd van belang dat begeleiders en verzorgers deskundige scholing moeten hebben en krijgen om een goede vocht- en voedselvoorziening van de oudere bewoners te waarborgen.

**Literatuur**

- Staatstoezicht Volksgezondheid. Vocht-en voedselvoorziening in de Nederlandse Verpleeghuizen: beleid en praktijk. 1999 1-65.
- Arcares, Multi-disciplinaire richtlijn verantwoorde vocht-en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden. Arcares, 2001.
- Groot CPGM de, Staveren WA van. Energy balance and malnutrition in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging* 2002;6: 311-313.
- Morley JE, Silver AJ. Anorexia in the elderly. *Neurobiol Aging* 1988;9: 9-16.
- Roberts SB, Fuss P, Heyman MB, Evans WJ, Tsay R, Rasmussen H. Control of food intake in older men. *JAMA* 1994; 272: 1601-1606.
- De Castro JM Age related changes in spontaneous food intake and hunger in humans. *Appetite* 1993; 21:255-272
- Feunekes GIJ, Graaf C de, Staveren WA van. Social facilitation of food intake is mediated by meal duration. *Physiol Behav* 1995;58: 551-558.
- Matthey MFAM, Vanneste VGG, De Graaf C, Groot CPGM de, Staveren WA van. Health effect of improved meal ambience in a dutch nursing home. *Prev. Med* 2001; 32:416423.
- Nijs KA, Graaf C de, Kok FJ, Staveren WA van. Effect of family style mealtimes on quality of life, Physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*; 2006