

Goede ambiance, beter in je vel?

Het effect van maaltijdambiance op voedingsinname, lichaamsgewicht en kwaliteit van leven bij ouderen met dementie

Lieke S. Kouwenhoven¹, ir. Floor R. Scheffers², dr. Frans R. Hoogeveen³

CORRESPONDENTIE

l.kouwenhoven@hotmail.com

SAMENVATTING

Introductie

Ondervoeding is een bekend probleem in psychogeriatrische verpleeghuizen. Een veelheid aan factoren kan invloed hebben op de voedingstoestand van mensen met dementie. Een goede maaltijdambiance blijkt bij ouderen zonder dementie een positieve invloed te hebben op de voedingstoestand en kwaliteit van leven. Of dit ook geldt voor ouderen met dementie, is niet bekend. In deze studie werd het effect van een verbeterde maaltijdambiance op de voedingsinname, het lichaamsgewicht en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie onderzocht.

Methoden

De interventie bestond uit het verbeteren van de maaltijdambiance op een psychogeriatrische verpleegafdeling. Voorafgaand aan de interventie werd het risico op ondervoeding onderzocht met behulp van de SNAQ^{RC} onder de participanten (n=24). Twee weken voor en vier weken na de start van de interventie bepaalden de onderzoekers de voedingsinname (in grammen) tijdens de warme maaltijd en het lichaamsgewicht van de participanten. De kwaliteit van leven werd voor en na de interventie met een steekproef van vijf participanten gemeten met de DS-DAT.

Resultaten

Van de participanten (22 vrouwen, 2 mannen) had 33% een verhoogd risico, 29% een middelhoog risico en 38% een laag risico op ondervoeding. De voedingsinname tijdens de nameting was 12,5% hoger dan tijdens de nulmeting (p=0,02). Het lichaamsgewicht was niet veranderd na de interventie (p=0,75). Als indicator voor mogelijke effecten op kwaliteit van leven werden lichte verschillen waargenomen in het gedrag van de bewoners, voornamelijk in de gelaatstrekken.

Conclusie

Het verbeteren van de maaltijdambiance op de psychogeriatrische verpleegafdeling leek een gunstige uitwerking te hebben op de voedingsinname van ouderen met dementie. Vanwege het mogelijke effect op de voedingstoestand en de kwaliteit van leven op langere termijn wordt verder onderzoek naar de interventie bij ouderen met dementie aanbevolen.

Trefwoorden

Maaltijden, ambiance, psychogeriatric, dementie, ouderen, kwaliteit van leven, voedingstoestand

- 1 Voormalig student Voeding en Diëtetiek, De Haagse Hogeschool
- 2 Docent Voeding & Diëtetiek, De Haagse Hogeschool
- 3 Lector Psychogeriatric, De Haagse Hogeschool

Belangenverklaring

Er is geen sprake van een belangenconflict.

Inleiding

Dementie is het ziektebeeld met de hoogste prevalentie van ondervoeding: meer dan een vijfde van de psychogeriatrische verpleeghuisbewoners is ondervoed.¹⁻³

De Stuurgroep Ondervoeding definieert ondervoeding als volgt:

Ouderen (>65 jaar) zijn ondervoed wanneer er sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste maand en/of een Body Mass Index (BMI (gewicht/lengte²)) van kleiner dan 20.⁴

Ondervoeding wordt ook wel aangeduid met de term slechte voedingstoestand.

Verscheidene factoren zijn van invloed op de voedingsstoestand van ouderen. Ziekte, gebruik van medicatie, afname van reuk en smaak, vermindering van eetlust, kauw- en slikproblemen, psychosociale problemen zoals eenzaamheid, depressie of angst, tijdstip van eten, functieverlies en een combinatie van factoren kunnen, met name bij ouderen, een slechte voedingstoestand in de hand werken.⁵ Ouderen met een vorm van dementie hebben bovendien te maken met additionele factoren die invloed kunnen hebben op de voedingsstoestand. Agitatie kan de persoon doen weglopen van de maaltijd, waardoor er onvoldoende wordt gegeten. Verlies van initiatief kan de persoon ervan weerhouden om voeding zelf te nuttigen of om eten en drinken te vragen. Het is niet uitzonderlijk dat voeding door waandenkenbeelden, boosheid of agressie wordt geweigerd. Depressie kan resulteren in een verminderde eetlust. Ook dyspraxie en apraxie kunnen tot een lagere voedingsinname leiden, doordat de persoon kauw- of slikstoornissen ontwikkelt of het vermogen verliest om zelfstandig te eten.⁶

In onderzoeken naar de energie-inname en het energieverbruik bij ouderen met dementie bieden deze determinanten voor ondervoeding geen sluitende verklaring voor de substantiële gewichtsverliezen die vaak bij deze patiënten worden gezien.⁷ Dit onderschrijft het belang van onderzoek naar de voedingstoestand van deze kwetsbare patiëntengroep. De literatuur is eenstemmig over de onwenselijkheid van een slechte voedingstoestand: dit kan leiden tot afname van zelfstandigheid, slechtere kwaliteit van leven, slechtere wondgenezing, verhoogde kans op decubitus, lusteloosheid en depressie, dehydratie,

obstipatie, slikproblemen en verhoogde morbiditeit en mortaliteit.^{6,8-9}

Eerder onderzoek

Een gebruikelijke wijze om te interveniëren in het verloop van de voedingstoestand is het aanbieden van aanvullende voeding, drinkvoeding of sondevoeding.¹⁰

Ook door het bieden van hulp bij de maaltijd en het aanpassen van de omgeving of de ambiance kun je een hogere voedingsinname bereiken.¹¹ In twee Nederlandse studies is het effect van een verhoogde ambiance op de voedingstoestand en kwaliteit van leven onderzocht bij bewoners van somatische verpleegafdelingen.¹²⁻¹⁴

De studie van Nijs besloeg een interventieperiode van zes maanden, de studie van Mathey van een jaar.

Beide studies toonden een positief effect op de voedingstoestand. De studie van Nijs liet significante verschillen zien tussen de interventiegroep en de controlegroep in lichaamsgewicht (respectievelijk +0,5 kg en -1,1 kg), energie-inname (+115 kcal en -100 kcal) en Mini Nutritional Assessment-score¹³ (+2,5 punt en -1,5 punt), ten opzichte van de nulmeting. Een hogere score indiceert een betere voedingstoestand. De kwaliteit van leven bleef gelijk bij de interventiegroep, maar daalde bij de controlegroep (-10%).¹² Ook de studie van Mathey beschrijft een stijging in het lichaamsgewicht van de interventiegroep (+3,3 kg), terwijl het gewicht van de controlegroep daalde (-0,4 kg).¹⁴ De kwaliteit van leven daalde ook hier bij de controlegroep, en bleef stabiel bij de interventiegroep.

Deze studies includeerden slechts de bewoners van de somatische verpleegafdelingen; ouderen met dementie werden geëxcludeerd. In de huidige studie staan juist verpleeghuisbewoners met dementie centraal. Deze doelgroep is in de literatuur slechts behandeld op enkele aspecten van een goede maaltijdambiance: maaltijdmomenten in family style, muziek bij de maaltijd, en maaltijdpodding op de afdeling. Uit deze onderzoeken is gebleken dat een aspect van verhoogde maaltijdambiance invloed kan hebben op het gedrag van psychogeriatrische patiënten, wat kan resulteren in hogere voedingsinname.¹⁵⁻¹⁸ Ook kunnen aspecten van een verhoogde maaltijdambiance een positieve invloed hebben op de kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners met dementie. Zo zou muziek tijdens de maaltijden een positief effect kunnen hebben op agitatie, depressie, angst en participatie.^{15-16,19} In de huidige studie werd het effect onderzocht van een op meerdere, gecombineerde aspecten verbeterde maaltijdambiance.

Tabel 1. Interventies die zijn opgenomen in het protocol maaltijdambiance.

	Interventies opgenomen in het protocol	Oude situatie
Tafelaankleding	Tafelkleed/placemats Bloemen/planten Volledig bestek Glaswerk Servies Servet Aanbod duidelijk tonen Geen overbodige zaken	Ad hoc Veel overbodige items op tafel Noodzakelijke items en sfeervolle items kunnen ontbreken
In de ruimte	Muziek Geen etenskarren/medicijnkar Gezellige, rustige uitstraling/sfeer Geen rollators Na de maaltijd wordt alles opgeruimd Iedereen aan tafel krijgt eten en start tegelijkertijd	Geen muziek Etenskarren/medicijnkar Hectische uitstraling Rollators staan in de weg Na de maaltijd wordt alles opgeruimd Ieder eet individueel, maaltijden niet per tafel verstrekt
Gedragsregels medewerkers	Prettige sfeer bewaken Alleen maaltijdgerelateerde taken Uitserveren per tafel Doordachte tafelschikking Aan tafel bereiden van ontbijt/lunch Rustig praten en handelen Extra eten/drinken aanbieden Niet met rug naar bewoner Interesse tonen in bewoner Niet negatief praten over eten Goed organiseren	Tafelschikking niet altijd passend bij voorkeur van bewoner Medewerkers spreken veel met elkaar De maaltijdmomenten niet doordacht georganiseerd
Overig	Genoeg medewerkers om de bewoners te helpen Bewoner doet zo veel mogelijk zelf Delen van medicatie op discrete wijze Mogelijkheid tot gebed bieden Geen in- en uitloop van personen	Vaak te weinig medewerkers om de maaltijd vlot te laten verlopen Medicatie delen gaat veelal opzichtig Geen gebed Geen regels voor in- en uitloop van personen

Huidige studie

In de huidige studie onderzochten we de invloed van maaltijdambiance op de voedingsinname, lichaamsgewicht en kwaliteit van leven van de bewoners van psychogeriatrische verpleeghuisbewoners.²⁰ Deze studie vond plaats aan de Haagse Hogeschool.²⁰ De onderzoeksvraag die centraal stond luidt:

Heeft een verbetering van de maaltijdambiance een positief effect op de voedingsinname, het lichaamsgewicht en de kwaliteit van leven van psychogeriatrische verpleeghuisbewoners?

Methoden

Deelnemers

Het onderzoek vond plaats op de psychogeriatrische afdeling van verpleeghuis Steenvoorde van Florence in

Rijswijk. Deze afdeling biedt plaats aan maximaal 32 bewoners. Het verpleeghuis trad op als belangenbehartiger van de bewoners, en verleende toestemming voor het onderzoek onder de voorwaarden dat de privacy van de bewoners gewaarborgd bleef en het onderzoek de bewoners op geen enkele wijze zou schaden. Bewoners werden geïncludeerd indien zij deelnamen aan de warme maaltijd in de daartoe bestemde ruimte en daarbij gebruikmaakten van de kant-en-klare maaltijden.

Onderzoeksopzet

Tijdens de interventieperiode werd gewerkt met een verhoogde maaltijdambiance. De werkwijze werd vastgelegd in een protocol, gebaseerd op ambienceverhogende interventies waarover in de literatuur consensus bestond.^{11-13,20} Bovendien moesten de interventies praktisch toepasbaar zijn en goed aansluiten op de wensen

Tabel 2. Kenmerken van de deelnemers bij t=0.

	T=0 (n=24)
Aantal vrouwen	22
Leeftijd (M ± SD)	85 ± 7
SNAQ^{RC}-score	
Groen	38%
Oranje	29%
Rood	33%

van het afdelingspersoneel.²² In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de oude en de nieuwe situatie.

Het effect van de verbeterde maaltijdambiance werd vastgesteld aan de hand van een nulmeting en een nameting. Twee weken voor de start van de interventie vond de nulmeting plaats. Vier weken na de start van de interventie werd bij dezelfde participanten de nameting uitgevoerd. De uitkomstmaten die in kaart werden gebracht waren voedingsinname, lichaamsgewicht en kwaliteit van leven. De interventie betrof alle maaltijden. De metingen vonden plaats in de avond tijdens de warme maaltijd, omdat de warme maaltijd de grootste bijdrage levert in voedingsstoffen op de dag en daarom van groot belang is voor de voedingstoestand.²³ Bovendien werden voor de warme maaltijd kant-en-klare maaltijden geleverd, wat de metingen praktisch goed uitvoerbaar maakte.

Metingen

Tijdens de voor- en nameting werd vooraf en na de warme maaltijd het gewicht van het voedsel van alle deelnemers geregistreerd. De gegeten hoeveelheid werd bepaald door het verschil in het gewicht van het voedsel voor en na de maaltijd te meten. Om de betrouwbaarheid te verhogen, werd de voedingsinname gedurende vijf achtereenvolgende dagen gemeten. De gemiddelde voedingsinname van de participanten werd berekend voor de voor- en nameting.

De onderzoekers brachten de voedingstoestand tijdens de nulmeting in kaart. Ze screenen alle participanten op ondervoeding met behulp van de Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care (SNAQ^{RC}). Dit gevalideerde screeningsinstrument bepaalt op basis van de BMI, de mate van zelfstandigheid bij het eten en onbedoeld gewichtsverlies, of er sprake is van (risico op) ondervoeding. Bij een groene score is er geen risico op ondervoeding, bij

oranje een laag tot gemiddeld risico en bij rood een hoog risico. De participanten werden in de middag volledig gekleed gewogen, waarbij het gewicht van een eventuele rolstoel of rollator in mindering werd gebracht op het totale gewicht aangegeven door de weegschaal. Overige informatie met betrekking tot de SNAQ^{RC} werd onttrokken uit rapportages van het verzorgend en (para)medisch personeel. De verandering in voedingstoestand tussen de nulmeting en de nameting werd bepaald aan de hand van de verandering in lichaamsgewicht.⁴

Om de kwaliteit van leven te kunnen meten, werd de Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) gebruikt. Deze lijst is gevalideerd voor patiënten met ernstige dementie in een verpleeghuis, in het Nederlands. De DS-DAT omvat negen gedragsindicatoren die ordinaal gescoord worden door de observeerder, in een observatie van vijf minuten.²⁴ Tijdens zowel de nulmeting als de nameting werden vijf bewoners geobserveerd gedurende de warme maaltijd. Deze personen werden aselekt gekozen: iedere vijfde persoon op de deelnemerslijst werd voor deze meting geselecteerd. Alle observaties werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker. Bij zowel de nulmeting als de nameting werden deze bewoners drie maal geobserveerd. Bij het invullen van de observatielijst werd niet gekeken naar de eerder ingevulde lijsten.

Data-analyse

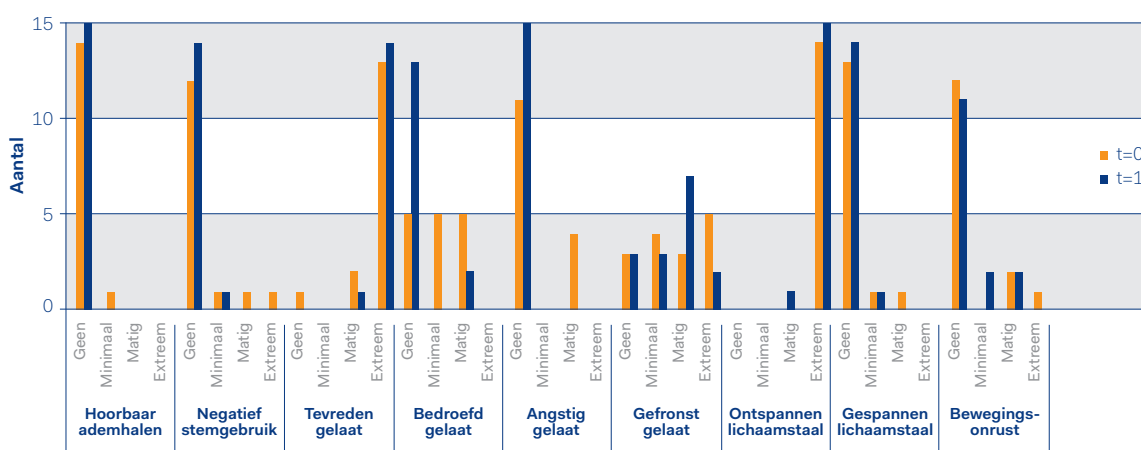
Analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 21. Met een gepaarde t-test werd bepaald of er een verschil was in de voedingsinname en het lichaamsgewicht tussen de nulmeting en de nameting. Resultaten werden beschouwd als significant bij $p < 0,05$. Observaties met betrekking tot kwaliteit van leven tijdens de nulmeting en de nameting werden inzichtelijk gemaakt door middel van beschrijvende statistiek.

Tabel 3. Lichaamsgewicht en hoeveelheid eten gemeten t=0 en t=1 (tijdens de interventie na 4 weken).

	Nulmeting (n=24) M ± SD	Interventiemeting (n=24) M ± SD	Verskil M ± SD	p
Lichaamsgewicht (kg)	62,0 ± 11,7	61,8 ± 10,9	-0,2 ± 2,4	0,75
Hoeveelheid eten (g)	271 ± 88	305 ± 99	+34 ± 68	0,02*

* Significant verschil tussen nulmeting en interventiemeting ($p < 0,05$)

Figuur 1. Gedrag van de bewoners tijdens de maaltijd (t=0) en de interventiemeting (t=1).



Resultaten

Deelnemers

Van de 30 bewoners op de afdeling bij aanvang van het onderzoek werden 24 personen geïncludeerd. Twee bewoners werden verplaatst naar een andere afdeling of locatie, twee personen overleden en twee bewoners maakten geen gebruik van de kant-en-klare maaltijden tijdens de warme maaltijd. De SNAQ^{RC}-scores in tabel 2 (n=24) geven aan dat 33% van de deelnemers een verhoogd risico had op ondervoeding (score: rood), 29% een middelhoog risico (score: oranje) en 38% een laag risico (score: groen).

Voedingstoestand en voedingsinname

Tabel 3 laat zien dat de gemiddelde voedingsinname tijdens de nameting significant hoger was dan tijdens de nulmeting: een toename van 12,5%. Het gemiddelde lichaamsgewicht tijdens de nameting verschilde niet van de nulmeting.

Kwaliteit van leven

De resultaten van het observeren van het gedrag in een steekproef van vijf bewoners met de DS-DAT zijn weer-

gegeven in figuur 1. De grootste verschillen waren die bij de gelaatstrekken: een bedroefd gelaat, gefronst gelaat en angstig gelaat kwamen tijdens de nameting minder voor dan tijdens de voormeting.

Discussie

Deze studie suggereert dat een verbetering van de maaltijdambiance op een verpleegafdeling kan bijdragen aan de voedingsinname van mensen met dementie. Ook waren er aanwijzingen voor een verbeterde beleving van de maaltijden door de bewoners. Het lichaamsgewicht nam niet toe.

Eerdere interventies die op psychogeriatrische afdelingen enkele aspecten van maaltijdambiance verbeterden, lieten alle een verbetering zien in voedingstoestand, voedingsinname of kwaliteit van leven.^{15-18,25} In de huidige studie werden meerdere aspecten van maaltijdambiance gecombineerd, maar er was slechts een verbetering zichtbaar in de voedingsinname van de participanten; een toename in lichaamsgewicht bleef uit. Wanneer de in de huidige studie gevonden toename van de voedingsinname van 34 gram tijdens de

warme maaltijd evenredig is met de toename in kcal per dag, zou er na vier weken bij de nameting een gemiddelde gewichtstoename van 0,8 kg verwacht mogen worden.^{18,26}

Verklaring

Het uitblijven van een gemiddelde gewichtstoename kan op basis van de literatuur op verschillende manieren worden verklaard. Zo is de realiseerbare toename in energie-inname sterk afhankelijk van het soort nutriënten waarvan meer is gegeten. Indien er meer vetten worden genuttigd, zal er een grotere toename in energie-inname mogelijk zijn dan wanneer er meer laag-energetische voeding wordt genuttigd, zoals groenten. Het onderzoek van Desai oppert dat een verhoogde inname wordt gedomineerd door een hogere inname van koolhydraten en eiwitten, en niet van vetten.²⁵

Een andere studie naar het portioneren van maaltijden op de afdeling in plaats van decentraal portioneren, liet bij verpleeghuisbewoners met dementie ook een toename zien in de voedingsinname, maar geen overeenkomstige toename in het gemiddelde lichaamsgewicht.¹⁸ In dit onderzoek gebruikten ze kilocalorieën (kcal) in plaats van grammen om de voedingsinname te meten. De energie-inname nam toe met gemiddeld 369 kcal per dag, gedurende tien weken.

Uitgebreide interventies in de maaltijdambiance voor somatische verpleegafdelingen laten na een langere periode van een half jaar of een jaar een grote toename in het lichaamsgewicht van de interventiegroep zien. Deze toename gaat gepaard met een verbetering van de voedingstoestand.¹²⁻¹⁴ Het lijkt aannemelijk dat een gewichtstoename pas na een langere interventieperiode kan worden verwacht. Allison stelt dat de handhaving van de voedselinname over een langere periode kan zorgen voor een stabiel lichaamsgewicht bij ouderen in verzorgingshuizen.²⁷

Een andere verklaring van de uitgebleven toename in lichaamsgewicht bij de onderzoekspopulaties van ouderen met dementie kan wellicht in de toekomst komen, wanneer er meer kennis is over de problematiek omtrent de voedingstoestand bij het dementieel syndroom.^{7,9}

Beperkingen

De studie heeft verschillende beperkingen. Het ontbreken van een controlegroep maakt het lastig om de resultaten te interpreteren. Dit wordt versterkt door de korte studieduur en de kleine onderzoeksgroep. Wellicht zijn niet-onderzochte variabelen van invloed ge-

weest op de resultaten. Het a priori vaststellen van een werkprotocol verkleint echter de mogelijkheid dat versturende variabelen het verloop van de interventie beïnvloeden. Een redelijke tot zeer goede opvolging van dit protocol maakte de interventie eenduidig.²⁰

De gedragingen van de bewoners tijdens de nameting suggereerden een lichte toename van de kwaliteit van leven. Voor het meten hiervan is de DS-DAT gebruikt. Deze lijst is gevalideerd voor patiënten met ernstige dementie, maar niet alle geobserveerde bewoners waren ernstig dement.

Tijdens het onderzoek was het niet mogelijk om gebruik te maken van een blinde opstelling, omdat de verschillen in de ruimte en werkwijze omtrent de maaltijd duidelijk zichtbaar waren. De geobserveerde positieve verschillen in gedrag bij de bewoners zijn hoopvol. De kleine steekproef beperkt echter de representativiteit. De conclusies met betrekking tot de kwaliteit van leven moeten daarom met terughoudendheid worden gezien.

Het implementeren van het protocol maaltijdambiance vergde extra inzet van de medewerkers. De meerderheid van de medewerkers was op voorhand weinig enthousiast over de nieuwe werkwijze. Dit veranderde met de tijd; men raakte gewend aan de nieuwe manier van werken en zag dat deze gunstige effecten had op de sfeer en op de bewoners. Ten tijde van de nameting was de werkwijze onderdeel van de normale gang van zaken geworden.²²

Andere effecten

Ondanks dat het onderzoek alleen betrekking had op de warme maaltijd, rapporteerden medewerkers dat er ook sprake leek van een verbeterde voedingsinname tijdens de broodmaaltijden. Eveneens meldde een aantal medewerkers een verschil in gedrag van bewoners tijdens de maaltijdmomenten. De medewerkers gaven aan dat de bewoners zich minder geagiteerd gedroegen tijdens de maaltijdmomenten sinds er werd gewerkt met een verhoogde maaltijdambiance.

Uitgebreider onderzoek is daarom aan te bevelen, niet alleen wat betreft het aantal maaltijdmomenten, maar ook met betrekking tot het aantal participanten, de gemeten waarden en de duur van de interventie. Het zou aan te raden zijn om de energie-inname tijdens alle maaltijdmomenten te meten en daarnaast meerdere antropometrische waarden, zoals de bovenarmomtrek, te gebruiken. Op deze manier kunnen verschillen in lichaamssamenstelling worden vastgesteld.

Grotere schaal

De huidige studie toont een positief verband tussen een verhoogde maaltijdambiance en de voedingsinname bij ouderen met dementie in het verpleeghuis. Om daadwerkelijke veranderingen in het gewichtsverloop en voedingstoestand te kunnen bewijzen, zal een studie op grotere schaal met een langere interventieperiode uitgevoerd moeten worden in een gerandomiseerde gecontroleerde setting. Het gebrek aan fysiologische kennis over gewichtsverlies en energieverbruik bij ouderen met dementie laat nog veel vragen onbeantwoord.

Het aanpassen van de maaltijdambiance op de psychogeriatrische verpleegafdeling leek een gunstige

uitwerking te hebben op de voedingsinname van ouderen met dementie. Hoewel een toename in lichaamsgewicht niet is gevonden, is te verwachten dat een hogere voedingsinname op langere termijn een positief effect heeft op het lichaamsgewicht en daarmee de voedingstoestand. De resultaten van deze studie laten zien dat een verhoogde maaltijdambiance in de institutionele setting wellicht kan bijdragen aan de preventieve zorg van ondervoeding bij ouderen met dementie. De mogelijke bevordering van de kwaliteit van leven en voedingsinname is een goed argument voor een verhoogde maaltijdambiance.

Referenties

1. Halfens RJG, Meijers JMM, Meesterberends E, Nie NC van, Neyens JCL, Rondas ALM et al. Landelijke prevalentietellingen zorgproblemen. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2012.
2. Halfens RJG, Nie NC van, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM et al. Landelijke prevalentietellingen zorgproblemen. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2013.
3. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr* 2005 Apr;59(4):578-83.
4. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn: Screening en behandeling van ondervoeding. Amsterdam: de Stuurgroep; 2011.
5. Asselt DBZ van, Bokhorst-de van der Schueren MAE van, Olde Rikkert MGM. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient. Utrecht: Academic Pharmaceutical Productions bv; 2010.
6. Genuchten S van. Voeding bij dementie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2003.
7. Poehlman ET, Dvorak RV. Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr* 2000 Feb;71(2):650S-5S.
8. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding. Amsterdam: de Stuurgroep; 2010.
9. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. Nutrition and dementia: a review of available research. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2014.
10. Kruizenga HM. Screening op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen: het stoplichtsysteem van de SNAQRC. Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2010;35(3):102-5.
11. Nieuwenhuizen WF, Weenen H, Rigby P, Hetherington MM. Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 2010 Apr;29(2):160-9.
12. Nijs KA, Graaf C de, Kok FJ, Staveren WA van. Family style meals maintain the quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: a cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2006 Mei;332(7551):1180-4.
13. Nijs KA, Graaf C de, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, Staveren WA van. Effect of family style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006 Sep;61(9):935-42.
14. Mathey MF, Vanneste VG, Graaf C de, Groot LC de, Staveren WA van. Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Prev Med* 2001 Mei;32(5):416-23.
15. Altus DE, Engelman KK, Mathews RM. Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia. *J Gerontol Nurs* 2002 Sep;28(9):47-53.
16. Goddaer J, Abraham IL. Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Psychiatr Nurs* 1994 Jun;8(3):150-8.
17. Ragneskog H, Bråne G, Karlsson I, Kihlgren M. Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J Caring Sci* 1996 Mrt;10(1):11-7.
18. Shatenstein B, Ferland G. Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *J Am Diet Assoc* 2000 Nov;100(11):1354-60.
19. Beerens HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JPH. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013 Sep;50(9):1259-70.
20. Kouwenhoven LS. Het voedingsbeleid in de klinische setting van de psychogeriatrische verpleegafdeling: een ambiance studie [Scriptie]. Den Haag: De Haagse Hogeschool; 2013.
21. Vilans. E-learning: verbeteren van de maaltijdambiance. [Online][Citaat van: 18 mrt 2014] http://leren.vilans.nl/pluginfile.php/154/mod_resource/content/5/Content/introductie_home.html.
22. Kouwenhoven L. Meer sfeer, minder ondervoeding: verbetering van de maaltijd-ambiance in het verpleeghuis. *Denkbeeld* 2014 Feb;26(1):34-5.
23. Voedingscentrum. Richtlijnen Voedselkeuze. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland; 2011.
24. Schölzel-Dorenbos CJM, Ettema TP, Bos J, Boelens-van der Knoop E, Gerritsen DL, Hoogeveen F, et al. Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: Selection of the appropriate scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Jun;22(6):511-9.
25. Desai J, Winter A, Young KWH, Greenwood CE. Changes in type of foodservice and dining room environment preferentially benefit institutionalized seniors with low body mass indexes. *J Am Diet Assoc* 2007 Mei;107(5):808-14.
26. Machado J, Caram CL, Frank AA, Soares Ede A, Laks J. Nutritional status in Alzheimer's disease. *Rev Assoc Med Bras* 2009 Mrt-Apr;55(2):188-91.
27. Allison S. Weight as an outcome measure in hospital patients and role of catering services. *Nutrition* 1997 Jun;13(6):5834.

ABSTRACT

Introduction

Malnutrition is a common problem in psychogeriatric wards. A multitude of factors can affect the nutritional status of people with dementia. A good meal ambience appears to have a positive impact on the nutritional status and quality of life in the elderly without dementia. Whether this is also true for the elderly with dementia, is unclear. In this study the effect of improved meal ambience on nutritional status, body weight and quality of life was examined.

Methods

The intervention consisted of improving the meal ambience in a psychogeriatric ward. Prior to the intervention, the risk of malnutrition was investigated by means of the SNAQ^{RC} among the participants (n=24). Two weeks before and four weeks after the start of the intervention, dietary intake (in grams) was measured during the hot meal, and the body weight of the participants was obtained. Quality of life was measured before and after the intervention at a sample of 5 participants, using the DS-DAT.

Results

Of the participants (22 women, 2 men) 33% had an increased risk, 29% were medium at risk and 38% had a low risk of malnutrition. Nutritional intake during the post intervention measurement was 12.5% higher than at baseline (p=0.02). Body weight had not changed after the intervention (p=0.75). As an indicator of possible effects on quality of life, slight differences were observed in the behaviour of the residents, especially in the facial expressions.

Conclusion

Improving the meal ambience in the psychogeriatric ward appeared to have a positive effect on the nutritional intake of elderly people with dementia. Because of the potential effect on nutritional status and quality of life on the long term, further research into the intervention in elderly patients with dementia is recommended.

Keywords

Meals, ambience, psychogeriatric, dementia, elderly, quality of life, nutritional status

BESCHOUWING

Gezelligheid doet eten

Ondervoeding in verpleeghuizen blijft een belangrijk probleem in de gezondheidszorg. Een slechte voedingsstatus heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid en het functioneren van de bewoners. Dit zorgt voor een slechtere kwaliteit van leven en ook voor hogere zorgkosten. Vooral onder demente ouderen is de prevalentie van ondervoeding hoog. In 2014 was volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen bijna 20% van de bewoners van een psychogeriatrische afdeling ondervoed. Effectieve interventies om ondervoeding tegen te gaan zijn dan ook hard nodig. Het verbeteren van de ambience tijdens de maaltijden is bij somatische verpleeghuisbewoners succesvol gebleken. Positieve effecten op zowel de voedingsinname als ook de voedingsstatus zijn gerapporteerd. Gezelligheid en aandacht doet eten. Het is onbekend of een dergelijke interventie ook bij demente ouderen effect heeft.

Pilotstudie

In dit wetenschappelijk artikel beschrijven de onderzoekers de resultaten van een interventie gericht op het verbeteren van de ambience tijdens de maaltijden op een psychogeriatrische afdeling. De interventie bestond uit diverse verschillende factoren, zoals de tafelaankleding, rust en aandacht tijdens de maaltijden en het gezamenlijk nuttigen van de maaltijden.

De interventie vond plaats bij een klein aantal bewoners (n=24) op één afdeling. De belangrijkste beperking van deze studie is dat er

geen vergelijking kan worden gemaakt met een controlegroep. Sterke conclusies kunnen op basis van dit onderzoek dan ook niet worden getrokken.

Dit neemt niet weg dat de geobserveerde stijging in voedingsinname tijdens de warme maaltijden veelbelovend is. De duur van de interventie was slechts vier weken. Dit is mogelijk een verklaring voor het feit dat er geen verbetering in lichaamsgewicht werd gevonden. Dit onderzoek kan worden gezien als een belangrijke pilotstudie. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen in welke mate het verbeteren van de maaltijdambience kan bijdragen aan het terugdringen van ondervoeding bij demente ouderen in verpleeghuizen.

Positieve inbreng medewerkers

Het verbeteren van de sfeer en ambience tijdens de maaltijden vraagt om inzet van de medewerkers. Gedurende de interventie nam het enthousiasme onder de medewerkers toe, omdat ze zelf de positieve uitwerking opmerkten. Het verbeteren van de ambience lijkt dus een haalbare manier om de voedingsinname en mogelijk ook de voedingstoestand van deze kwetsbare groep ouderen te verbeteren. Het is goed dit steeds weer onder de aandacht te brengen.

TINY HOEKSTRA ONDERZOEKER VU MEDISCH CENTRUM