



Screenen naar ondervoeding bij alleenstaande, thuiswonende 70-plussers in de huisartsenpraktijk

Marie Lambrecht, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Sofie Van Tongelen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Huisarts-in-opleiding: Marie Lambrecht (KU Leuven)

Academiejaar: 2017-2018

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Praktijkopleider: Dr. Sofie Van Tongelen

Context: Ondervoeding is een onderschat probleem bij senioren. Een slechte voedingstoestand heeft niet alleen een negatieve impact op de gezondheid van de patiënt maar het neemt ook een enorme hap uit ons gezondheidsbudget. Naar schatting is tussen 4 en 10 % van de thuiswonende patiënten ondervoed. Door de vergrijzing zal dit probleem vermoedelijk nog verder toenemen. Momenteel wordt ondervoeding in de eerste lijn vaak gemist door een gebrek aan nutritionele kennis van de gezondheidsmedewerkers.

Onderzoeksvraag: Wat is de prevalentie van ondervoeding bij alleenwonende 70-plussers in de eigen huisartsenpraktijk?

Methode: Alle alleenwonende patiënten ouder dan 70 jaar worden gescreend op ondervoeding met behulp van de Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF). Via een extra vragenlijst worden ook hun voedingsgewoonten bevraagd. Ondervoede patiënten en ouderen die risico lopen op ondervoeding, krijgen een vooraf opgestelde voedingsbrochure met tips voor een gezond voedingspatroon.

Resultaten: 25 patiënten werden geïnterviewd. Daarvan had 64% (16/25) een normale voedingstoestand. 28% (7/25) liep risico op ondervoeding en 8% (2/25) bleek reeds ondervoed. Bijna de helft (13/25) van de deelnemers kookte nog alle warme maaltijden volledig zelf. Van alle patiënten die volledig zelfstandig hun warme maaltijd bereidden, had 85% (11/13) een normale voedingstoestand. Bij de patiënten die hun warme maaltijd volledig door derden lieten bereiden, liep maar liefst 75% (6/8) risico op ondervoeding.

Conclusie: Ook in de eigen huisartsenpraktijk is de ondervoedingsproblematiek duidelijk aanwezig. Er lijkt een verband te zijn tussen het verlies van zelfredzaamheid en het risico op ondervoeding. Huisartsen moeten gesensibiliseerd worden om systematisch op ondervoeding te screenen. Daarnaast moeten oudere patiënten gemotiveerd worden om elke dag een warme maaltijd te eten. Niet enkel de ouderen, maar ook mantelzorgers, verpleegkundigen en personeel van cateringservices moeten bewust gemaakt worden dat ouderen andere nutritionele noden hebben dan jongere volwassenen. Op die manier kan er voor gezorgd worden dat de oudere populatie zo lang mogelijk gezond thuis kan blijven wonen.

Inhoud

1.	Inleiding.....	
1.1	Definitie.....	
1.2	Prevalentie.....	
1.3	Risicofactoren	
1.4	Gevolgen	
1.5	Screening.....	
1.6	Doelstelling	
2.	Methodiek.....	
2.1	Onderzoeksvraag.....	
2.2	Uitkomstmaten	
2.3	Populatie.....	
2.4	Design	
2.5	Ethische commissie	
3.	Resultaten.....	
3.1	Demografie	
3.2	MNA-SF	
3.3	Organisatie maaltijden	
3.4	Leeftijd versus voedingstoestand	
3.5	Aantal wekelijkse warme maaltijden versus voedingstoestand.....	
3.6	Zelfstandigheid versus voedingstoestand.....	
4.	Discussie.....	
4.1	MNA-SF	
4.2	Demografie	
4.3	Leeftijd versus voedingstoestand	
4.4	Aantal wekelijkse warme maaltijden versus voedingstoestand.....	
4.5	Zelfstandigheid versus voedingstoestand.....	
4.6	Sterktes van de studie.....	
4.7	Beperkingen van de studie.....	
4.8	Terugkoppeling naar de eigen huisartsenpraktijk	
4.9	Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	
5.	Conclusie	
	Referenties.....	
	Bijlagen	

1. Inleiding

Ondervoeding associëren we vaak met schrijnende beelden uit ontwikkelingslanden. Toch is er ook in België steeds meer sprake van ondervoeding. Het is een onderschat maar ernstig probleem binnen de gezondheidszorg. Vooral in de oudere leeftijdscategorie vormt de aanpak van ondervoeding een grote uitdaging. Door de vergrijzing van de bevolking wordt deze groep steeds groter en economisch belangrijker.

1.1 Definitie

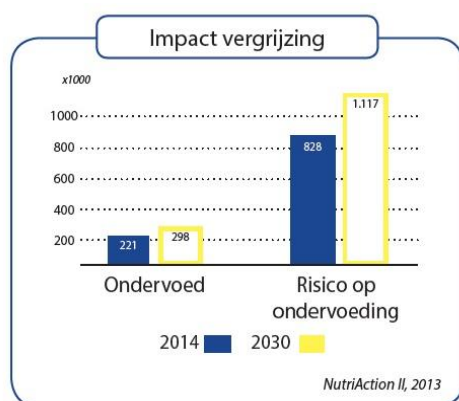
Bij ouderen is er sprake van ondervoeding wanneer zij een onvrijwillig gewichtsverlies kennen van meer dan 10% in de afgelopen 6 maanden of van meer dan 5% in de laatste maand. Iemand ouder dan 70 jaar is ook ondervoed als hij of zij een body mass index (BMI) van minder dan 20 kg/m² heeft.^(1, 2)

1.2 Prevalentie

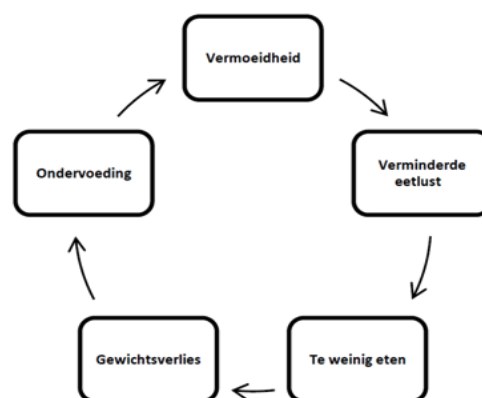
Uit NutriAction II, een onderzoek van specialisten, huisartsen en thuisverpleegkundigen in samenwerking met de Universiteit Antwerpen bij Belgen ouder dan 70 jaar, bleek dat 45% van alle ouderen een risico liep op ondervoeding terwijl 12% van de ondervraagde personen reeds ondervoed was.⁽³⁾ In de thuissituatie had 28% een reëel risico om ondervoed te raken en was 7% effectief ondervoed.⁽⁴⁾ De internationale prevalentie van ondervoeding bij ambulante patiënten ligt tussen de 4 en 10 procent.⁽⁵⁾ Door de verkorting van de opnameduur en de verschuiving van de zorg naar de eerste lijn zal de incidentie in de thuissituatie vermoedelijk nog verder toenemen. (Figuur 1)⁽⁶⁾

1.3 Risicofactoren

Ondervoeding kent vaak een sluipend begin. Het verouderingsproces gaat gepaard met fysiologische, psychologische en sociale veranderingen. Al die verschillende factoren kunnen onafhankelijk van elkaar een invloed hebben op de voedselinname en dus op het lichaamsgewicht. Vaak is de eerste aanleiding tot een verwaarloosd voedingspatroon het verlies van een partner of sociale isolatie.⁽¹⁾ Het risico op ondervoeding wordt nog groter als er zich daarnaast een somatisch of mentaal probleem ontwikkelt. Ook het verlies van zelfstandigheid, te weinig aandacht voor het maaltijdgebeuren en slik- en kauwproblemen verhogen het risico op ondervoeding. Alle oorzaken van ondervoeding werken elkaar in de hand en leiden tot een vicieuze cirkel die soms moeilijk te doorbreken is. (Figuur 2)⁽⁷⁾



Figuur 1: impact vergrijzing

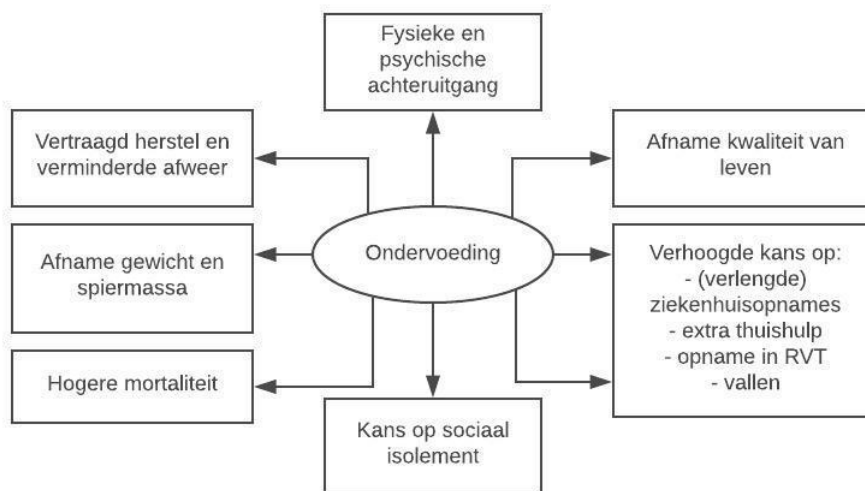


Figuur 2: vicieuze cirkel ondervoeding

1.4 Gevolgen

Een slechte voedingstoestand heeft een negatieve impact op de gezondheid en levenskwaliteit van de patiënt. Ondervoeding vertraagt het herstel na ziekte en ligt ook aan de basis van bijkomende complicaties. (Figuur 3)⁽⁸⁾ Tijdens een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk werden duizend ondervoede patiënten gedurende 6 maanden vergeleken met duizend patiënten met een normale voedingstoestand. Tijdens die 6 maanden stierven ondervoede patiënten 7,7 keer frequenter dan niet-ondervoede patiënten. De hospitalisatieduur zou bij ondervoede patiënten verdubbelen en het risico op complicaties en vervroegde mortaliteit zelfs stijgen met een factor 20.⁽⁹⁾

Er is echter ook een belangrijke economische kost. De ziekenhuiskosten voor een ondervoede patiënt liggen tot 19% hoger in vergelijking met patiënten met een normale voedingstoestand.⁽⁶⁾ In 2005 werden de kosten in België als gevolg van het niet behandelen van ondervoeding op 400 miljoen euro per jaar geraamd. Op Europese schaal lopen deze kosten op tot 170 miljard euro.⁽³⁾

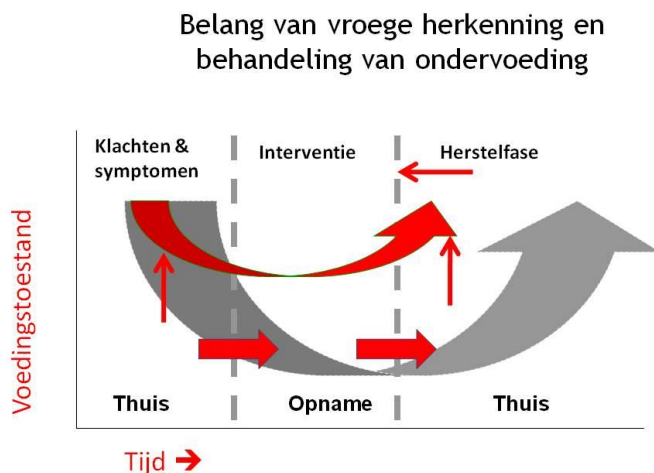


Figuur 3: gevolgen van ondervoeding

1.5 Screening

Het vroegtijdig opsporen en behandelen van ondervoeding bij ouderen levert heel wat op. Ze kunnen langer zelfstandig blijven wonen, genezen sneller bij ziekte, behouden hun spierkracht langer en worden minder lang opgenomen in het ziekenhuis.⁽¹⁾ Het screenen op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis werd in 2015 in de wet opgenomen en bleek zinvol en kosteneffectief.⁽²⁾ In de eerste lijn is er echter nog geen gestructureerde aanpak of richtlijn om ondervoeding op te sporen. Toch zou het detecteren van ondervoeding vroeg in het ziekteproces ervoor kunnen zorgen dat de ernst beperkt blijft en de zorgbehoefte daalt. Dit wordt schematisch weergegeven in *figuur 4*. De grijze lijn toont de voedingstoestand van een patiënt die opgenomen wordt in het ziekenhuis zonder voorafgaande screening. De ondervoeding wordt laat herkend en behandeld waardoor de patiënt in slechte voedingstoestand wordt opgenomen. De rode lijn geeft de situatie weer waarbij de patiënt reeds gescreend werd in de thuissituatie. Zijn voedingstoestand is beduidend beter waardoor veel problemen voorkomen worden.⁽²⁾

Op dit moment wordt ondervoeding in de eerste lijn vaak niet gediagnosticeerd door een gebrek aan nutritionele kennis van de gezondheidswerkers. Zo blijkt uit een onderzoek uitgevoerd in Engeland waarbij 88% van de huisartsen het bestaan niet kende van testen om ondervoeding op te sporen.⁽⁹⁾ Toch lijkt de huisarts de geschikte persoon te zijn om in de eerste lijn naar ondervoeding te screenen volgens Dr. J. De Lepeleire, huisarts en lid van het Wetenschappelijk begeleidingscomité van NutriAction: *“Vermits huisartsen ruim 90% van de bevolking minstens één keer per jaar ontmoeten, en de ouderen nog meer, kan een systematische aandacht voor de gewichtsevolutie bijdragen aan de detectie van het ondervoedingsrisico.”*⁽³⁾



Figuur 4: het belang van vroegtijdige herkenning

Risicogroepen
Alleenstaanden
Na hospitalisatie
Dementie
Depressie
Chronische ziektes

Figuur 5: risicogroepen ondervoeding bij ouderen

Om screening bij ouderen in de huisartsenpraktijk mogelijk te maken moet er een eenvoudige en snelle werkwijze beschikbaar zijn. Het gebruik van gevalideerde screeningsmethodes is noodzakelijk omdat de klinische blik slechts de helft van de ondervoede patiënten detecteert.⁽¹⁰⁾ Binnen de thuiszorg gaat de voorkeur uit naar de Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF).⁽⁸⁾ Dit is een gevalideerde en reproduceerbare test waarvan het gebruik aangeraden wordt door de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Het afnemen van deze vragenlijst zou gemiddeld 4 minuten en 55 seconden in beslag nemen.⁽¹¹⁾ Ook het moment van screening is van belang. De Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding (VDiTO) raden aan om in de thuissituatie enkel op ondervoeding te screenen bij risicogroepen (figuur 5) en dit op maandelijkse basis.⁽⁸⁾

1.6 Doelstelling

De primaire doelstelling van dit project is de prevalentie van ondervoeding te beoordelen bij thuiswonende ouderen in een huisartsenpraktijk in Mechelen. Omdat ondervoeding meer voorkomt bij ouderen die in een kwetsbare situatie leven -bijvoorbeeld in sociaal isolement- werd beslist om in dit onderzoek te focussen op alleenstaande ouderen. Vervolgens worden bij deze patiënten hun voedingsgewoonten bevraagd. In een derde luik van dit onderzoek wordt een informatiebrochure opgesteld voor gezonde voeding bij thuiswonende ouderen. Deze brochure wordt bij alle risicopatiënten en ondervoede ouderen overlopen.

2. Methodiek

2.1 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag van dit project is: “Wat is de voedingsstatus van thuiswonende, alleenstaande 70-plussers in een huisartsenpraktijk in Mechelen?”

2.2 Uitkomstmaten

Om de prevalentie van ondervoeding te bepalen wordt gebruik gemaakt van de MNA-SF. Dit is een vragenlijst bestaande uit 6 vragen met betrekking tot eetlust, gewichtsverlies, mobiliteit, ziekte, neuropsychologische problemen en BMI. De maximale score is 14 punten. Hoe hoger de score, hoe beter het gesteld is met de voedingstoestand. Een patiënt met een score lager dan 8 valt in de categorie ondervoeding. Een score van 8 tot en met 11 duidt op risico op ondervoeding. Een score van 12 of meer wijst op een normale voedingstoestand.⁽⁸⁾

Om de voedingsgewoonten verder in kaart te brengen wordt een extra vragenlijst aan de MNA-SF toegevoegd met 4 vragen. (*zie bijlage*)

De eerste vraag peilt naar het gemiddelde aantal warme maaltijden die de oudere eet per week. De patiënt heeft de keuze tussen de antwoorden ‘altijd’, ‘4-6 keer’, ‘1-3 keer’ of ‘nooit’. De tweede en de derde vraag zijn meerkeuzevragen en gaan over de organisatie van de warme maaltijden: “wie doet de boodschappen?” en “wie maakt de warme maaltijden klaar?”. De patiënt kan telkens meerdere antwoorden aanduiden (‘ikzelf’, ‘familie’, ‘thuishulp’) of extra opties toevoegen. De resultaten worden uiteindelijk gegroepeerd onder 3 noemers: ‘volledig zelfstandig’, ‘volledig afhankelijk’ en ‘gecombineerd’.

Als laatste volgt er een open vraag: ‘Houdt er u soms iets tegen om eten te maken voor uzelf? Zo ja, wat houdt er u dan tegen?’ De resultaten van vraag 4 worden uiteindelijk gegroepeerd onder 4 noemers: ‘niets houdt me tegen’, ‘fysieke problemen’, ‘geen zin’ en ‘ik kan niet (meer) koken’.

2.3 Populatie

De doelgroep van dit project bestaat uit thuiswonende, alleenstaande patiënten ouder dan 70 jaar met een globaal medisch dossier (GMD) uit de eigen huisartsenpraktijk in Mechelen. Als cutoff wordt 70 jaar gebruikt naar analogie met de populatie van NutriAction II. Op deze manier kan de prevalentie van ondervoeding in de eigen huisartsenpraktijk vergeleken worden met de geschatte prevalentie in België. De VDiTO raden aan om in de thuissituatie enkel te screenen op ondervoeding bij risicogroepen, waardoor er in dit project voor gekozen wordt om te focussen op 1 van die risicogroepen.⁽⁸⁾ Aangezien partnerverlies of vereenzaming in de thuissituatie vaak een eerste aanleiding is tot een verwaarloosd voedingspatroon, worden de *alleenstaande*, thuiswonende 70-plussers de doelgroep van dit onderzoek.⁽¹⁾ Patiënten die met een partner of een familielid samenwonen, patiënten met ernstige psychische problemen, patiënten die in een dagcentrum verblijven, worden geëxcludeerd uit deze studie.

2.4 Design

In dit praktijkverbeterend project wordt gekozen voor een cross-sectioneel onderzoek in de eigen huisartsenpraktijk. Het is een observationeel onderzoek zonder controlegroep. De uitkomstmaat is de score op de MNA-SF. Er wordt via een extra vragenlijst gekeken naar de voedingsgewoonten van de patiënten.

Omdat de werkgroep ondervoeding in Nederland alle geriatrische patiënten met (een risico op) ondervoeding adviseert om extra eiwitten te eten in de vorm van verrijkte voeding en snacks, wordt bij patiënten met een MNA-SF score lager dan 12 een vooraf opgestelde voedingsbrochure overlopen.⁽¹²⁾ De brochure bevat tips voor een eiwit- en energierijk dieet, een voorbeeld van een dagschema en twee recepten voor eiwitrijke tussendoortjes. Ze kwam tot stand in samenwerking met diëtiste Lutgart Lauwereys en kreeg de goedkeuring van de VDiTO. (zie bijlage)

Naast de vragenlijst en voedingsbrochure omvat het onderzoek nog een kwalitatief luik. Tijdens de interviews noteert de onderzoeker uitspraken van patiënten die laten zien hoe zij het koken en eten als alleenstaande beleven. Deze quotes worden verwerkt doorheen het artikel.

Het project wordt uitgevoerd in een duopraktijk in Mechelen waar twee huisartsen en een HAIO werkzaam zijn. De praktijk werd in 2014 opgericht en heeft een zeer gevarieerde patiëntenpopulatie zowel qua leeftijd als socio-economische situatie. Het gebouw beschikt over twee consultatieruimtes en elke voormiddag is er een praktijkassistente aanwezig.

Mechelen is een Vlaamse centrumstad in de provincie Antwerpen die volgens de recentste bevolkingsgegevens net geen 86.000 inwoners telt. Ongeveer 17% van de Mechelse bevolking is ouder dan 65 jaar.⁽¹³⁾

Via het elektronisch medisch dossier HealthOne worden patiënten ouder dan 70 jaar met een globaal medisch dossier geselecteerd. Die lijst wordt samen met de praktijkopleider overlopen en alle alleenwonende patiënten worden manueel geselecteerd. Na overlopen van de exclusiecriteria wordt een definitieve lijst met potentiële kandidaten opgesteld.

Alle personen uit de lijst worden tijdens een routine consultatie of huisbezoek gevraagd om deel te nemen aan de studie. De patiënten die in de periode van screening niet gezien worden voor een consultatie, worden opgebeld met de vraag of er interesse is om deel te nemen. Bij een positief antwoord wordt een gratis consultatie of huisbezoek ingepland.

De deelnemende patiënten worden eenmalig onderzocht en bevraagd aan de hand van de vooraf opgestelde vragenlijst. Bij elke patiënt wordt onmiddellijk na de screening het resultaat besproken. Patiënten met bewezen ondervoeding worden gewezen op de gevaren en krijgen het advies om een diëtiste te contacteren. Zowel bij patiënten die risico lopen op ondervoeding als patiënten met bewezen ondervoeding, wordt de informatiebrochure over gezonde voeding bij ouderen samen met de onderzoeker doorgenomen. De patiënt wordt aangespoord om zoveel mogelijk tips uit de brochure toe te passen in de toekomst. Patiënten met een goede voedingstoestand krijgen het advies om zich 1 à 2 keer per maand te wegen en bij ongewenst gewichtsverlies contact op te nemen met de huisarts.

2.5 Ethische commissie

Dit onderzoek werd onderzocht en gunstig geadviseerd door de Opleidingsspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)". (zie bijlage)

3. Resultaten

In september 2017 werden alle patiënten ouder dan 70 jaar met een GMD uit het elektronisch medisch dossier Health One geëxtraheerd. Dit resulteerde in een totaal van 126 patiënten.

De lijst werd samen met de praktijkopleider overlopen waarna alle rusthuisbewoners en samenwonende patiënten werden geschrapt. Het aantal 70-plussers dat met zekerheid alleen thuis woonde bedroeg 39 patiënten. Over 4 patiënten bestond er twijfel of ze voldeden aan het criterium 'alleenwonend' waardoor ze op een reservelijst geplaatst werden.

Uit de selectie van 39 patiënten vielen nog 3 patiënten af. Eén patiënt omwille van een ernstige psychische stoornis (paranoïde wanen). Een tweede persoon bleek toch geen vaste patiënt van de praktijk. Een derde patiënt werd niet in de lijst opgenomen omdat zij overdag in een dagcentrum verbleef en dus niet voldeed aan het criterium 'zelfstandig thuiswonend'.

Uiteindelijk waren 36 patiënten van de huisartsenpraktijk met zekerheid geschikt om deel te nemen aan de studie. In de periode van september 2017 tot en met februari 2018 werd de vragenlijst bij 25 patiënten afgenomen. Wegens tijdgebrek was het niet mogelijk om alle kandidaten te interviewen. De kandidaten werden willekeurig gekozen tijdens een consultatiemoment of telefonisch opgebeld. Niemand weigerde een interview. Op één patiënt na die het onderzoek wou laten plaats vinden in de huisartsenpraktijk, werden alle interviews in de thuissituatie afgenomen.

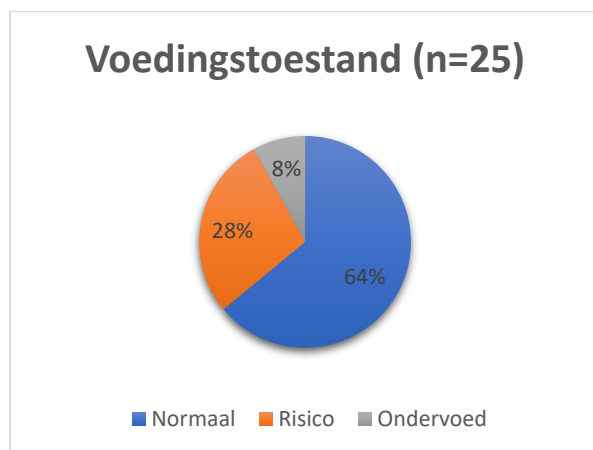
3.1 Demografie

In totaal werden 25 van de 36 patiënten geïnterviewd. Daarvan was 16% (4/25) mannelijk en 84% (21/25) vrouwelijk. De jongste deelnemer was 71 jaar. De oudste deelnemer had een leeftijd van 94 jaar.

De gemiddelde leeftijd van alle deelnemers was 81,2 jaar. Bij de mannen was het gemiddelde 86,75 jaar. Bij de vrouwen bedroeg dit 80,14 jaar.

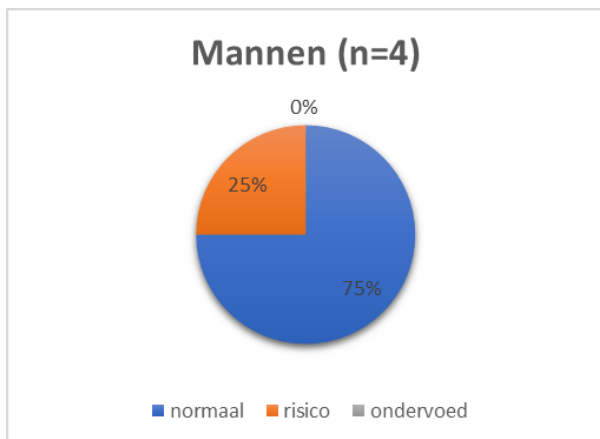
3.2 MNA-SF

Na screening met de MNA-SF had 64% (16/25) van de deelnemers een normale voedingstoestand. 28% (7/25) liep risico op ondervoeding en 8% (2/25) bleek reeds ondervoed. (Figuur 6)

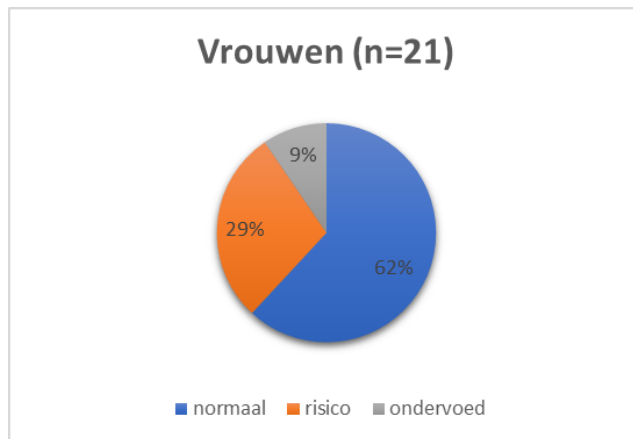


Figuur 6: resultaten MNA-SF

Bij de mannen liep 25% (1/4) risico op ondervoeding en had 75% (3/4) een normale voedingstoestand. Niemand was ondervoed.
 Het risico op ondervoeding bij vrouwen was 29% (6/21) en 9% (2/21) was reeds ondervoed.
 (Figuur 7 & 8)



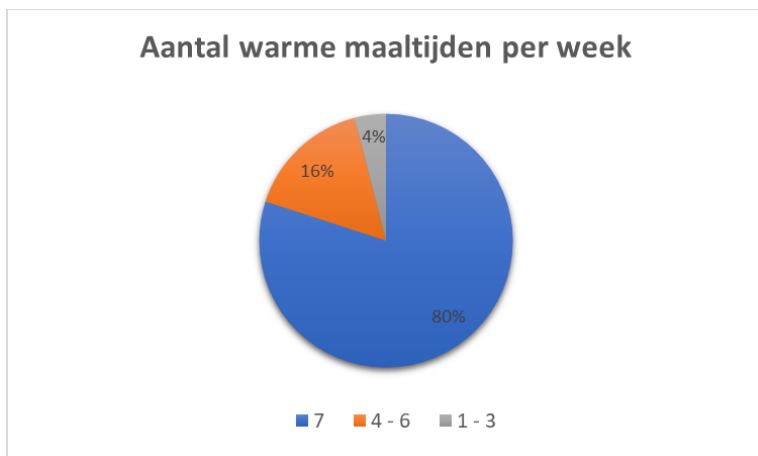
Figuur 7: resultaten MNA-SF bij mannen



Figuur 8: resultaten MNA-SF bij vrouwen

3.3 Organisatie maaltijden

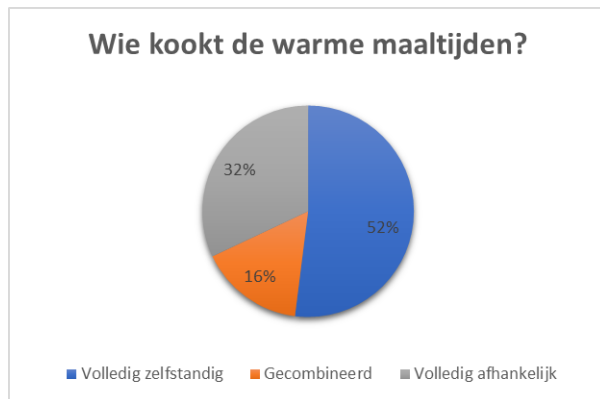
80% (20/25) van de deelnemers at nog elke dag een warme maaltijd. Bij 16% (4/25) was dat gemiddeld 4 tot 6 warme maaltijden per week. 1 patiënt (4%) at per week gemiddeld maar 1 tot 3 warme maaltijden.



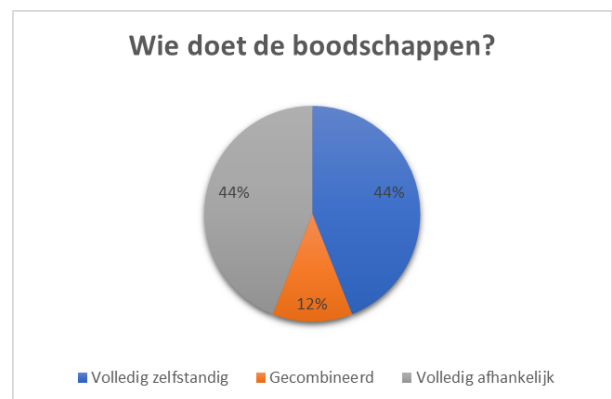
Figuur 9: Aantal warme maaltijden per week

“Na het overlijden van mijn vrouw heb ik een dipje gekend. Ik heb toen besloten om elke dag maaltijden aan huis te laten leveren. Als ik voor mezelf zou moeten koken, zou ik regelmatig eens een dag overslaan.”
 Man, 88 jaar

52% (13/25) van de deelnemers kookte nog alle warme maaltijden volledig zelf. 32% (8/25) was volledig afhankelijk van derden voor het koken van de warme maaltijd. (Figuur 10) Van alle geïnterviewde ouderen deed 44 % (11/25) de boodschappen volledig zelf. Evenveel patiënten (11/25) gaven de boodschappen volledig uit handen. 12% (3/25) deed een deel van de boodschappen zelfstandig en riep de hulp in van derden voor de rest van de boodschappen. (Figuur 11)



Figuur 10: organisatie koken



Figuur 11: organisatie boodschappen

“Ik kan niet lang genoeg meer op mijn benen staan om zelf mijn maaltijd te koken”
 Vrouw, 87 jaar

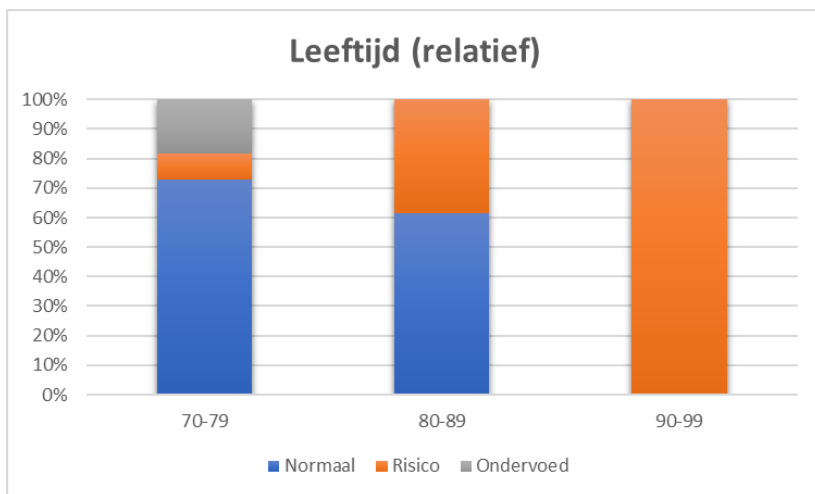
Bij 56% (14/25) was er een reden waarom er (soms) geen warme maaltijd voor zichzelf gekookt werd. De helft hiervan (7/14) gaf aan er geen zin in te hebben. Bij 36% (5/14) waren fysieke problemen de oorzaak. 2 patiënten (14%) vertelden dat ze niet (meer) wisten hoe te koken. (Figuur 12)



Figuur 12: argumenten waarom ouderen geen warme maaltijd voor zichzelf bereiden

3.4 Leeftijd versus voedingstoestand

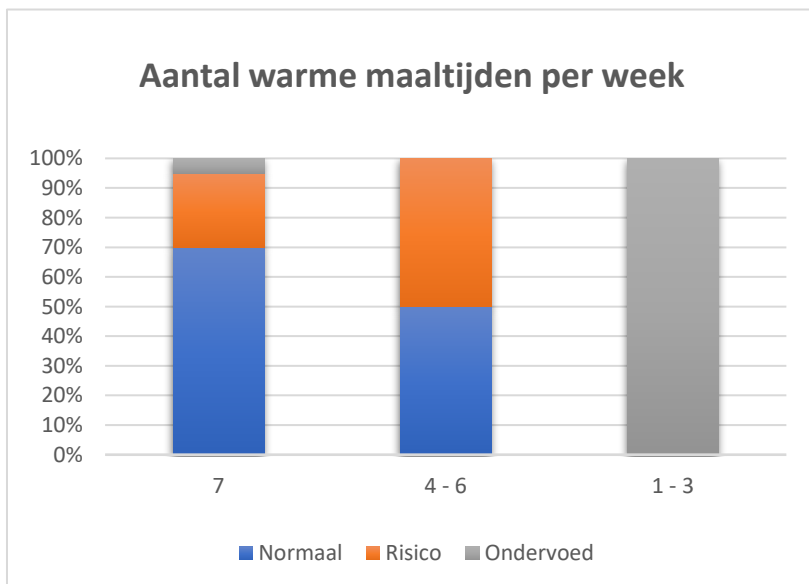
In de leeftijdscategorie 70 tot 79 jaar had bijna 73% (8/11) een normale voedingstoestand. Bij de 80-89-jarigen was dat bijna 62% (8/15). Er was 1 deelnemer ouder dan 90 jaar en die liep risico op ondervoeding. (Figuur 13)



Figuur 13: leeftijd versus voedingstoestand

3.5 Aantal wekelijkse warme maaltijden versus voedingstoestand

Van de patiënten die dagelijks een warme maaltijd aten, bleek 70% (14/20) een normale voedingstoestand te hebben. Bij de patiënten die 4 tot 6 warme maaltijden per week aten was dit 50 % (2/4). Eén patiënt at maximaal 3 warme maaltijden per week en was ondervoed. (Figuur 14)



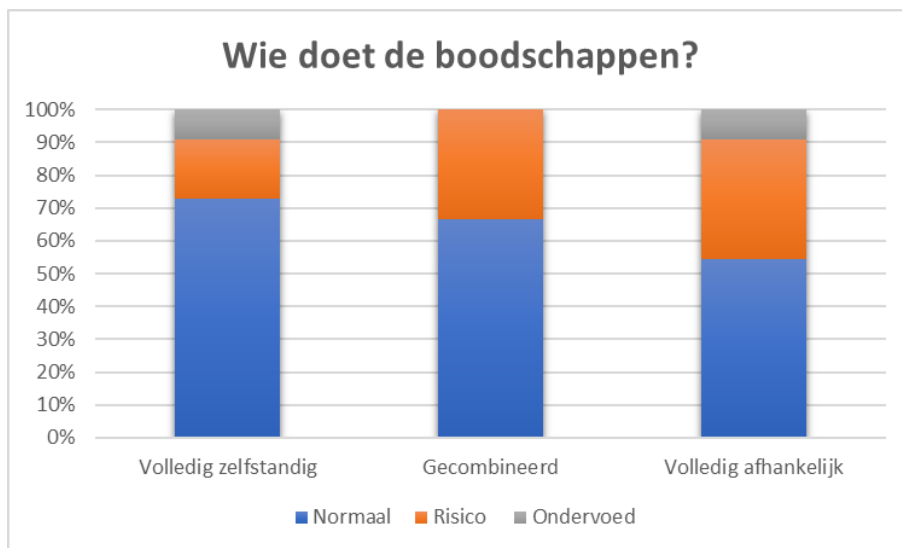
Figuur 14: aantal wekelijkse warme maaltijden versus voedingstoestand

3.6 Zelfstandigheid versus voedingstoestand

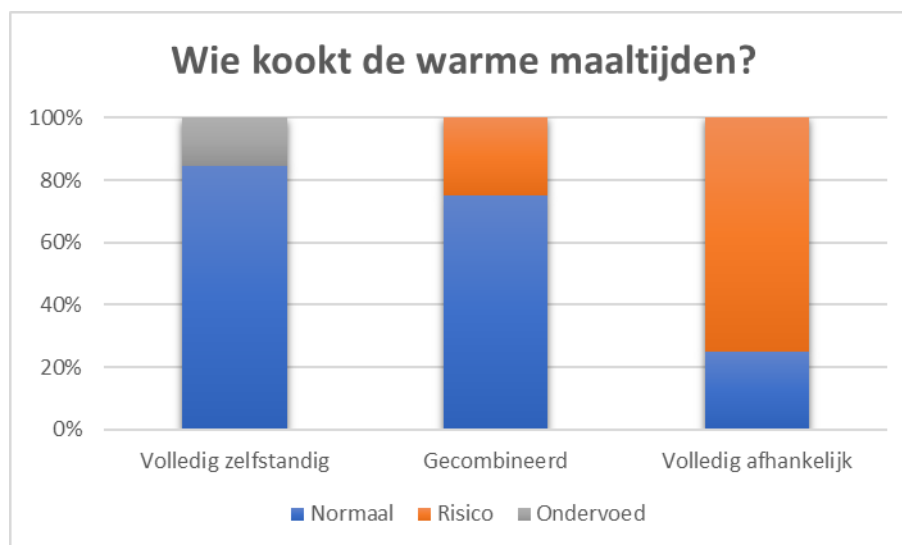
Een normale voedingstoestand werd gezien bij 73% (8/11) van de patiënten die volledig zelfstandig hun boodschappen deden. Bij patiënten die alle boodschappen uit handen gaven, had bijna 55% (6/11) een normale voedingstoestand. (Figuur 15)

Van alle patiënten die volledig zelfstandig hun warme maaltijd kookten, had bijna 85% (11/13) een normale voedingstoestand. Niemand liep risico op ondervoeding en 2 patiënten (15,38%) waren ondervoed. Bij de patiënten die hun warme maaltijd volledig door derden lieten koken, liep 75% (6/8) risico op ondervoeding. (Figuur 16)

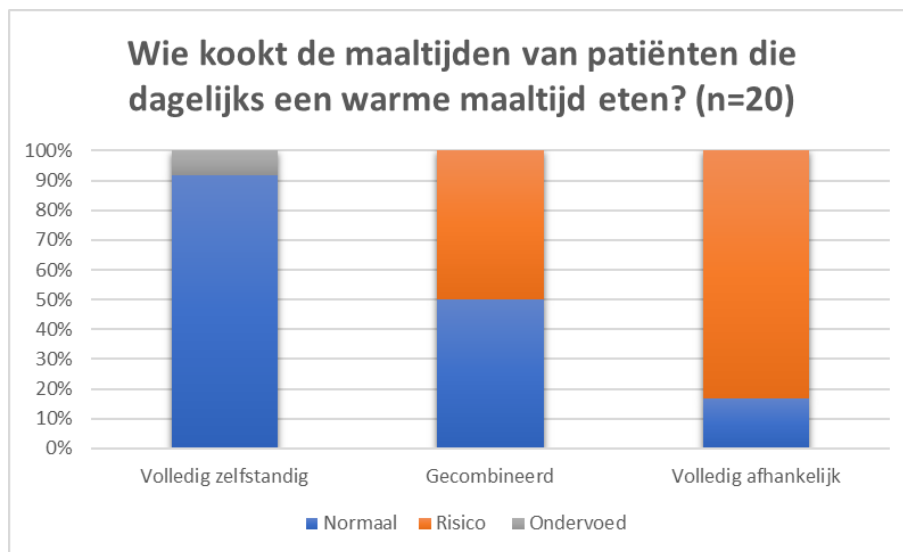
Van de patiënten die *dagelijks* een warme maaltijd aten die volledig zelfstandig gekookt was, had 92% (11/12) een normale voedingstoestand en liep niemand risico op ondervoeding. Bij patiënten die hun dagelijkse warme maaltijd volledig door derden lieten maken, liep 83% (5/6) een reëel risico op ondervoeding. (Figuur 17)



Figuur 15: organisatie boodschappen versus voedingstoestand



Figuur 16: organisatie koken versus voedingstoestand



Figuur 17: organisatie van koken bij patiënten die dagelijks een warme maaltijd eten versus voedingstoestand

“Soms ontbreekt de goesting om te koken. Ik maak daarom altijd grote porties en vries een deel in. Zo hoef ik niet elke dag te koken om een warme maaltijd te kunnen eten.”
Man, 83 jaar

4. Discussie

4.1 MNA-SF

Iets meer dan twee derde van de ondervraagde populatie had een normale voedingstoestand. 28% liep een reëel risico op ondervoeding en 8% bleek reeds ondervoed. Ondanks de kleine doelgroep liggen de resultaten van dit onderzoek volledig in lijn met de resultaten van NutriAction II waarbij 7% van de thuiswonenden ondervoed was.⁽³⁾ In tegenstelling tot voorgaand onderzoek werd in deze studie toegespitst op een risicogroep, namelijk de alleenwonende patiënten. Ondanks de risicofactor ligt het percentage van ondervoede patiënten dus niet hoger.

4.2 Demografie

De meerderheid van de deelnemers was een vrouw. Dit heeft vermoedelijk te maken met de hogere levensverwachting van het vrouwelijke geslacht. In 2016 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in België namelijk 83,8 jaar voor vrouwen en 79,0 jaar voor mannen. Zowel in dit onderzoek als in NutriAction II is het risico op ondervoeding groter bij vrouwen dan bij mannen. Hoewel de levensverwachting bij mannen lager ligt dan bij vrouwen blijkt het aantal jaren in (zeer) goede gezondheid en het aantal jaren zonder chronische ziekten ongeveer gelijk.⁽¹⁴⁾ *"In vergelijking met mannen brengen vrouwen een groter deel van hun leven door in slechte gezondheid en hebben ze langer te kampen met zware gezondheidsproblemen"*, legt Prof. dr. Herman Van Oyen, Operationeel directeur Volksgezondheid en Surveillance van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP) uit.⁽¹⁵⁾ Dit kan verklaren waarom ondervoeding vaker voorkomt bij vrouwen.

4.3 Leeftijd versus voedingstoestand

Volgens de resultaten van NutriAction II neemt het risico op ondervoeding toe naarmate de leeftijd vordert.⁽³⁾ Als we de patiënten van dit onderzoek opsplitsen in leeftijdscategorieën per 5 jaar wordt deze bevinding niet duidelijk bevestigd. Dit is eerder onverwacht maar vermoedelijk te verklaren door de kleine populatie. Daarnaast koken de meeste deelnemers hun warme maaltijden nog zelf waardoor er hier mogelijks sprake is van een selectiebias met rekrutering van de sterkste overlevenden. Als we de patiënten in leeftijdscategorieën opsplitsen per 10 jaar komt deze risicofactor wel duidelijk naar voren. (Figuur 13)

4.4 Aantal wekelijkse warme maaltijden versus voedingstoestand

De kans op een normale voedingstoestand is groter bij ouderen die elke dag een warme maaltijd eten in vergelijking met ouderen die soms een warme maaltijd overslaan. (Figuur 14) Het belang van een dagelijkse warme maaltijd wordt hiermee aangetoond. Opmerkelijk is dat meer dan de helft van de patiënten soms moeite ondervindt om die belangrijke maaltijd dagelijks voor zichzelf te koken. Alle ouderen dienen bijgevolg gemotiveerd worden om elke dag een warme maaltijd te eten. Indien ze door omstandigheden deze maaltijd niet (meer) zelf kunnen of willen bereiden, moet er aan alternatieven gedacht worden, zoals maaltijden aan huis laten leveren, de maaltijden laten koken door een thuishulp of eten op verplaatsing in lokale dienstencentra.

"Ik eet veel grotere porties als ik op verplaatsing ga eten"

Vrouw, 75 jaar

4.5 Zelfstandigheid versus voedingstoestand

Slechts de helft van de ondervraagde patiënten kookt alle warme maaltijden nog volledig zelf. Ook de boodschappen worden vaak uit handen gegeven. Bij het verlies van zelfredzaamheid neemt het risico op ondervoeding toe. Hoe meer ouderen afhankelijk worden van derden om boodschappen te doen of te koken, hoe groter het risico op ondervoeding. Dit wordt ook bevestigd door de resultaten van NutriAction II, aldus Prof. Dr. M. Vandewoude, vertegenwoordiger van de Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme: *“Ondervoeding gaat hand in hand met een verlies aan mobiliteit en functionaliteit. Hierdoor worden ouderen meer kwetsbaar waarbij het risico op het verlies aan autonomie erg toeneemt. Wanneer dit zich instelt, is een opname in een woonzorgcentrum dikwijls de enige oplossing. Het verlies van die zelfstandigheid leidt dan weer dikwijls tot depressie en verdere achteruitgang waardoor er zich een neerwaartse spiraal instelt.”*⁽³⁾

“Het vraagt veel inspanning om te koken voor één persoon. Na de dood van mijn echtgenoot ben ik dan ook 13 kilogram afgevallen.”
Vrouw, 76 jaar

Verder wordt in deze studie duidelijk dat ouderen die dagelijks een warme maaltijd eten die klaargemaakt wordt door derden een groter risico lopen op ondervoeding dan mensen die dagelijks hun maaltijd zelfstandig klaarmaken. (Figuur 17)

Er zijn meerdere factoren die dit resultaat kunnen verklaren. Ten eerste zijn derden niet altijd op de hoogte van wat de oudere graag eet. Cateringbedrijven leveren maaltijden aan huis volgens vaste weekmenu's. Tijdens de gesprekken met de ouderen werd duidelijk dat ze niet alles even lekker vinden. Indien een maaltijd hen niet bevalt, zullen ze er ook minder van eten. Ten tweede realiseren mantelzorgers en huishoudhulpverleners zich vaak niet dat senioren andere nutritionele noden hebben dan jonge volwassenen. Nieuwe initiatieven om tegemoet te komen aan die specifieke voedingsbehoeftes zijn de zogenaamde seniorfoods. Dit zijn voedingsproducten verrijkt met extra proteïnen en vezels. Prototypes werden reeds ontwikkeld door het expertisecentrum Agro- en Biotechnologie van Vives en goedgekeurd door een testpanel van senioren. Toch liggen deze seniorfoods nog niet in de Belgische supermarkten. Dit komt omdat slechts 20% van de ouderen beseft dat ze meer eiwitten en vezels moeten eten.^(16, 17) Medeoprichter van Carezzo Nutrition Fred Bergmans beaamt dit. Hun eiwitverrijkte producten worden in Nederland reeds 4 jaar op de markt gebracht en in ruim 20 ziekenhuizen geserveerd. *“Toch zijn de supermarkten nog niet klaar voor met eiwit verrijkte producten gericht op ouderen. (...) Ouderenvoeding moet meer van de ziektegerelateerde sfeer naar de preventieve sfeer. Meer preventieve eiwitrijke voeding betekent minder zorgkosten.”*⁽¹⁸⁾

Uiteraard kunnen deze seniorfoods pas hun nut bewijzen als ze effectief gegeten worden. Zoals reeds werd aangehaald is sensibilisering van de oudere daarvoor cruciaal, maar ook het belang van de perceptie van het maaltijdgebeuren mag niet onderschat worden. De eetlust van de oudere wordt namelijk beïnvloed door de beleving van het voedingsmoment. Maaltijden gemaakt door derden worden vaak niet gezellig gepresenteerd, denk maar aan plastic borden en bestek. Omdat de patiënt niet zelf kookt wordt er ook minder aandacht besteed aan de aankleding van de tafel (tafellaken, servetten, bloemetje...). Dit kan mogelijk een derde reden zijn waarom maaltijden bereid door derden vaker tot ondervoeding leiden.

We kunnen concluderen dat we niet enkel de oudere maar ook mantelzorgers, huishoudhulp en medewerkers van diensten die maaltijden aan huis leveren, bewust moeten maken van het feit dat senioren andere nutritionele behoeften hebben dan jonge volwassenen. Ook moet er meer rekening gehouden worden met de persoonlijke voedingswensen van de ouderen. Als laatste werkpunt moet er voor gezorgd worden dat het maaltijdgebeuren zo aangenaam mogelijk verloopt om zo de eetlust te stimuleren. Om ouderen en hun mantelzorgers te sensibiliseren, richtte Vives onlangs het Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) 'Seniorproof' op. Zij stelden onder andere een handleiding op voor voeding op maat van senioren. Verder proberen ze via ouderenorganisaties informatie mee te geven over het risico op ondervoeding. Om ook de voedingsindustrie, catering services en het onderwijs de nodige kennis bij te brengen, werd er een e-learning module ontwikkeld, bestaande uit filmmateriaal, vragenlijsten, case studies en leerpaden. Met het ontwikkelde materiaal hoopt het project bij te dragen tot beter getraind personeel in de verschillende doelgroepen en sensibilisatie van de ouderen en hun omgeving. ⁽¹⁹⁾

4.6 Sterktes van de studie

Bijna 70% van de doelgroep werd geïnterviewd. Dit is een hoge respons. Verder is dit de eerste studie die onderzoekt of er een verschil is in voedingstoestand tussen mensen die hun warme maaltijden zelf bereiden of laten koken door derden.

4.7 Beperkingen van de studie

De optimale steekproefgrootte voor dit onderzoek was 33 personen. Dit werd berekend op de doelgroep van 36 personen met een foutenmarge van 5% en betrouwbaarheidsinterval van 95%. Deze quota werd niet gehaald. De effectieve foutenmarge bedraagt 10.99%. Daarnaast is het onderzoek een sociaal experiment waardoor er een mogelijke beïnvloeding is van de onderzoeker op het onderzoekszetel. Ook werd er na het overlopen van de voedingsbrochure geen vervolgschatting gepland, waardoor het effect van het voedingsadvies niet gemeten kon worden. Ten vierde bleek het inschatten van de dementieproblematiek - noodzakelijk voor de MNA-SF- op basis van één gesprek niet gemakkelijk. Het aanvoelen van het verschil tussen "milde" en "ernstige" geheugenproblemen is eerder subjectief en kan een patiënt in een andere voedingscategorie plaatsen.

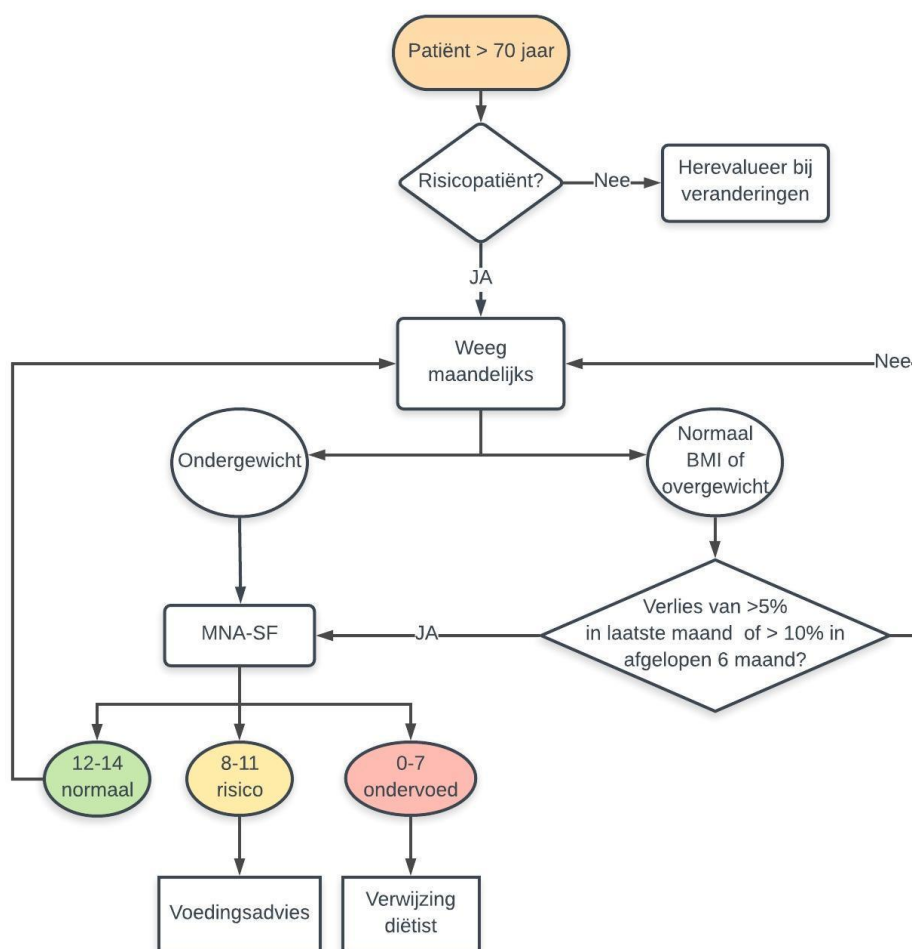
4.8 Terugkoppeling naar de eigen huisartsenpraktijk

De resultaten van alle patiënten werden besproken met de praktijkopleider. Van één patiënt was het geen verrassing dat ze tot de categorie "ondervoeding" behoorde. De tweede ondervoede patiënt werd wel onverwacht in deze categorie geplaatst aangezien zij overgewicht heeft. Dit gaf ons het besef dat een hoog BMI niet betekent dat je geen risico loopt op ondervoeding. Ook veel patiënten die er klinisch goed uit zagen, vielen onvoorzien in de risicogroep voor ondervoeding. Dit toont aan dat we nog te weinig aandacht hebben voor de eerste signalen van ondervoeding. Om dit probleem vroeger op te sporen werd voor de eigen huisartsenpraktijk een schema opgesteld dat nu zoveel mogelijk zal toegepast worden. (Figuur 18) Elke patiënt die deelnam aan het onderzoek wordt nu maandelijks gewogen. Enkele patiënten die in de risicogroep zaten, kwamen reeds bij in gewicht. De twee patiënten met ondervoeding kregen het advies om een diëtist te raadplegen maar hebben dit momenteel nog niet gedaan. Ondertussen is één de ondervoede patiënten verhuisd naar een woonzorgcentrum.

4.9 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Om de voedingsbrochure te beoordelen moet de MNA-SF opnieuw afgenomen worden na een bepaalde periode. Hierdoor kan gemeten worden of de voedingsadviezen effectief bijdragen tot een betere voedingstoestand. Verder moet er een richtlijn uitgewerkt worden om te screenen naar ondervoeding in de eerste lijn met duidelijke adviezen voor huisarts, diëtist en thuisverpleegkundige.

De ontwikkeling van seniorfoods ter preventie van ondervoeding klinkt veelbelovend. Er is echter nog geen bewijs dat het gebruik hiervan een positieve invloed heeft op de voedingstoestand van de oudere.



Figuur 18: schema screening ondervoeding in de eigen huisartsenpraktijk

5. Conclusie

Ondervoeding bij ouderen is een moeilijk te detecteren probleem dat door de vergrijzing vermoedelijk nog verder zal toenemen. Ondanks de hogere prevalentie in ziekenhuizen is het ook in de thuissituatie duidelijk aanwezig. Een goede voedingstoestand is nochtans essentieel voor een goede gezondheid en een vlotter herstel na ziekte. Op maatschappelijk niveau gaat ondervoeding gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg.

Screening in de thuissituatie is een belangrijke eerste stap om ondervoeding vroegtijdig op te sporen. Hierbij lijkt een rol weggelegd voor huisartsen, thuisverpleegkundigen en diëtisten. Huisartsen moeten gesensibiliseerd worden om systematisch op ondervoeding te screenen bij risicopatiënten. Dit begint met aandacht te hebben voor de gewichtsevolutie van hun oudere patiëntenpopulatie. Bij gewichtsverlies of andere risicofactoren voor ondervoeding moet vervolgens de MNA-SF afgenomen worden. Dit is de gouden standaard om te screenen naar ondervoeding. Ondervoede patiënten moeten verwezen worden naar een diëtist om een aangepaste voedingsschema op te stellen.

In het kader van preventie moet elke oudere patiënt gemotiveerd worden om dagelijks een warme maaltijd te blijven eten. Ook mantelzorgers, thuisverpleegkundigen, huishoudhulpen en organisaties die warme maaltijden aan huis leveren, moeten bewust gemaakt worden van dit probleem. Op die manier kan er voor gezorgd worden dat de oudere populatie zo lang mogelijk gezond thuis kan blijven wonen. Dit zal op termijn financiële middelen vrijmaken die voor andere doeleinden gebruikt kunnen worden.

Referenties

1. Vlaamse Ouderenraad vzw. *Ondervoeding, een vaak voorkomend probleem bij de oudste ouderen. Achtergrondnota bij het advies over de aanpak van ondervoeding bij ouderen*. Brussel; 2013.
2. Kruizenga H, Beijer S, Huisman-De Waal G. *Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding*. Stuurgroep ondervoeding. Amsterdam; 2011.
3. NutriAction II. *Tijdig opsporen en behandelen van ondervoeding bij ouderen stelt hen in staat langer zelfstandig te functioneren in hun geliefde thuissituatie en voorkomt onnodige belasting van het volksgezondheidsbudget* [Persbericht]. Brussel; 2013.
4. De Maesschalck L. *Frailty & ondervoeding: wat is er aan de hand?* [PowerPoint Presentatie]. Thomas More. Mobilab. Geel; 2015. Beschikbaar via <http://nvkvv.be/file?fle=695594&ssn=2f0c453c125751d5571fd8c6680d98759af96217>. Geraadpleegd op 03/04/2018.
5. Coene I. *Diëtisten in de weer tegen ondervoeding*. Nutrinenews 2011; 1: 9-16.
6. Nutrition Platform For Chronic Care. *Slimme voeding voor een betere gezondheid: een geïntegreerd business model leidt tot maatschappelijke en economische meerwaarde* [Brochure]. Gits; 2016. Beschikbaar via <http://www.zorgeconomie.be/projecten/npsc/>. Geraadpleegd op 03/04/2018.
7. Radboud Center for Mitochondrial Medicine. *Voedingsadvies*. Beschikbaar via <http://www.rcmm.info/13502/Voedingsadvies.html>. Geraadpleegd op 27/03/2018.
8. Vlaamse Diëtisten Tegen Ondervoeding. *Ondervoeding* [Compendium]. 2017.
9. Baeyens J-P. *Het standpunt van de European Nutrition for Health Alliance over ondervoeding bij ouderen* [PowerPoint Presentatie]. European Nutrition for Health Alliance; 2013. Beschikbaar via <http://www.academiegeneeskunde.be/presentaties>. Geraadpleegd op 28/01/2017.
10. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. *Richtlijn ondervoeding bij de geriatrische patiënt*. Utrecht; 2013.
11. Van Assche E. *Screening naar ondervoeding in de huisartsenpraktijk Hoe is het gesteld met de voedingsgewoonten bij 80-plussers?* [Masterproef]. Universiteit Antwerpen. 2015.
12. Kruizenga H, Beijer S, Huisman-de Waal G. *Richtlijn ondervoeding: herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen*. Stuurgroep Ondervoeding; Amsterdam; 2017.
13. Schelfaut H. *Uw gemeente in cijfers: Mechelen*. Vlaams Agentschap voor Binnenlands Bestuur. Brussel; 2018.
14. Vlaamse Ouderenraad vzw. *Levensverwachting*. Brussel; 2012. Beschikbaar via http://www.vlaamse-ouderenraad.be/info60+/artikel.php?pub_id=2640. Geraadpleegd op 28/04/2018.
15. Knack. *Man leeft minder lang dan vrouw maar in betere gezondheid*. 2013. Beschikbaar via <http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/man-leeft-minder-lang-dan-vrouw-maar-in-betere-gezondheid/article-normal-92673.html>. Geraadpleegd op 20/02/2018.
16. Boone C. *De ene oudere is de andere niet, wat ze willen eten al evenmin*. Flanders' Food. 2015. Beschikbaar op <http://www.flandersfood.com/artikel/2015/03/25/het-ene-oudje-het-andere-niet-wat-ze-willen-eten-al-evenmin>. Geraadpleegd op 27/03/2018.
17. Le Bacq T. *65-plussers lopen groot risico op ondervoeding*. De Standaard. 2017.
18. European Bakery Innovation Centre. *Carezzo: brood, sappen en soepen tegen ondervoeding*. Papendrecht; 2017. Beschikbaar via <https://www.ebic.info/nl/dossier/eiwitten/carezzo-brood-sappen-en-soepen-tegen-ondervoeding>. Geraadpleegd op 11/04/2018.
19. Van den Broeck L, Schutyser E. *Ondervoeding bij ouderen: multidisciplinair trainingsconcept*. Voeding & Diëtetiek. 2018;1:15-16.

Bijlagen

Bijlage 1: onderzoeksprotocol

Bijlage 2: toestemming ethische commissie

Bijlage 3: vragenlijst

Bijlage 4: informatienota en informed consent

Bijlage 5: voedingsbrochure

Bijlage 6: overzichtstabel patiëntengegevens

Student(en):

Marie Lambrecht

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

monocentrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Terwijl in de algemene populatie obesitas een belangrijk gezondheidsprobleem is, vormt ondervoeding in de oudere populatie een grote uitdaging. Ondervoeding wordt gedefinieerd als een BMI lager dan 21 of 10% gewichtsverlies in de laatste 6 maanden. Het heeft uiteenlopende gevolgen zoals verminderde weerstand, sarcopenie, vertraagde wondheling, verhoogd risico op infecties, vallen en fractures, waardoor zowel de morbiditeit als mortaliteit stijgt.

Uit een onderzoek van specialisten, huisartsen en thuisverpleegkundigen in samenwerking met de Universiteit Antwerpen (NutriAction II) uit 2013 bij Belgen ouder dan 70 jaar bleek dat 49% van de thuiswonende ouderen een reëel risico kende op ondervoeding en 13% effectief ondervoed was. Toch wordt ondervoeding in de thuissituatie nog steeds te weinig onderkend en behandeld.

De MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form) is geschikt als een op zichzelf staand screeningsinstrument en kan de oudere persoon classificeren op goed gevoed, risico op ondervoeding of ondervoed. Het kan een bruikbare tool zijn voor huisartsen om (risico op) ondervoeding op te sporen en voedingsinterventies of overdracht naar andere zorgverleners (vb. diëtisten) te vergemakkelijken.

Vraagstelling:

Hoe scoren alleenstaande, thuiswonende 70-plussers in de regio Mechelen op de MNA-SF? Welk percentage van de populatie is ondervoed of loopt risico op ondervoeding? Kan een uitgewerkte informatietool invloed hebben op hun voedingsgewoonten? Stijgt hun score op de MNA-SF zes maanden na deze interventie?

Methodologie:

In dit praktijkverbeterend onderzoek worden eerst worden alle 70-plussers van de huisartsenpraktijk via het EMD geselecteerd. Daarna worden uit die lijst alle alleenstaanden handmatig geïdentificeerd die nog thuis wonen. Via contact met thuisverpleegkundigen wordt de lijst verder aangevuld met alleenstaande 70-plussers uit de regio (Mechelen). Alle patiënten die aan de criteria voldoen worden opgebeld en gevraagd of ze bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek.

Bij alle patiënten die toestemming geven, wordt de MNA-SF afgenomen. Dit gebeurt in de thuissetting of op de praktijk. Ze krijgen tevens een korte uitleg over het belang van goede voeding en algemene voedingstips aan de hand van een vooraf opgesteld schema. Patiënten met (risico op) ondervoeding krijgen nog een extra brochure met initiatieven uit de regio (vb. huishulp, maaltijden aan huis, dienstencentra...). Samen met de patiënt wordt gezocht naar de beste oplossing om het voedingsprobleem aan te pakken.

Zes maanden later wordt de MNA-SF opnieuw afgenomen bij dezelfde patiënten. Zo kan ingeschat worden of de interventie al dan niet een invloed gehad heeft op de eetgewoonten.

Referenties:

NutriAction II, (2013), Resultaten van een studie over ondervoeding bij ouderen in België. Persbericht, Brussel.
Baeyens, J.-P., (2011), Dossier Ondervoeding bij ouderen. Een uitdaging voor de volksgezondheid. In Health Forum, september 2011, nr.7.
Farmaka vzw, (2010), Ondervoeding. In Geneesmiddelenbrief, november 2010, jaargang 17, nr.4.

Vlaamse Ouderenraad, (2013), Ondervoeding, een vaak voorkomend probleem bij de oudste ouderen
(achtergrondnota bij het advies over de aanpak van ondervoeding bij ouderen)

Promotor:

Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor
Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:

mp19129

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidings specifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Eetmomenten bij ouderen: screening naar ondervoeding bij alleenstaande 70-plussers" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Eetmomenten bij ouderen: screening naar ondervoeding bij alleenstaande 70-plussers" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De OBC keurt de aanvraag goed, maar heeft volgende opmerkingen waarop ze een antwoord wenst: moment van de MNA SF: extra consultatie: wie betaalt dit ikv dit onderzoek?

Met vriendelijke groeten

Opleidings specifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Screenen naar ondervoeding bij alleenstaande, thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk regio Mechelen

VRAGENLIJST DEEL 1: MNA-SF

Datum:

Geslacht:

Leeftijd:

Gewicht (kg):

Lengte (cm):

A Bent U de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?

0 = sterk verminderde eetlust

1 = matige verminderde eetlust

2 = geen verminderde eetlust

B Gewichtsverlies gedurende de afgelopen maanden

0 = gewichtsverlies groter dan 3 kg

1 = weet niet

2 = gewichtsverlies tussen 1 en 3 kg

3 = geen gewichtsverlies

C Mobiliteit

0 = aan bed of stoel gebonden

1 = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen, maar gaat niet naar buiten

2 = gaat zelfstandig naar buiten

D Heeft U gedurende de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte?

0 = ja 2 = nee

E Neuropsychologische problemen

0 = ernstig dement of depressief

1 = licht dement

2 = geen psychologische problemen

F1 Body Mass Index (BMI): (gewicht in kg) / (lengte in m)²

0 = BMI minder dan 19

1 = BMI tussen 19 en 21

2 = BMI tussen 21 en 23

3 = BMI 23 of meer

INDIEN BMI NIET BEKEND IS, VERVANG VRAAG F1 DOOR VRAAG F2.

BEANTWOORD VRAAG F2 NIET INDIEN VRAAG F1 AL INGEVULD IS.

F2 Omtrek van de kuit (CC) in cm

0 = CC kleiner dan 31

3 = CC 31 of groter

Screening score

(max. 14 punten)

12-14 punten: normale voedingstoestand

8-11 punten: risico op ondervoeding

0-7 punten: ondervoed

VRAGENLIJST DEEL 2: ORGANISATIE MAALTIJDEN

1. Hoeveel keer per week eet u gemiddeld een warme maaltijd (kruis aan)?

- ☐ Nooit
- ☐ Elke dag
- ☐ Bijna elke dag (4 tot 6 keer per week)
- ☐ Bijna nooit (1 tot 3 keer per week)

Nota:

2. Wie doet (meestal) uw boodschappen (kruis aan)?

- ☐ Ik
- ☐ Familie
- ☐ Thuishulp
- ☐ Andere (specifieer:.....)

3. Wie kookt (meestal) uw warme maaltijden (kruis aan, meerdere opties mogelijk)?

- ☐ Ik
- ☐ Familie
- ☐ Thuishulp
- ☐ Ik ga eten op verplaatsing (specifieer:.....)
- ☐ Andere (specifieer:

4. Houdt er u soms iets tegen om een warme maaltijd voor uzelf te maken?

Zo ja, wat?

.....

.....

.....

5. Wilt u zelf nog iets kwijt in verband met de maaltijdzorg?

.....

.....

.....

6. Heeft u interesse in extra informatie rond maaltijdzorg en initiatieven bij u in de buurt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7. Waarom wel/niet?

.....

.....

.....

Bedankt voor uw deelname!

Marie Lambrecht – Huisarts in opleiding

015/48.03.03 – lambrecht.marie@hotmail.com

INFORMATIENOTA

Screenen naar ondervoeding bij alleenstaande, thuiswonende ouderen in de huisartsenpraktijk regio Mechelen

Geachte mevrouw/meneer,

Afgelopen jaren werd er in de media veel aandacht besteed aan de toename van mensen met overgewicht. Wist u echter dat ondervoeding – vooral bij de oudere populatie - ook een reëel probleem is?

Uit studie van 2013 in samenwerking met de Universiteit Antwerpen bij Belgen ouder dan 70 jaar bleek dat bijna de helft van de thuiswonende ouderen een reëel risico kende op ondervoeding en dat 1 persoon op 7 effectief ondervoed was.

Als huisarts-in-opleiding in huisartsenpraktijk De Vaart, doe ik onderzoek naar ondervoeding in het kader van mijn master-na-master thesis. Professor dr. Birgitte Schoenmakers en dr. Sofie Van Tongelen zullen dit onderzoek begeleiden. We willen nagaan hoe het gesteld is met de eetgewoontes van de thuiswonende, alleenstaande 70-plusser regio Mechelen. Daarom nodig ik u vriendelijk uit om deel te nemen aan dit onderzoek.

Hieronder wordt u uitgelegd wat de bedoeling is van dit onderzoek en wat een eventuele deelname voor u betekent. Wij vragen u deze informatie aandachtig door te lezen vooraleer u beslist om deel te nemen. Bij onduidelijkheden of vragen, kunt u mezelf of dr. Van Tongelen contacteren. Indien u bereid bent om aan deze studie deel te nemen, vragen we u op de laatste bladzijde van dit document uw naam, de datum en uw handtekening te plaatsen.

Wat is een 'geïnformeerde toestemming'?

Voordat u kunt deelnemen aan een onderzoek, wordt u eerst uitgebreid geïnformeerd. Als u vervolgens besluit deel te nemen, moet u hiervoor schriftelijke uw toestemming geven. Dit wordt de "geïnformeerde toestemming" genoemd. Hierin legt men uit wat het onderzoek inhoudt en wat er eventueel van u verwacht wordt.

Als u nieuwe vragen heeft na het doorlezen van dit document, kunt u deze met de contactpersoon bespreken. Als u verder geen vragen meer hebt en besluit deel te nemen aan het onderzoek, ondertekent en dateert u onderstaand formulier in tweevoud. Hiermee geeft u aan dat u alles gelezen en begrepen heeft en u vrijwillig deelneemt aan dit onderzoek.

Een van de exemplaren van de getekende toestemmingsformulieren krijgt u mee, het andere exemplaar blijft bij de onderzoeker.

Wat is het doel van het onderzoek?

Met dit onderzoek willen we nagaan welk percentage van de huisartsenpraktijk risico loopt op ondervoeding. Bij de personen die risico lopen, wordt er extra informatie gegeven rond de gevolgen van ondervoeding. Die personen krijgen ook een informatiebrochure met tips om ondervoeding tegen te gaan.

Hoe gaat het onderzoek in zijn werk?

Er wordt een vragenlijst afgenomen in de praktijk of bij u thuis. Uw eetlust, organisatie van maaltijden, mobiliteit en andere problemen die voor ondervoeding kunnen zorgen komen aan bod in deze lijst. Daarnaast wordt uw lengte en gewicht bepaald.

Indien we zien dat u risico loopt op ondervoeding, krijgt u van ons extra informatie over het belang van het streven naar een minimumgewicht en een brochure met voedingstips. Eventueel wordt na enkele maanden de vragenlijst opnieuw afgenomen.

Wat gebeurt er verder met deze informatie?

De verzamelde informatie wordt verwerkt in de master-na-master thesis van huisarts-in-opleiding Marie Lambrecht. De coördinatie van dit wetenschappelijk onderzoek gebeurt onder de verantwoordelijkheid van Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, verbonden aan het Centrum voor huisartsgeneeskunde, faculteit Geneeskunde, Universiteit Leuven.

Alle persoonsgegevens die verzameld worden in het kader van de studie worden vertrouwelijk behandeld. Uw privacy zal beschermd worden in deze studie. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden, zal er gebruik gemaakt worden van codes in plaats van namen zodat u niet herkend wordt en uw privacy beschermd wordt.

Waarom werd ik gekozen?

We vragen u om deel te nemen aan dit onderzoek omdat u een alleenstaande 70-plusser bent en nog zelfstandig thuis woont.

Ben ik verplicht om deel te nemen?

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijblijvend. Ook als u beslist om deel te nemen, dan kan u op de deelname op ieder moment stopzetten. De beslissing om al dan niet deel te nemen heeft geen enkel gevolg voor u. Deze beslissing zal geen invloed hebben op de relatie met uw huisarts of de zorg die door uw huisarts verleend wordt.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van mijn deelname?

Buiten het beantwoorden van enkele vragen, worden uw lengte en gewicht bepaald. Door uw deelname komen we uw voedingsstatus te weten en werkt u mee om in de toekomst een beter beeld te krijgen over het opsporen van ondervoeding door de huisarts.

Indien u nog verdere vragen heeft, kan u contact opnemen met de onderzoeker:

HAIO dr. Marie Lambrecht, telefoonnummer: 015/48 03 03

FORMULIER GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Dit document bevestigt de deelname van:

..... (voornaam en naam)

in een onderzoek in het kader van een master-na-master thesis. Dit onderzoek is getiteld: 'Screening naar ondervoeding bij alleenstaande, thuiswonende 70-plussers in de huisartsenpraktijk.'

Met dit onderzoek willen we nagaan welk percentage een reëel risico loopt op ondervoeding of reeds ondervoed is. We bieden een informatiebrochure aan met gevaren van ondervoeding en tips om uw voedingsstatus zo nodig te verbeteren.

Het onderzoek om ondervoeding op te sporen bestaat uit het één of twee keer overlopen van een vragenlijst over uw gewichtsverloop, organisatie van maaltijden, uw eetlust, mobiliteit en andere problemen gerelateerd aan ondervoeding. Daarnaast wordt uw lengte en gewicht bepaald.

Uw privacy zal beschermd worden in deze studie. Er worden geen namen gepubliceerd.

De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een thesis. U hebt het recht om deze thesis op te vragen indien u dat wenst.

U kan steeds besluiten uw deelname te stoppen zonder verdere gevolgen.

In bovenstaande informatienota vindt u de nodige informatie nog uitgebreider geformuleerd. Het is belangrijk dat u deze informatie grondig doorneemt.

Ik, (voornaam en naam deelnemer)
verklaar de bovenstaande informatie te hebben gelezen en begrepen. Ik heb uitleg gekregen over de procedure, de duur en de doelstellingen van deze studie. Ik heb de tijd en gelegenheid gekregen om vragen te stellen over de studie. Ik heb de informatienota doorgenomen en ik ga akkoord met mijn deelname aan deze studie. Ik weet dat meedoen vrijwillig is en dat ik op elk moment uit de studie kan stappen. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de doelen die in de informatienota staan.

Datum + handtekening:

Ik, (voornaam en naam onderzoeker)
bevestig dat ik de procedure, de duur en de doelstellingen van deze studie aan de patiënt heb uitgelegd.

Datum + handtekening:

Het toestemmingsformulier wordt in tweevoud opgesteld waarvan 1 exemplaar bestemd voor de deelnemer en 1 exemplaar voor de onderzoeker

VOORBEELD VAN EEN DAGMENU

Ontbijt:

Brood met een ruime portie smeervet

Dubbele portie hesp

Koffie of thee met suiker

Tussendoortje voormiddag:

1 kom yoghurt met vers fruit en suiker

1 tas koffie of thee

Middagmaal:

Spinaziepuree met hamburger en vleesjus

1 glas sinaasappelsap

Tussendoortje namiddag:

Milkshake met banaan

Koek

Avondmaal:

Croque monsieur met dubbel beleg en

rauwkost

1 glas chocolademelk

Tussendoortje avond:

Kaasblokjes

1 glas appelsap

Indien je toch nog onvoldoende eet of drinkt, kan je met een diëtist op zoek gaan naar een geschikte **energierijke- eiwitrijke bijvoeding**. Samen met hem/haar kan je een

RECEPTEN

Bananenmilkshake

Plet een **halve banaan** met een vork. Klop of mix de fijngemaakte banaan, **1 dl volle yoghurt**, **2 bolletjes roomijs** en **1 pakje vanillesuiker** tot een schuimige massa. Serveer met **slagroom**.
Tip: je kan de banaan ook vervangen door aardbeien, een rijpe mango...

Chocolademelk

Breng **1 dl volle melk** aan de kook. Voeg al roerend **1 koffielepel cacaopoeder**, **1 eetlepel suiker** en **1 eetlepel chocopasta** toe. Laat even inkoken en serveer met opgeklopte slagroom.



CONTACT

Marie Lambrecht
lambrecht.marie@hotmail.com
015/48.03.03

ZET JE TANDEN IN ONDERVOEDING

Informatiebundel over gezonde voeding voor thuiswonende senioren

Als je ouder wordt, vermindert je **eetlust** en ga je **kleinere porties** eten. Maar door onvoldoende te eten, verminderen je **spiermassa** en **mobilititeit** waardoor het risico op vallen vergroot. Dit kan leiden tot een ziekenhuis- of rusthuisopname.

In deze folder vind je tips voor een gezonde voeding met voldoende **energie** en **eiwitten** per maaltijd.

Op deze manier hoop ik je er bewust van te maken dat **kleine** veranderingen in je eetgewoontes een **grote** impact kunnen hebben op je gezondheid, waardoor je hopelijk nog vele jaren gezond thuis kan blijven wonen. De **diëtiste** kan je hier zeker bij helpen.

Veel leesplezier en eet smakelijk!



ALGEMENE TIPS

Haal voedingsmiddelen in huis die je **graag eet** of vroeger graag at.

Maak het eetmoment zo **aangenaam** mogelijk. Zorg voor een **gezellige aankleding** van de tafel (tafelkleed, servetten, mooi servies...).

Eet **3 maaltijden en 3 tussendoortjes** per dag.

Een maaltijd bestaat steeds uit vast voedsel **én** een energierijke drank.

Verrijk **elke** maaltijd met extra energie en eiwitten (zie tips op volgende pagina of raadpleeg hiervoor een diëtiste).

Bij kauw- of slikproblemen kan je de voedingsmiddelen apart **pureren** of fijn **mixen**.

Eet dagelijks **fruit** en een grote portie **groenten**.

Probeer dagelijks voldoende te **bewegen**.

Weeg jezelf 2 keer per maand. Val je onbedoeld af? Neem dan contact op met je huisarts.



HOE JE VOEDING VERRIJKEN?

ONTBIJT – BROODMAALTIJD

Besmeer je brood dik met goede **boter** of gewone margarine en leg op elke snede **voldoende beleg**.

Garneer met **extra** beleg (hardgekookt eitje, stuk Franse kaas, tomaatjes, augurken, komkommer...).

Wissel af met **havermoutpap, ontbijtgranen of muesli**. Gebruik **volle** melk, **fruit** en noten.

Als afwisseling kan je brood vervangen door **sandwiches, pistolets, croissants of rozijnenbrood**.

Vervang de tweede broodmaaltijd eens door een **warme snack** (croque monsieur, toast champignon, omelet, koninginnenhapje...).

WARME MAALTIJD

Neem bij voorkeur **puree** in plaats van gekookte aardappelen en eet ook eens een stampot, gebakken aardappelen, kroketten of frieten.

Eet soep als **tussendoortje** en **verrijk** die met room, vleesballetjes, broodkorstjes of gemalen kaas. Eet geen grote portie soep net voor je warme maaltijd.

Vervang aardappelen regelmatig door **rijst of pasta**.

Eet dagelijks **voldoende groenten** (gestoofd in boter, bereid met roomsaus of gegratineerd).

Eet vlees- en visgerechten met een **gepaste saus** (room, kaas).

Eet 2 tot 3 **eieren** per week.

VOORBEELDEN VAN TUSSENDOORTJES

Melkproducten: rijstpap met bruine suiker, havermoutpap, ontbijtgranen, milkshake, pudding, (volle platte) kaas, chocolademelk, drinkyoghurt, smoothie....

Fruit: geplette banaan met platte kaas, verse fruitsla met slagroom, noten, gedroogd fruit...

Koeken: mueslireep, granenkoek, fruitbiscuit, pannenkoek, wafel, cake...

Zoute snacks: borrelnootjes, chips, salamiblokjes, popcorn, kaasblokjes...

DRANKEN

Drink minstens 1.5 liter per dag. Drink niet tijdens de maaltijd maar **erna**. Drink **kleine slokjes**.

Drink naast water ook **fruitsap, appelsap** of frisdranken (geen light frisdranken).

Patiënt	G	Lft	Warme maaltijden			Boodschappen			Koken			MNA-SF
			7	4 tot 6	1 tot 3	Zelfstandig	Gemengd	Afhankelijk	Zelfstandig	Gemengd	Afhankelijk	
1	♀	76	x					x		x		9
2	♀	73		x				x		x		14
3	♀	75			x			x	x			7
4	♀	75	x				x			x		14
5	♀	87		x				x			x	11
6	♀	94	x					x			x	9
7	♀	82	x					x			x	12
8	♀	71	x			x			x			14
9	♀	78	x			x			x			12
10	♀	79	x			x			x			14
11	♀	85	x					x	x			13
12	♀	76	x			x			x			14
13	♀	83	x					x			x	10
14	♀	80		x		x					x	9
15	♀	72	x			x			x			7
16	♀	88		x			x			x		14
17	♂	88	x			x					x	11
18	♀	84	x			x			x			14
19	♂	88	x					x			x	13
20	♀	87	x			x			x			12
21	♀	79	x					x	x			12
22	♂	83	x			x			x			12
23	♀	75	x			x			x			14
24	♀	84	x				x				x	11
25	♂	88	x					x	x			13
25			20	4	1	11	3	11	13	4	8	

